



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-492 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN FIBROSARCOMA DE PARED ABDOMINAL Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO DE MIEMBRO INFERIOR

Celi Altamirano, Edgardo Andrés; Hernández Granados, Pilar; Linacero, Santiago; Colas, Enrique; Martín, Libertad; Pila, Ulises; Rueda, José Antonio; Quintans, Antonio

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: Los tumores malignos de partes blandas constituyen una patología poco frecuente asociada, en ocasiones, a alteraciones genéticas. Estos tumores primarios mesenquimatosos presentan agresividad local, 5% invasión ganglionar y 4-11% metástasis a distancia (diseminación hematogena). Entre ellos, el fibrosarcoma, constituido por fibroblastos anaplásicos con crecimiento desorganizado, es el cuarto en frecuencia entre los tumores malignos de pared abdominal. El único tratamiento curativo es la cirugía con márgenes libres de, al menos, 3 cm asociado o no a radioterapia. La supervivencia media a 5 años es del 60%.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 64 años sin antecedentes relevantes con una tumoración en hipogastrio de 2 años de evolución, doloroso al roce sin otra sintomatología asociada. A la exploración presentaba una masa excrecente que ocupa el cuadrante inferior izquierdo casi en su totalidad. Sobrepasaba la línea media al menos en el tejido celular subcutáneo y en su límite inferior alcanza el ligamento inguinal. En el TAC se objetivaba una masa de características inespecíficas en 10 x 7 cm en fosa iliaca izquierda. Se realizó un TruCut donde se obtuvieron cilindros de tejido neoplásico mesenquimal fusocelular mixoide de bajo grado. Finalmente se intervino para realizar una extirpación en bloque incluyendo el músculo recto izquierdo respetando en la región inguinal el cordón espermático. Para la reconstrucción del defecto se realizó un colgajo musculocutáneo de vasto externo, incluyendo fascia muscular y un extra de fascia lata (3 cm) pediculado en el origen de la arteria circunfleja externa (femoral profunda). El defecto secundario se injertó con piel de espesor parcial, obtenida del muslo derecho. No se presentaron complicaciones en el postoperatorio siendo dado de alta a los 15 días. La anatomía patológica describe una tumoración irregularmente ovoidea, polilobulada, con numerosos nódulos satélites, de coloración grisácea y consistencia mucoide, que contacta con la piel y ocupa todo el tejido subcutáneo con bordes y fondos quirúrgicos de resección libres de enfermedad. El estudio inmunohistoquímico era positivo para vimentina, positivo débil para CD 34 y Ki67 indicaba un alto índice proliferativo (> 90% de las células positivas) compatible todo ello con un fibrosarcoma de alto grado con aéreas mixoides.

Discusión: Los fibrosarcomas de partes blandas son tumores malignos poco frecuentes que obligan a su diagnóstico diferencial cuando nos encontramos ante una masa en pared abdominal. Su complejidad en el tratamiento radica en que se debe realizar una resección completa con márgenes

libres dejando grandes defectos de pared que obligan a reconstrucciones con mallas o colgajos musculocutáneos. Tras el tratamiento curativo que es la cirugía, según las características morfológicas, anatomopatológicas e inmunohistoquímicas, estos pacientes han de recibir radioterapia adyuvante.