



P-382 - RECONSTRUCCIÓN TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL EXTRALEVADORA POR CÁNCER DE RECTO CON COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO VERTICAL DE RECTO ABDOMINAL (VRAM)

Cózar Lozano, Coral; Domínguez Huesca, Héctor de Jesús; Ávila Alarcón, Ingrid Roselia; Carrión Retuerto, Leonid Omar; Pérez García, José Alberto; Blasco Delgado, Olga; Benito Persona, Miguel Ángel

Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Resumen

Introducción: El incremento en el uso de quimioradioterapia neoadyuvante en el cáncer de recto y la difusión de la amputación abdominoperineal (AAP) extendida, hace necesario rellenar el defecto perineal, para lo que se ha propuesto el uso de mallas, plastias o colgajos. Presentamos la técnica del colgajo musculocutáneo vertical de recto abdominal (VRAM).

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 65 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, que consulta por tumoración anal dolorosa. A la exploración se palpa tumoración a unos 7-8 cm del margen anal cuya biopsia se informa como adenocarcinoma. El estudio se vio interrumpido por presentar Gangrena de Fournier secundaria a perforación del tumor que requirió drenaje, desbridamiento quirúrgico, colostomía terminal e ingreso en UCI. Posteriormente, la resonancia nuclear magnética objetiva una neoformación en canal anal de 7.5 cm de longitud con afectación del esfínter interno, plano interesfinteriano y esfínter externo (T4b); y el estudio de extensión descarta enfermedad metastásica. Se desestimó la radioterapia dada la extensa herida en glúteo debida a desbridamiento quirúrgico previo, y se decide realizar AAP de recto con resección de la pared posterior de la vagina, asociando colgajo musculocutáneo vertical de recto abdominal (VRAM). La isla de piel incluida en el colgajo puede ser vertical (VRAM), oblicua (colgajo de Taylor) u horizontal (TRAM). La orientación, forma y dimensiones de la isla cutánea dependen del defecto perineal a cerrar. La opción más utilizada es el VRAM, en el cual se realiza una incisión cutánea elíptica en los dos tercios superiores del abdomen, con una anchura máxima de 5-7 cm. Se procede a la sección de la aponeurosis anterior y movilización del músculo recto, con preservación de la aponeurosis posterior por encima de la línea de Douglas. Se utiliza más frecuentemente el músculo recto derecho, para poder realizar la colostomía terminal transrectal izquierda. Tras la liberación del vientre muscular se procede a su sección a nivel del margen costal y de los vasos epigástricos superiores. Se continúa la liberación a nivel del abdomen inferior disecándolo de la aponeurosis anterior. Se completa la liberación del músculo con preservación de los vasos epigástricos inferiores y, finalmente, el colgajo se transfiere a la pelvis por vía transabdominal basculando sobre su pedículo vascular. La pared abdominal puede cerrarse por primera intención, con el eventual refuerzo de una malla de polipropileno supraaponeurótica. La isla cutánea contribuye a la reparación de la pared posterior de la vagina y al recubrimiento del defecto perineal amplio tras la resección.

Discusión: La AAP extraelevadora que asocia una resección pélvica extendida a órganos adyacentes requiere la realización de un colgajo, ya que el uso de la malla no parece suficiente. Gracias al volumen que se obtiene con el colgajo de VRAM, la facilidad de desplazamiento a la pelvis y la posibilidad de utilizar la isla cutánea

para la reconstrucción vaginal, hace que este tipo de colgajo sea ideal para el cierre perineal tras exenteración pélvica.