



P-458 - RECIDIVA DE HEPATOCARCINOMA EN PARED TORACOABDOMINAL

Apodaca, Lorena; Martin, Estibaliz; Carballo, Laura; Gallego, Lander; Fernández-Mongue, Arantza

Hospital Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: Un caso particular de los tumores malignos de la pared abdominal lo constituyen las metástasis y los implantes en las puertas de entrada tras cirugía laparoscópica con una prevalencia de entre 1-2%. La exéresis quirúrgica implica asegurar márgenes quirúrgicos libres de tumor, a pesar de que para ello a veces sean necesarias cirugías complejas con resecciones amplias y reconstrucciones de pared. Presentamos un caso clínico de recidiva de hepatocarcinoma (HCC) en pared toracoabdominal (TA).

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes de hepatopatía crónica por VHB y VHC, con historia oncológica de HPC en segmento VI, intervenido en 2011 y recidiva local en pared TA en cicatriz de trócar de hipocondrio derecho que se extrae en bloque (diafragma, pared torácica y cicatriz). La anatomía patológica muestra un HCC con márgenes afectos, por lo que recibe RT local. Consulta 2 años después por aparición de tumoración costal derecha en espacio intercostal 11^º y 12^º desde hace 5 meses. Se completa estudio con RM y TC abdominal bifásico con hallazgo de masa pseudonodular en pared costal posterolateral derecha de 26 × 15 mm, adyacente a cicatriz, que capta intensamente en fase arterial y lava en fase portal y tardía, sugestivo de hepatocarcinoma. Procedimiento quirúrgico: tras presentar el caso en el comité de tumores, se opta por un tratamiento quirúrgico dirigido por un equipo multidisciplinar. A continuación, se exponen las fases del procedimiento. Colocación y reparación: colocación del paciente en decúbito lateral izquierda. Marcaje de la zona de lesión y reconstrucción del colgajo. Cirugía torácica: resección en bloque de tumor costal desde 10^º espacio intercostal hasta 12^a costilla incluyendo cicatriz previa (exéresis de costillas 11 y 12). Cirugía general: disección del espacio preperitoneal de 20 × 20 cm sobrepasando área subdiafragmática. Colocación de malla Bio A de 20 × 20 cm y posterior malla de polipropileno de 20 × 20 cm. Reinserción de músculo transverso a la malla en flanco derecho y en región medial. Cirugía plástica: ligadura y sección de las perforantes intercostales, las ramas vasculares del músculo serrato y la arteria circunfleja escapular, obteniendo mayor longitud del pedículo. Desinserción del tendón de húmero. Cobertura de malla y costillas con colgajo miocutáneo dorsal ancho en V-Y.

Discusión: Las Mtx de pared abdominal se asocian a tumores de alto grado, con mal pronóstico y con tendencia a recidivar. A pesar de los avances en el tratamiento sistémico y la radioterapia, la extirpación quirúrgica continúa siendo la base del tratamiento, requiriendo, en ocasiones, amplias resecciones y reconstrucciones de pared.