



P-499 - TUMOR DESMOIDE CON INVASIÓN DE MUSCULO RECTO. NECESIDAD DE CIRUGÍA CURATIVA Y RECONSTRUCTIVA EN EL ADULTO JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sáez Zafra, Adela; Rodríguez Morillas, Diego; Segovia Cornejo, Eduardo; López-Cantarero Ballesteros, Manuel

Sanatorio Ntra. Sra. de la Salud S.A., Granada.

Resumen

Objetivos: Dar a conocer este tipo de tumor infrecuente y el reto quirúrgico curativo y reconstructivo que presenta cuando se localiza en la pared abdominal.

Caso clínico: Paciente mujer deportista de 35 años de edad sin antecedentes. Acude por tumoración infraumbilical derecha de consistencia dura, no dolorosa, adherida a planos musculares de la pared anterior del abdomen, sin alteraciones de la piel. La TAC informa de asimetría a nivel del músculo recto anterior derecho del abdomen en región hipogástrica, donde se observa una imagen mal delimitada, de 13 × 15 cm, compatible con tumor desmoide. La RMN informa de los mismos hallazgos. Se decide intervención quirúrgica. Se procede la resección de la pared abdominal rodeando ampliamente el tumor. Se abarca todo el espesor de la pared sin precisar resección de peritoneo. El defecto músculo-aponeurótico es de 20 cm de diámetro e implica al músculo recto anterior derecho y a los músculos oblicuo y trasverso derechos. Para la reconstrucción de la pared abdominal se utiliza una técnica con doble prótesis: una malla de polipropileno fijada con puntos en corona del mismo material que excede el margen del defecto en 2 cm en toda su circunferencia y una segunda malla por encima fijada de igual forma. Postoperatorio favorable y alta a los cinco días. La anatomía patológica informa de tumor desmoide con márgenes libres. Actualmente ha recuperado por completo su actividad física y puede realizar cualquier tipo de deporte.

Discusión: Los tumores desmoides son muy infrecuentes (incidencia de 2,4-4,3 por millón de habitantes) y representan del 1 al 3% de los tumores de tejidos blandos y el 0,03 al 0,1% de todos las neoplasias. El 50% de los mismos se localizan en la pared abdominal. La TAC es la prueba diagnóstica más útil en la actualidad junto con la RMN. Es fundamental determinar su extensión a estructuras vecinas para planificar la conducta quirúrgica. No son necesarios más estudios para diseminación dado que no dan metástasis. El tratamiento quirúrgico es de elección en todos los casos dado que el control local de la enfermedad es equivalente a la curación. Condicionan la estrategia quirúrgica el tamaño, ubicación, necesidad de radicalidad, propensión a la recurrencia local y las consideraciones para la correcta reconstrucción de la pared. La malla de polipropileno puede ser utilizada con éxito cuando no sea precisa la escisión peritoneal, como ocurre en nuestro caso. La literatura describe la técnica con doble prótesis como opción válida y efectiva para la reconstrucción de la pared abdominal.