



## V-120 - RECONSTRUCCIÓN PERINEAL EN GRANDES DEFECTOS TRAS AAP ¿CÓMO LO HACEMOS?

Castroda Copa, David; Otalora Mazuela, Leire; Pascual Gallego, Miguel Ángel; Oubiña García, Raquel; Tamayo Webster, David; Paniagua García-Señorans, Marta; Díz Jueguen, Susana; Parajó Calvo, Aliberto Eduardo

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

### Resumen

**Objetivos:** El defecto que ocasionamos tras una amputación abdominoperineal puede ser corregido con diferentes técnicas que van desde, un cierre simple para pequeñas pérdidas de sustancia, hasta colgajos miocutáneos para grandes pérdidas por lo que, en ocasiones, es necesaria la colaboración multidisciplinar entre Cirugía general y plástica. Los colgajos miocutáneos hacen posible una reconstrucción extensa y un llenado completo en profundidad, pero son técnicamente complejos y precisan de un aprendizaje dirigido para evitar complicaciones posteriores como la necrosis por afectación de los pedículos vasculares principales, motivo por el cual presentamos el siguiente vídeo.

**Métodos:** Se presenta un vídeo de reconstrucción del defecto perineal extenso tras una amputación abdominoperineal por adenocarcinoma de canal anal localmente avanzado y afectación de grasa isquiorrectal y perineal.

**Resultados:** Debido a que se trata de un amplio defecto, con una gran pérdida de sustancia tanto a nivel superficial, como profundo se realiza un colgajo de Taylor con paleta VRAM derecho y uno de músculo *gracillis* izquierdo. Se precisa de rectificación del pedículo del colgajo de Taylor tras el cierre, por estasis venosa debido a *kinking* vascular. La cobertura del defecto es exitosa, sin problemas en el posoperatorio.

**Conclusiones:** Los colgajos miocutáneos son los más empleados cuando se trata de reconstruir un gran defecto con necesidad de un amplio llenado en profundidad. El colgajo de Taylor con paleta Vram es el más seguro y eficaz. La fiabilidad vascular y el gran volumen del colgajo son las ventajas incomparables para garantizar el llenado de las cavidades que quedan después de las exenteraciones pélvicas y las amputaciones pelviperineales. La vascularización de la isla cutánea en el colgajo de músculo *gracillis* es mediocre en ocasiones, llegando a una tasa de necrosis total o parcial del 11 al 30%.