



Localizador web
Artículo 30.425

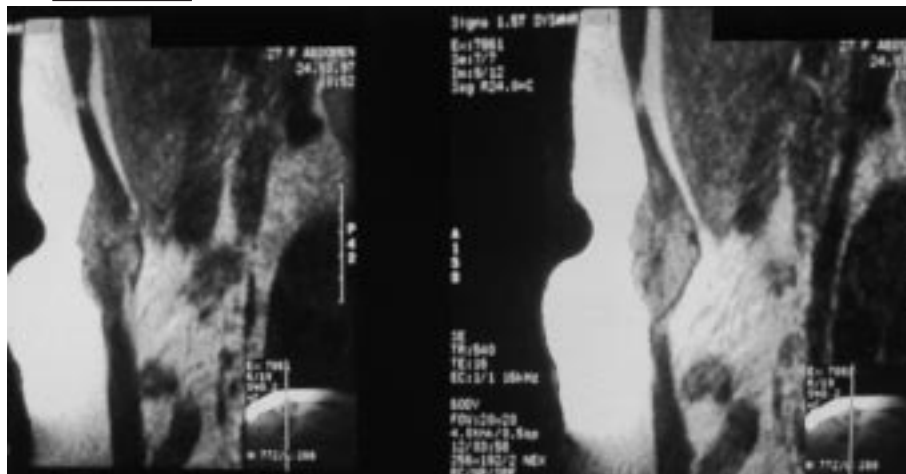


Fig. 1. Resonancia nuclear magnética.
Tumor desmoide de la pared abdominal.

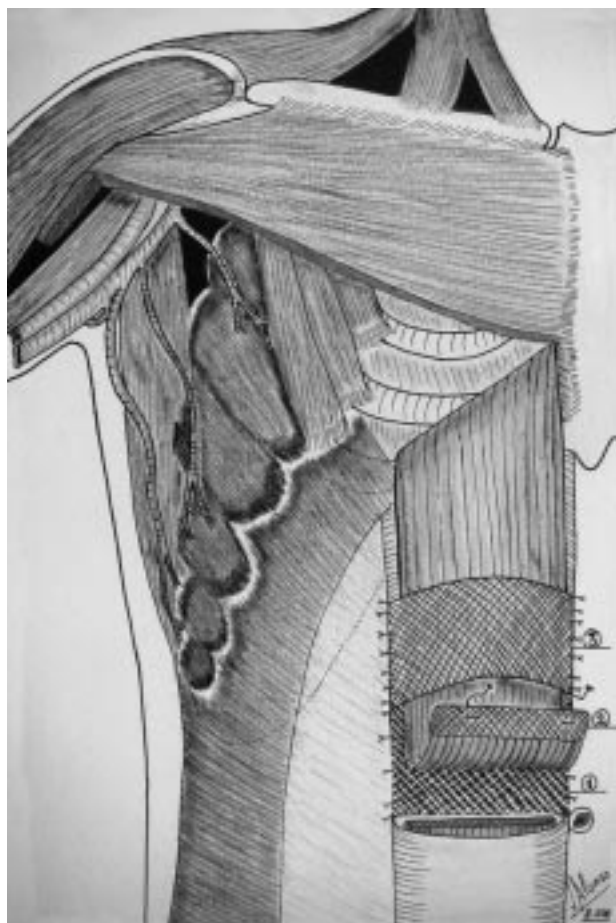


Fig. 2. Reconstrucción de la pared abdominal con mioplastia y doble malla.

Sr. Director:

Después de haber leído atentamente la nota clínica publicada en su revista CIRUGÍA ESPAÑOLA por el Dr. Louredo et al¹, en la que se describe el caso clínico de una paciente portadora de un tumor desmoide de la pared abdominal, quisiéramos hacer una serie de comentarios, basados en la experiencia personal y de otros autores²⁻⁵.

Al igual que reflejan en su caso los autores, una de nuestras pacientes tenía 28 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos previos, pero sí un embarazo a término 2 años antes, a partir del cual comenzó a notar una tumoración en el hipocondrio derecho. Tanto

el estudio ecográfico de la pared abdominal como la resonancia magnética (fig. 1) sugerían el diagnóstico de tumor desmoide del recto anterior derecho de 6,5 x 3,5 cm que no invadía estructuras intraabdominales. La punción percutánea con aguja fina y posterior estudio citológico fue diagnóstico de tumor desmoide. Planteamos la intervención quirúrgica de tal forma que reconstruiríamos la totalidad de la pared abdominal, para lo cual, una vez resecado el tumor con un margen de seguridad de 2 cm, nos encontramos con un defecto parietal abdominal derecho, consistente en la ausencia del recto anterior abdominal derecho, excepto su porción más distal insertada en la cresta ilíaca, el peritoneo adherido a la tumoración y, por supuesto, la aponeurosis rectal con sus dos hojas anterior y posterior. Reconstruimos el defecto peritoneal colocando una malla de ácido poliglicocólico (vicryl), la musculatura rectal fue sustituida por un colgajo muscular de pectoral mayor que para mejor anclaje en la cresta ilíaca se le realizó una prolongación "tendinosa" con malla de ácido poliglicocólico; las hojas aponeuróticas fueron sustituidas por una malla de polipropileno (fig. 2).

Esta técnica, que es la que nosotros realizamos con más frecuencia en los defectos parietales importantes, creemos que es más adecuada que la simple reconstrucción con materiales protésicos, pues sustituye la totalidad de la pared abdominal y evita lo que los citados autores ponen de manifiesto (atrofia del resto muscular y eventración). Es una técnica que nosotros realizamos en unos casos con músculo pectoral mayor, en otros con dorsal ancho, sartorio o tensor de fascia lata, siempre añadiendo materiales protésicos de ácido poliglicocólico, polipropileno o PTFE-e. Solamente en los defectos parietales pequeños, al igual que los autores limitamos la reconstrucción de la pared abdominal a la colocación de dobles mallas.

Con este proceder hemos evitado las eventraciones o debilidades parietales posteriores a la cirugía y en la actualidad no tenemos recidivas, aunque sí hemos intervenido 4 pacientes de otros centros con recidiva.

**C. Manuel*, J. Alonso*, J.L. Alonso*,
M.J. Fernández* y J.M. Barcena****

*Médico Adjunto de Cirugía General. **Jefe de Servicio
de Cirugía General. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria.

Bibliografía

1. Louredo Méndez A, Alonso Poza A, Fernández Rodríguez A, Álvarez Conde A, Del Riego Tomás FJ, Alonso del Campo E. Tumor desmoid de pared abdominal. Reconstrucción con doble prótesis de PTFE y polipropileno. *Cir Esp* 2000; 68: 169-172.
2. Manuel Palazuelos JC, Hernanz de la Fuente FL, Fernández Fernández F. Tratamiento quirúrgico de la fibromatosis agresiva. A propósito de 12 pacientes. *Cir Esp* 1993; 54: 257-261.
3. Martín Parra JI, Manuel Palazuelos JC, Alonso Martín J, Alonso Galyón JL, Fernández Díaz MJ, Barcena Barros JM. Mixoma intramuscular abdominal: una localización excepcional. *Cir Esp* 1999; 66 (Supl 1): 211.
4. Sutton RJ, Thomas JM. Desmoid tumours of the anterior abdominal wall. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25: 398-400.
5. Sharma RX, Singh G, Naidu PM. Abdominal wall defects: anatomic classification and a scheme for management. *Ann Plast Surg* 1998; 41: 180-184.