



P-561 - RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL CON TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES CON DOBLE MALLA, TRAS EXTIRPACIÓN DE IMPLANTE METASTÁSICO DE NEOPLASIA DE ESÓFAGO

Mayo Ossorio, M.^a de los Ángeles; Bengoechea Trujillo, Ander; Pérez Gomar, Daniel; Camacho Marente, Violeta; Pacheco García, José Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: El implante de pared abdominal tras cirugía oncológica esofagogástrica es poco frecuente en la actualidad. Presentamos el caso de un paciente con un implante metastásico de neoplasia esofágica intervenido que precisó para su extirpación y biopsia una reparación de la pared abdominal con técnica de separación de componentes.

Caso clínico: Paciente de 68 años diagnosticado en otro centro de neoplasia de esófago distal obstructiva con AP de adenocarcinoma T3N0M0 tras estudio de extensión mediante TAC y PET-TC. En el centro donde realizan el diagnóstico se le coloca Gastronomía quirúrgica para nutrir al paciente y lo derivan a nuestro centro. En comité multidisciplinar se decide neoadyuvancia según esquema CROSS y tras reevaluación se intervine quirúrgicamente realizándose esofagectomía McKeown por abordaje toracoscópico en prono y abordaje abdominal laparotómico para extirpación de gastrostomía. Se realiza tubo de Akiyama extirpando la gastronomía que se localizaba en cara anterior gástrica cercana a la curvatura menor, y anastomosis cervical según técnica de Orringer. Como complicación presenta fistula cervical de bajo débito que se maneja de forma conservadora y con tolerancia oral adecuada. Histológica de la pieza extirpada: Resección R0. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT3N0M0. Con respuesta nula a neoadyuvancia y 15 ganglios negativos. Se realiza tratamiento adyuvante posoperatorio con nivolumab. Al año de la cirugía presenta tumoración dura abdominal debajo de cicatriz de gastrostomía y tras PET se identifica captación patológica por lo que se realiza biopsia por BAG siendo AP de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se decide intervención quirúrgica realizándose extirpación en bloque de la misma con reconstrucción de pared abdominal con técnica de separación de componentes y reconstrucción con doble malla, malla IPOM intraabdominal y segunda malla intermuscular entre oblicuo mayor y menor de ambos lados de PDVF que cubre toda la línea media. El paciente evoluciona de forma favorable y es dado de alta. AP: adenocarcinoma, resección tumoral en bloque R0 no contacta bordes.

Discusión: La metástasis de pared abdominal tras colocación de gastrostomía quirúrgica es una complicación infrecuente, debido a que no es habitual colocar gastrostomía en los pacientes que se van a intervenir de neoplasia de esófago. Sí hay más de 50 casos publicados tras colocación de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), cáncer de esófago avanzado y el mecanismo se asocia a

arrastre mecánico de células tumorales durante la colocación de la PEG. Estos implantes de pared son detectados en ocasiones al cabo del tiempo por lo que la afectación de la pared suele ser completa y precisan en ocasiones reparaciones complejas de la pared abdominal como es el caso de nuestro paciente.