



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-039 - EXENTERACIÓN PÉLVICA TOTAL TRAS RECURRENCIA LOCAL DE CÁNCER DE RECTO

Álvarez, Arantxa; Gómez, María José; Sancho, Jorge; Flor, Blas; Gutiérrez, Carmen; Serrano, Alba; Nieto, Marta; Guerrero, Pablo

Hospital La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso de una exenteración pélvica total tras recurrencia de adenocarcinoma de recto remarcando la importancia del abordaje multidisciplinar. **Caso clínico:** Mujer de 47 años con antecedente de colectomía total en 2005 por una colitis ulcerosa. En 2019 se diagnosticó de un adenocarcinoma de recto que precisó de una resección abdominoperineal. En 2020 primera recurrencia por lo que se le realiza una histerectomía y doble anexectomía. Segunda recurrencia en 2022, considerada irresecable en su centro, por lo que se realiza RT externa y se envía al Hospital La Fe. En nuestro centro, se realiza un estudio de extensión: TAC toracoabdominopélvico y PET-TAC que no ven enfermedad a distancia y RM pélvica que objetiva una masa de $9 \times 5 \times 6$ cm que infiltra: asa de íleon en pelvis, cúpula vaginal y el músculo coccígeo. Hay dudas con la afectación de la vejiga. Para planificar la cirugía se realizó una reconstrucción en 3D. Se planifica una cirugía conjunta con Cirugía General, Urología, Traumatología, Cirugía Plástica y Oncología Radioterápica. La intervención se inicia en decúbito supino en abordaje abdominal. Inicialmente, se reseca el asa pélvica afecta. Seguidamente, se procede la disección anterior por el espacio retropúbico de Retzius. A nivel posterior, se llega a la región presacra y se profundiza hasta el plano del ligamento sacrococcígeo longitudinal anterior. A nivel lateral, el límite es la tuberosidad isquiática. Posteriormente se confecciona de ileostomía húmeda por Urología. El abordaje perineal se realiza en litotomía, a nivel anterior se sigue la disección anterior con el límite del pubis y las ramas del isquion hasta unirla con el plano de disección del acceso intraabdominal. Seguidamente, cierre de la laparotomía media y apertura del estoma. Con el paciente en prono, inicio del abordaje posterior, dada la afectación del músculo coccígeo y la sospecha de infiltración ósea se realiza una disección amplia: sección de la inserción del glúteo mayor en el sacro, parte del elevador del ano, cocciectomía y sacrectomía a nivel de S4-S5. Esta parte se lleva a cabo con el equipo de Traumatología. Al finalizar este abordaje, se habrá completado la resección de la pieza quirúrgica. Posteriormente, se trata la zona de resección con RT intraoperatoria. La reconstrucción pélvica se inicia con una malla de PTFE en posición intraperitoneal. Seguidamente, el equipo de cirugía plástica procede a la reconstrucción con un colgajo en VY bilateral. La paciente tiene una buena evolución posoperatoria sin complicaciones con alta el día 24 posoperatorio para cuidados del colgajo y por la larga distancia de su domicilio. Los resultados de anatomía patológica informan de infiltración del músculo detrusor de la vejiga, la vagina y el intestino delgado, consiguiendo resección R0, con el margen más cercano de 2,5 mm del borde lateral izquierdo (donde se realizó la RT intraoperaotria).

Discusión: Las neoplasias de recto tienen una recurrencia locorregional del 2-30% tras una resección inicialmente curativa. La única opción curativa es la nueva resección radical, en este caso la exenteración pélvica total, remarcando la importancia de un abordaje multidisciplinar.