



V-089 - RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE PARED TORACOABDOMINAL TRAS RESECCIÓN DE TUMORACIÓN MIXOIDE DE PARED COSTAL

Grillo Marín, Cristián; Fernández Rodríguez, Manuel; Iglesias García, Eva; Suárez Sánchez, Miguel; Martín Rodrigo, Pilar; Gil Cidoncha, Lucía; Torquet Muñoz, María Eugenia; López Monclús, Javier

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Las tumoraciones malignas de pared costal baja requieren intervenciones quirúrgicas oncológicas agresivas que comprometen la anatomía y funcionalidad de la pared abdominal. El objetivo del abordaje conjunto, oncológico y reconstructivo, es garantizar la máxima calidad quirúrgica oncológica así como minimizar las secuelas funcionales. Presentamos nuestra técnica de reconstrucción del área toracoabdominal tras resecciones oncológicas.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedente de infarto agudo de miocardio con doble *bypass*, obesidad y EPOC. Presenta tumoración de partes blandas en parrilla costal baja Izquierda. El estudio preoperatorio sugiere una tumoración mixoide maligna de parrilla costal izquierda. Valorado juntamente con Cirugía Torácica y tras presentarse el caso en Comité de Sarcomas se decide intervención quirúrgica. Se lleva a cabo resección de tumoración en bloque que afecta a arcos costales 8° a 11°, diafragma y musculatura oblicua externa, oblicua interna y transversa del abdomen quedando defecto residual de 15 × 20 cm en unión toracoabdominal. Se realiza reconstrucción diafragmática con parche puenteado de DualMesh reinsertada en reborde costal. Posteriormente se lleva a cabo disección craneal de fascia diafragmática hasta centro tendinoso, disección posterior por plano preperitoneal hasta exposición de músculo cuadrado lumbar y psoas. Caudalmente se alcanza ligamento inguinal y medialmente la grasa preperitoneal posterior a línea alba. Se coloca malla biológica como refuerzo preperitoneal y malla de polipropileno (40 × 30 cm) reforzando todo el espacio preperitoneal retromuscular disecado, sin fijación. Posteriormente se moviliza musculatura lateral oblicua y transversa para reinserción por planos sobre la 7ª costilla. Queda un área de unos 6 cm cuadrados con malla puenteada que se recubre con colgajo parcial de músculo dorsal ancho y serrato anterior. El paciente fue dado de alta al 5º día posoperatorio sin incidencias. Tras 6 meses de seguimiento no presenta recidiva de su patología de base y no ha desarrollado una eventración posquirúrgica.

Discusión: La cirugía oncológica de tumores de parrilla costal supone la lesión de estructuras fundamentales en la estabilidad de la pared toracoabdominal, comprometiendo su funcionalidad. La reconstrucción de la unión toracoabdominal sobre un refuerzo protésico preperitoneal retromuscular/subdiafragmático hiperextendido es una técnica segura y eficaz para este tipo de resecciones oncológicas y reforzar la inevitable denervación secundaria de la pared abdominal ipsilateral.