



V-017 - EXÉRESIS DE MASA MEDIASTÍNICA Y RECONSTRUCCIÓN CON PRÓTESIS ESTERNOCLAVICULAR A MEDIDA

Inés Serratosa de Caralt, Marina Paradela de la Morena y Carlos Déniz Armengol

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: Los tumores mediastínicos plantean desafíos complejos en su tratamiento. Las resecciones quirúrgicas extensas son frecuentemente necesarias para abordar estos tumores, pudiendo resultar en defectos significativos en la pared torácica. Estos defectos pueden comprometer la función respiratoria y estructural del paciente a largo plazo, requiriendo una atención especializada en su reparación, desde técnicas de sutura convencionales hasta el uso de injertos de tejido y prótesis específicas.

Caso clínico: Varón de 18 años, sin alergias, con antecedente de criptorquidia bilateral intervenida a los 9 años (2014). Debut en abril de 2023 de masa mediastínica de gran tamaño con M1 pulmonares y M1 en manubrio esternal. El TC torácico informa de masa de 180 × 74 × 13 mm en mediastino anterior, en contacto con estructuras vasculares, así como de nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de M1 y lesión lítica de 10 mm en manubrio esternal compatible con M1. Biopsia compatible con tumor fusocelular no tipificable. Se orienta como tumor de stirpe germinal con componente teratomatoso por contexto clínico y características radiológicas. Inicia quimioterapia VIP (cisplatino-ifosfamida-etopósido) con mala tolerancia. En TAC de agosto de 2023 se objetiva disminución de la masa (ahora mide 160 × 63 mm) con persistencia de la lesión esternal. Destaca la remisión de las lesiones pulmonares tras tratamiento médico. Se decide resección de la masa residual y la M1 esternal con posterior reconstrucción del defecto con implante hecho a medida. Bajo anestesia general e intubación orotraqueal se posiciona al paciente en decúbito supino y se realiza cervicoesternotomía media. Se prepara el colgajo de pectoral y músculo esternocleidomastoideo bilateral. Se procede a la exéresis del manubrio esternal seccionando transversalmente la unión entre manubrio y cuerpo esternal así como el extremo proximal de primeras costillas y ambas clavículas. A continuación, se diseña con ayuda de tijera y energía ultrasónica la masa mediastínica, que se encuentra firmemente adherida a tabla interna esternal, ambos pulmones y estructuras vasculares. Se dejan tres drenajes torácicos. En un segundo tiempo se realiza la reconstrucción de la pared torácica, protegiendo las estructuras mediastínicas con una malla biológica por debajo del esternón fijada a partes blandas. Se coloca prótesis de titanio a medida fijada a clavículas y cuerpo esternal mediante tornillos. Para sustituir los ligamentos de la articulación esternoclavicular se utiliza una sutura de polietileno de cadena larga. Dicho material se emplea también para el cierre esternal en lugar del alambre convencional. Finalmente se sutura el *flap* de pectoral y se cierra la incisión por planos. El posoperatorio transcurre sin incidencias, debiendo mantener el paciente ambos brazos en abducción con ayuda de un cabestrillo. Retirada de

los drenajes al 10º día y alta a domicilio al 15º día poscirugía. El resultado de la anatomía patológica es compatible con carcinoma tímico de tipo sarcomatoide, por lo que se decide iniciar quimioterapia adyuvante que continúa en curso en el momento actual.

Discusión: El desarrollo de la tecnología y la incorporación de herramientas de diseño 3D permiten la planificación de reconstrucciones hasta ahora inaccesibles, abriendo así el abanico de lesiones que pueden considerarse “resecables”.