

Cartas al director

Tumor desmoide recidivado de la pared abdominal. Reconstrucción mediante una prótesis Composix™

Sr. Director:

Los tumores desmoides son neoformaciones de tejido mesenquimatoso que presentan invasión local pero que carecen de potencial metastático. Su comportamiento biológico y su historia natural no es bien conocida. La forma intraabdominal se asocia en la mayor parte de los casos a la poliposis colónica familiar (PCF), y clínicamente se presenta como una obstrucción intestinal¹. Los que se localizan en la pared abdominal pueden ser esporádicos o asociados a la PCF. En general, los tumores desmoides asociados a la PCF tienen peor pronóstico que los esporádicos².

Presentamos un caso de resección amplia de la pared abdominal por un tumor desmoide recidivado, y la colocación sobre el defecto parietal de una malla doble (Composix™).

Se trata de un paciente varón de 29 años de edad, sin otros antecedentes de interés, que fue intervenido de una recidiva de un tumor desmoide de pared abdominal anterior, que se extendía en el hemiabdomen inferior derecho. El tumor primario, una masa de 10 × 10 cm en el espesor del músculo recto derecho del abdomen, se había resecado 3 años antes. En aquella intervención se sustituyó el defecto parietal mediante la colocación de una malla de biomaterial reabsorbible (Poliglactina 910, Vicryl®). El análisis anatomopatológico de la pieza reveló que se trataba de una proliferación fibroblástica que respetaba los márgenes de resección, sin evidencia de infiltración vascular. En la TC preoperatoria de la lesión actual recidivada (fig. 1) se evidenció una masa que ocupa el recto anterior derecho desde la zona infraumbilical hasta la raíz del pubis, con una prolongación digitiforme que se proyecta sobre los planos musculares oblicuos y transversos hacia la espina iliaca anterosuperior derecha. No se observaron alteraciones intraperitoneales ni retroperitoneales.

En esta ocasión, se realizó una resección en bloque de la pared abdominal sobre una extensión de 19 × 7 × 3,5 cm, conservando el colgajo de piel correspondiente a la pared resecada. Los límites de la resección fueron: el pubis, como límite inferior; la vaina del recto izquierdo, como límite medial; los músculos oblicuos y el transversos del abdomen, lateralmente, y como límite superior, el que transcurre 2 cm por encima de la espina iliaca anterosuperior derecha. La extensión en profundidad obligó a in-

Fig. 1. TC donde se aprecia tumoración de límites mal definidos que ocupa la totalidad de la parte inferior del músculo recto anterior derecho.

cluir en la resección la hoja peritoneal correspondiente. Se realizó una apendicectomía profiláctica. El defecto parietal ocasionado por la resección impedía el cierre primario, con lo que las vísceras intraabdominales quedaban en contacto directo con el biomaterial empleado en la sustitución. Por ello, se decidió reconstruir la pared abdominal mediante la inserción de una malla doble (Composix™, Bard®), con una vertiente visceral o interna de politetrafluoroetileno expandido (PTFE) y una parietal o externa de polipropileno. El anclaje de la malla se realizó mediante puntos entrecortados de polipropileno (Sur-gipro™ 2/0, B.Braun-Dexon®) al tracto ileopubiano y al pubis en su límite inferior, reconstruyendo con la malla la pared posterior del conducto inguinal. En el resto de los límites, se fijó al borde aponeurótico de la resección. Se colocó un drenaje aspirativo sobre la malla, en el tejido celular subcutáneo. Se realizó profilaxis antibiótica con cefuroxima. El estudio anatomopatológico de la pieza resecada evidenció una proliferación fibroblástica de escasa actividad mitótica, que engloba a un tejido cicatrizal que podría corresponder a la malla que se había colocado previamente tras la resección del tumor primario.

El tratamiento de los tumores desmoides de localización extraabdominal es la resección local con márgenes libres, con lo que se alcanza un control local en el 85% de los casos³. No obstante, debido a su escaso potencial maligno, es preciso valorar en cada caso la morbilidad de una resección radical agresiva para obtener márgenes libres de tumor.

Cuando estas lesiones son de gran tamaño y asientan en la pared abdominal dan lugar, tras su resección, a defectos amplios que deben ser sustituidos teniendo en cuenta dos premisas. Por una parte, el mantenimiento de un cierre sin tensión y con una alta resistencia que garantice la integridad de la pared abdominal y, por otra parte, evitar la potencial aparición de lesiones viscerales por decúbito sobre el material utilizado. La malla de PTFE, sobre su lado visceral, forma un neoperitoneo, lo que reduce al mínimo la aparición de adherencias y lesiones por decúbito sobre la malla⁴. Por tanto, es el material protésico más adecuado para estar en contacto con las vísceras abdominales. Las mallas de polipropileno,

por el contrario, al ser más porosas, dan lugar a adherencias firmes que pueden ocasionar lesiones viscerales. No obstante, éste es el material utilizado por algunos autores para la sustitución del espesor total de la pared abdominal^{5,6}.

En conclusión, la resección completa del tumor desmoide, primario o recidivado, sigue siendo el tratamiento de elección, siempre que éste pueda realizarse con una morbilidad aceptable. La aparición de estos nuevos biomateriales puede ayudar a resolver grandes defectos de la pared abdominal, en los cuales no puede realizarse un cierre peritoneal o de la fascia posterior.

**M. Velasco, M. Manzanera, M.A. García,
V. Vega y F.J. Carnero**

Servicio de Cirugía A. Hospital Universitario de Puerto Real.

Bibliografía

1. Soravia C, Berk T, McLeod RS, Cohen Z. Desmoid disease in patients with familial adenomatous polyposis. *Dis Col Rectum* 2000; 43: 363-369.
2. Lambroza A, Tighe MK, DeCosse JJ, Dannenberg AJ. Disorders of the rectus abdominis muscle and sheat. A 22 year experience. *Am J Gastroenterol* 1995; 98: 1313-1317.
3. Goy BW, Lee SP, Eiber F, Dorey F, Eckardt J, Fu Ys et al. The role of adjuvant radiotherapy in the treatment of resectable desmoid tumor. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1997; 39: 659-65.
4. Bellón JM, Contreras LA, Pascual G, Buján J. Neoperitoneal formation after implantation of various biomaterials for the repair of abdominal wall defects in rabbits. *Eur J Surg* 1999; 165: 145-150.
5. Álvarez Sánchez JA, Vaca Vaticón D, Fernández Lobato R. Desmoid tumor: a simple problem with severe sequelae. *Rev Esp Enferm Dig* 1995; 87: 605-607.
6. Sutton RJ, Thomas JM. Desmoid tumor of the anterior abdominal wall. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25: 398-400.