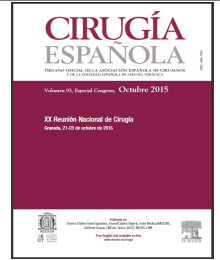




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-341 - EVOLUCIÓN TÓRPIDA POST-AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL REPARADO MEDIANTE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y DOBLE COLGAJO VY PARA GRAN DEFECTO VAGINOPERINEAL RESIDUAL

Gil Torregrosa, María José; Rey Ribero, Mónica; Blasco Segura, Teresa; Ferri Romero, Joaquín; Costa Navarro, David; Romero Simó, Manuel; Lluís Casajuana, Félix

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Resumen

Objetivos: Los grandes defectos perineales tras amputaciones abdominoperineales son un reto quirúrgico que precisan, en muchas ocasiones, de cirugías reparadoras complejas. Describimos un caso de evolución tórpida post-amputación con resección de vagina que precisó terapia de presión negativa y cirugía reparadora con doble colgajo VY para reparación completa del defecto.

Caso clínico: Paciente de 58 años sin antecedentes de interés, diagnosticada en agosto del 2012 de adenocarcinoma de tercio inferior de recto localmente avanzado, en cara anterior, contactando con cúpula vaginal, sin enfermedad a distancia. Tras valoración por el Comité de Tumores Digestivos, se decide tratamiento inicial con radioterapia pélvica y quimioterapia concomitante con oxaliplatino y capecitabina. Posteriormente se interviene el 05/12/2012, realizando resección anterior ultrabaja con anastomosis termino-terminal mecánica e ileostomía de protección, que se cierra a las 6 semanas. El estudio histológico muestra un adenocarcinoma de bajo grado que infiltra grasa perirrectal, con regresión parcial tras neoadyuvancia, sin invasión venosa y con metástasis en 1 de 14 ganglios aislados (4 con regresión tumoral completa) y márgenes de resección libres. A las 8 semanas de la primera intervención se inicia tratamiento quimioterápico adyuvante con 4 ciclos esquema XELOX. En seguimiento por oncología, se evidencia en septiembre de 2014 elevación del CEA y TAC toraco-abdominopélvico no concluyente, por lo que se solicita PET-TAC, en el que se visualiza foco hipermetabólico localizado a nivel rectal sobre zona de clips quirúrgicos compatible con recidiva, con resto de examen normal. Se confirma, con rectoscopia y biopsias, recidiva tumoral en cara anterior por encima de la anastomosis. Se interviene el 11/11/2014, realizándose amputación abdominoperineal con resección y posterior cierre de pared vaginal y colocación de malla biológica a nivel perineal y epiploplastia de la misma, apreciándose en la muestra adenocarcinoma de bajo grado con focal invasión linfática y perineural y metástasis en 6 de 21 ganglios linfáticos aislados. En el postoperatorio presenta infección perineal que drena por vagina, con herida perineal sin signos inflamatorios. Se interviene el 10/12/2014 realizando apertura de herida perineal, cierre de pared posterior de vagina y terapia de presión negativa intermitente de instilación en periné. El 22/12/14 tras buena evolución, se decide cambio a terapia de presión negativa convencional. En enero, durante un recambio de VAC, se objetiva la apertura de la cara posterior de vagina. Tras 2 meses de terapia VAC y posterior curas diarias locales con apósito de hidrofibra de hidrocoloide con iones de plata, presenta un periné cicatrizado pero con ausencia de cara posterior de vagina. Pasados dos meses, tras resolución completa de cuadro infeccioso y con cicatrización de defecto perineal, se decide cirugía reparadora. Se interviene el 01/04/15, realizándose neovagina y refuerzo mediante doble colgajo V-Y, obteniendo obliteración de defecto y vagina funcional de 8 centímetros de longitud. El

postoperatorio cursó sin incidencias, continuando actualmente en control por Oncología.

Discusión: Los grandes defectos perineales post-amputación abdominoperineal siguen siendo un reto para la cirugía reparadora. El doble colgajo VY puede ser una opción factible para el cierre de estos defectos.