



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-427 - COLGAJO DORSAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTO EN PARED ABDOMINAL

Lindo Canchado, Juan José; Hernández Sánchez, Adrián; Marco Continente, Cristina; Lima Lourinho Teixeira De Abreu, Pedro Miguel; Moreno Ballesteros, Marta; López Farias, Alberto; Fernández Balaguer, Pedro; Nieto Soler, Antonio Adolfo

Hospital de Mérida, Mérida.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 60 años con liposarcoma toracoabdominal derecho multirrecidivado que, tras última intervención quirúrgica, precisa de colgajo dorsal para cierre de defecto parietal de unos 10×15 cm.

Caso clínico: Paciente con liposarcoma de unos 10×6 cm multirrecidivado, a nivel toracoabdominal derecho, que incluye borde subcostal de 6ª costilla, pared abdominal denervada con múltiples mallas, ángulo hepático del colon y superficie hepática de segmento 5 y 6. Posoperatorio tórpido presentando fuga biliar y, posteriormente, dehiscencia de anastomosis en colon transversal, dejando defecto a nivel subcostal derecho de todo el grosor parietal, que precisa de colgajo loco-regional para su reconstrucción. Revisión de la bibliografía sobre la utilización de colgajos loco-regionales para reconstrucción de defectos en pared abdominal. Durante la intervención quirúrgica se realiza despegamiento de superficie hepática de bordes de defecto de pared y se envía muestra intraoperatoria para Anatomía Patológica de borde superior, presentando afectación tumoral, por lo que se amplía cranealmente el defecto. Posteriormente, cierre de ileostomía terminal de intervención previa y reconstrucción de tránsito intestinal. Por último, cierre de defecto parietal y refuerzo con malla Ventralight 15×20 cm. En un segundo tiempo quirúrgico, creación de colgajo dorsal preservando paquete toraco-dorsal y rama del serrato y se tuneliza hasta pared toraco-abdominal anterior, cubriendo todo el defecto parietal sin presentar tensión. Durante el posoperatorio el paciente evoluciona favorablemente, presentando el colgajo buena coloración y relleno capilar, con mínima congestión en vértice más medial que se resuelve de manera conservadora.

Conclusiones: La utilización de colgajos loco-regionales para la reconstrucción de defectos musculocutáneos es una herramienta ampliamente utilizada, sobre todo en la reconstrucción mamaria. El punto clave para su utilización es la preservación de la vascularización y la aproximación sin tensión. En el caso presentado, la localización del defecto parietal es más caudal de lo habitual en la utilización de colgajos dorsales; sin embargo, al realizarse la disección del músculo dorsal en toda su extensión se pudo dar cobertura al defecto sin presentar tensión, no precisando la utilización de injerto libre.