

4. Windsor JA. Laparoscopic exploration of the common bile duct: A training model. *J R Coll Surg Edinb.* 1993;38:48-9.

Antonio Navarro-Sanchez^{a,*}, Alexander C. von Roon^a, Rhys L. Thomas^b, Stephen Windsor Marchington^c y Alberto Isla^a

^aDepartment of General Surgery, Northwick Park and St Mark's Hospitals, Harrow

^bDepartment of Upper GI Surgery, Kingston Hospital, Surrey

^cClinical Skills Centre, St. Mary's Hospital, London

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: navarrosana@yahoo.es (A. Navarro-Sanchez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.025>

Sarcoma de partes blandas en muslo e ingle. Reconstrucción con colgajo miocutáneo vertical de rectus abdominis

Soft tissue sarcoma in the thigh and groin. Reconstruction using vertical rectus abdominis myocutaneous flap

Los sarcomas de partes blandas (SPB) son tumores malignos no-epiteliales, del tejido extraesquelético que pueden comprometer a los músculos, la grasa, el tejido fibroso, los vasos sanguíneos u otros tejidos de soporte del cuerpo. El tratamiento ha cambiado desde procedimientos ablativos hasta tratamientos quirúrgicos más conservadores¹. La cirugía preservadora asociada o no a terapia adyuvante es el tratamiento estándar y únicamente se planteará la posibilidad de amputación cuando no sea posible conseguir márgenes amplios o reconstrucción funcional del miembro².

El muslo es la localización más frecuente de los sarcomas en la extremidad inferior. La exéresis de este tipo de tumores exige amplios márgenes y los grandes defectos secundarios no suelen cerrarse de manera directa, o se obtienen con tensión. Estos defectos resultantes suelen ser profundos y, con frecuencia, exponen los vasos femorales. El espacio muerto resultante suele ser mayor que el de extirpaciones de tumores más distales y, en esta región, las heridas suelen presentar mayor porcentaje de dehiscencias y de infecciones. Por este motivo, la reconstrucción de esta región requiere de tejido suficiente para rellenar el espacio muerto, proteger los vasos femorales y evitar cierres con tensión^{3,4}. Añadimos, además, que la radiación dificulta aún más una adecuada cicatrización de la herida.

Los colgajos miocutáneos verticales de rectus abdominis (VRAM) han sido usados con éxito para la cobertura de defectos en pared costal, región inguinal, perineal, vaginal y glútea con buenos resultados estéticos y funcionales. La ventaja del colgajo VRAM pediculado es que aporta una extensa isla cutánea, gran espesor de tejidos de partes blandas con una técnica quirúrgica de fácil ejecución, baja tasa de complicaciones y alta probabilidad de éxito⁵.

Presentamos 2 casos clínicos de pacientes con SPB en muslo, intervenidos mediante exéresis radical y en los que se ha realizado reconstrucción con colgajo VRAM.

Caso 1

Varón de 63 años que consulta por presentar una tumoración en muslo izquierdo de 3 meses de evolución, acompañado de dolor y crecimiento progresivo. A la exploración presenta tumoración de 10 × 10 cm en cara lateral del muslo izquierdo.

La RM describe en la cara anterior del tercio superior del muslo una masa polilobulada, de 15,5 × 7,5 × 5 cm en el espesor del vasto externo, contactando con el hueso y localizándose entre este último, el vasto intermedio, el recto anterior y el tensor de la fascia lata, a los que comprime y desplaza. El estudio de extensión no encontró datos sugestivos de malignidad.

Se realiza PAAF-Trucut de la masa, resultando citología positiva para células malignas y con hallazgos sugestivos de sarcoma pleomorfo.

Se interviene quirúrgicamente, realizándose extirpación radical con márgenes del compartimento anterior del muslo izquierdo y cortical anterior de fémur. La reconstrucción ósea se realizó mediante colgajo libre de peroné con anastomosis T-T del pedículo peroneo a una rama del paquete femoral superficial (una arteria y 2 venas). La cobertura se realizó con colgajo VRAM pediculado en vasos epigástricos inferiores ([fig. 1](#)).

La RM de control realizada a los 2 años no evidenció alteraciones en la señal del hueso. No se observaron diferencias entre ambas cabezas femorales conservándose la morfología de la intensidad de señal sin signos de displasia, osteonecrosis ni necrosis vascular.

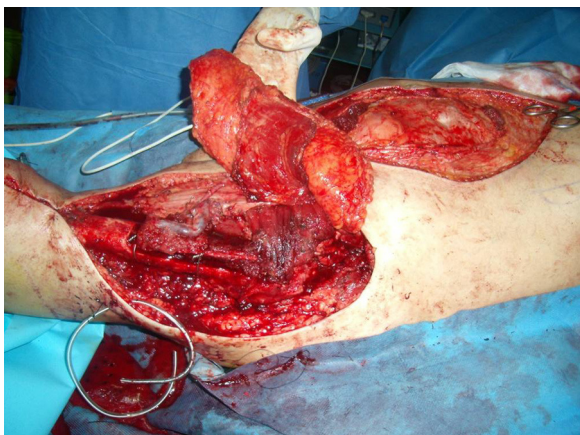


Figura 1 – Extirpación radical con márgenes del compartimento anterior del muslo izquierdo y cortical anterior de fémur y reconstrucción con colgajo libre de peroné y colgajo VRAM pediculado en vasos epigástricos inferiores.



Figura 2 – Masa en cara anterolateral de muslo derecho. Diseño de colgajo VRAM. Véase la única porción de fascia muscular incluida en el colgajo, diseñada como una pequeña elipse en la que iban incluidas las perforantes de los vasos epigástricos inferiores profundos.

Caso 2

Varón de 72 años de edad con masa en cara anterolateral de muslo derecho con PAAF sugestivo de SPB.

A la exploración, se aprecia tumoración de aproximadamente 10 cm en tercio proximal de cara anterolateral de muslo derecho.

La RM informa de la presencia de una masa de 7,2 × 4,9 × 5,2 cm, en el espesor del vientre del vasto intermedio/lateral y tensor de la fascia lata del muslo derecho con impronta y parcial infiltración de los mismos. El estudio de extensión no encontró datos sugestivos de enfermedad a distancia.

El paciente es intervenido, realizándose una extirpación radical de la masa, incluyendo músculo sartorio, recto anterior y vastos intermedio y lateral de cuádriceps, y cobertura mediante colgajo VRAM pediculado con conservación de la fascia abdominal, excepto una pequeña elipse en la que iban incluidas las perforantes de los vasos epigástricos inferiores profundos que vascularizaban el colgajo (fig. 2).

El colgajo evolucionó de forma satisfactoria sin requerir revisión en ninguno de los 2 casos. Se llevó a cabo un seguimiento semanal del paciente hasta obtener una cicatrización óptima para comenzar la deambulación. En ambos casos, los pacientes consiguieron una marcha adecuada.

Hasta la fecha, no se han encontrado evidencias de recurrencia local ni a distancia.

El colgajo VRAM es de gran utilidad para cobertura de defectos inguinofemorales. Aporta gran cantidad de tejido, presenta una gran versatilidad en cuanto al diseño y el arco de rotación, no requiere cambios en la posición del paciente y no supone gran morbilidad de la pared abdominal⁶.

En el segundo caso que se muestra, el uso de una perforante dominante favoreció reducir la morbilidad de la zona donante al preservar prácticamente toda la fascia abdominal, evitando las herniaciones, eventraciones o laxitud miofascial, secuelas posibles de la zona donante de este tipo de colgajos⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Misra A, Mistry N, Grimer R. The management of soft tissue sarcoma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62:161-74.
2. Guías clínicas en Sarcoma de Partes Blandas. *Oncología.* 2006;29:238-44.
3. Parrett BM, Winograd JM, Garfein ES, Lee WP, Hornicek FJ, Austen Jr WG. The vertical and extended rectus abdominis myocutaneous flap for irradiated thigh and groin defects. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:171-7.
4. Rufer M, Plock JA, Erni D. One hundred fascia-sparing myocutaneous rectus abdominis flap: An update. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64:209-16.
5. Küntscher MV, Mansouri S, Noack N, Hartmann B. Versatility of vertical rectus abdominis musculocutaneous flaps. *Microsurgery.* 2006;26:363-9.
6. Drake DB. Reconstruction for limb-sparing procedures in soft-tissue sarcomas of the extremities. *Clin Plast Surg.* 1995;22:123-8.
7. Iyengar AJ, Rozen WM, Kapila S, Donahoe S, Heriot AG. A unique deep inferior epigastric artery perforator and implications for a muscle and fascia sparing vertical rectus abdominis myocutaneous flap: a case report. *Microsurgery.* 2011;31:413-6.

María Teresa Sánchez Medina*, Jaime Lima Sánchez, Javier Fernández-Palacios y Orlando García Duque

Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marisolsm@hotmail.com (M.T. Sánchez Medina).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.11.011>