



V-070 - EXÉRESIS DE TUMOR DESMOIDE RECIDIVADO EN PARED ABDOMINAL Y RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA CON USO DE COLGAJO ANTEROLATERAL DE MUSLO

Ballester Vázquez, Eulalia; Sisternas Hernández, Lucía; Cambeiro Cabré, Lorena; Norte García, Andrea; Solans Solerdelcoll, Mireia; Fernández Garrido, Manuel; Moral Duarte, Antonio; González López, Jose Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La fibromatosis agresiva es una enfermedad poco frecuente, de etiología desconocida y que consiste en una proliferación fibroblástica bien diferenciada. Dada su elevada capacidad de invasión local y tendencia a la recidiva local pueden ser necesarias múltiples cirugías con cierres de pared de dificultad técnica cada vez más elevada. El objetivo de nuestro vídeo es mostrar un ejemplo de cierre de pared con uso de colgajo tras resección R0 en una paciente que presenta recidiva de tumor desmoide de pared abdominal para recalcar la importancia del abordaje multidisciplinar en este tipo de tumores.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 50 años afecta de un tumor desmoide recidivado localizado en pared abdominal. Antecedentes de poliposis adenomatosa familiar atenuada y 8 cirugías previas, en la última de las cuales se colocó una malla abdominal de polipropileno. Posteriormente presenta recidiva del tumor desmoide con fistulización, infección y supuración crónica a nivel de pared abdominal en contacto con la malla. Se realizó un TAC previo a la cirugía que evidenciaba una colección hidroárea en contacto con la malla sugestiva de infección crónica y múltiples tumores desmoides abdominales estables. Se decide exploración y resección quirúrgica en bloque mediante cirugía combinada con Cirugía Plástica para exéresis de la lesión y la malla con posterior reconstrucción de pared abdominal con colgajo y malla reabsorbible para prevenir una nueva infección de material protésico.

Resultados: Intervención quirúrgica realizada conjuntamente con Cirugía plástica. Paso 1: delimitación de región cutánea a resecar con margen de > 1 cm perilesional. Paso 2: disección en profundidad hasta alcanzar plano supraaponeurótico. Paso 3: acceso a cavidad peritoneal. Liberación adherencias de cirugías previas. Paso 4: resección intestinal de asa invadida por tumoración desmoide. Paso 5: exéresis en bloque de tumor desmoide de pared + malla infectada + asa intestinal infiltrada. Paso 6: confección de anastomosis intestinal termino-terminal manual. Paso 7: colocación malla de sustitución 'Permacol' biológica, reabsorbible, fijada a los márgenes aponeuróticos de resección con corona de suturas continuas de monocryl 2/0 sin tensión. Paso 8: obtención de colgajo antero-lateral de muslo izquierdo anastomosado a vasos gastroepiploicos. Tiempo operatorio de 6h y 40 minutos. La paciente presenta evolución posterior favorable, no presentó infección de herida quirúrgica ni trombosis o isquemia del colgajo. No dehiscencia anastomótica intestinal ni evisceración o eventración hasta la fecha. Estancia hospitalaria total de 25 días. La anatomía patológica confirma recidiva tumoral con signos de inflamación crónica con fibrosis por reacción a cuerpo extraño y tejido de granulación con inflamación aguda abscesificada.

Conclusiones: Los tumores desmoides son tumores con alta capacidad invasiva local. Cuando se localizan en la pared abdominal está indicada la cirugía con finalidad R0. Dada su elevada tasa de recurrencia local estos pacientes pueden requerir múltiples intervenciones quirúrgicas con complicaciones posteriores a nivel de pared abdominal, por lo que puede ser necesario realizar intervenciones multidisciplinares con diferentes técnicas de cierre de pared abdominal para evitar eventraciones u otras complicaciones a corto y largo plazo.