



P-452 - NUEVO ENFOQUE A LA RECONSTRUCCIÓN CATASTRÓFICA DE PARED ABDOMINAL MEDIANTE COLGAJO LIBRE COMPUESTO ANTEROLATERAL DE MUSLO Y DE FASCIA LATA ANASTOMOSADO A LOS VASOS GASTROEPIPLOICOS

González López, José; Sisternas Hernández, Lucía; Fernández Garrido, Manuel; Ballester, Eulàlia; Cambeiro, Lorena; Norte García, Andrea

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Actualmente, la reparación de grandes defectos de pared abdominal supone un reto quirúrgico. La tendencia es a reparar los defectos de pared abdominal con mallas protésicas utilizando la separación de componentes. Desgraciadamente, hay casos en los que esta solución no es factible debido a la pérdida de pared abdominal por la resección de tumores gigantes o por múltiples cirugías previas con complicaciones posoperatorias como fístulas locales o exposiciones de malla. El uso de colgajos libres microquirúrgicos en sus diferentes variantes ha demostrado ser de gran utilidad en la reconstrucción de grandes defectos abdominales y en la resolución de complicaciones posquirúrgicas. En este caso, presentamos una solución para la reparación de un defecto complejo de pared abdominal mediante malla biológica y colgajo microquirúrgico de perforantes cutáneo-adipo-fascial.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 50 años con un tumor desmoide recurrente en la pared abdominal reparado en ocho ocasiones con mallas protésicas y con complicaciones locales recurrentes como una fístula central con supuración purulenta crónica en relación a las mallas infectadas. La reconstrucción del defecto después de la resección se realizó mediante malla biológica y colgajo libre microquirúrgico de perforantes compuesto cutáneo- adipo-fascial. El componente fascial se obtuvo del músculo tensor de la fascia lata y el componente adipo-cutáneo del ALT (colgajo anterolateral de muslo). Se anastomosó a los vasos gastroepiploicos. La porción de fascia lata ubicada en la cara profunda del colgajo ALT se colocó sobre la malla de Permacol[®], cubriéndola totalmente para generar soporte estructural. La evolución posoperatoria al alta y en los controles posteriores fue satisfactoria, con completa integridad de la pared abdominal y buena continencia visceral ante bipedestación y maniobra de Valsalva.

Discusión: La reparación combinada de pared abdominal con mallas protésicas y colgajos vascularizados es una solución que permite retirar de forma amplia y segura el material infectado sin estar limitados por conservar la piel próxima al defecto, que en la mayoría de las ocasiones, quedaría desvascularizada o contaminada. Además, también nos permite, en el mismo acto quirúrgico, realizar una reconstrucción completa de la zona con tejido autólogo del paciente evitando la aparición de fístulas cutáneas. La utilización de un colgajo libre microquirúrgico de perforantes compuesto tipo ALT con fascia lata nos permite reparar de manera efectiva grandes

defectos de pared abdominal sin el sacrificio de ningún músculo. Además, la utilización de la porción tendinosa del músculo tensor de la fascia lata, como elemento estructural de la base de la pared abdominal, nos permite utilizar una malla biológica profunda sola, evitando el uso de una segunda malla sintética sobre ella, lo cual conlleva menos material extraño. El uso de los vasos gastroepiploicos como vasos receptores nos permite realizar una anastomosis arterial en “flow-through” y una doble anastomosis venosa permitido por la ausencia de válvulas en dichas venas. La variante de colgajo ALT compuesto utilizado en este caso no ha sido descrita hasta el momento en la literatura y la consideramos como una alternativa viable y funcional en la reconstrucción de grandes defectos de pared abdominal.