



## P-431 - EVENTRACIÓN PÉLVICA: REPARACIÓN CON MALLA POR VÍA POSTERIOR DE EVENTRACIÓN PÉLVICA TRAS RESECCIÓN DE CORDOMA SACRO

Robledo Casas, Silvia; Parra Muñoz, Ana Maria; Córcoles Córcoles, Marta; Pérez Rubio, Álvaro; Domingo del Pozo, Carlos; Gómez Abril, Segundo

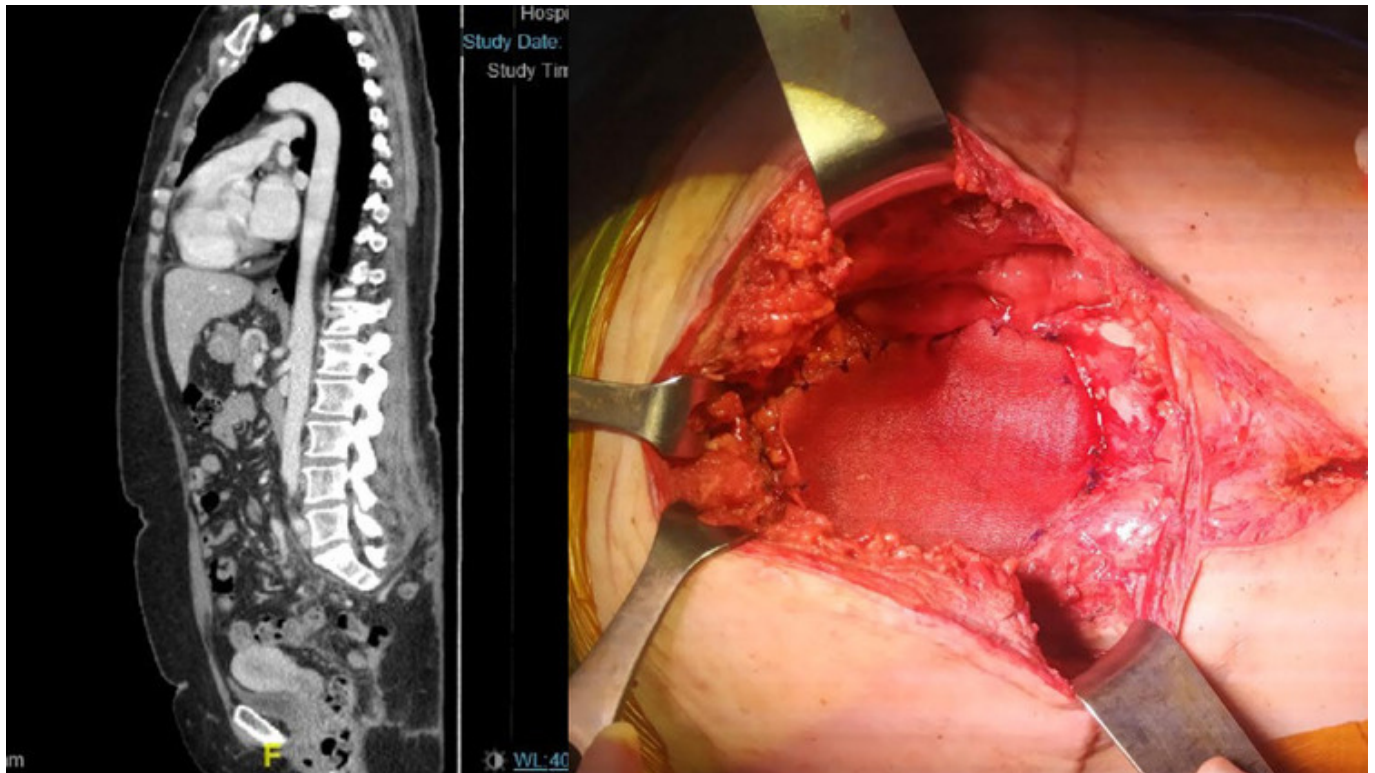
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** El cordoma es un tumor óseo maligno que se origina a partir de células residuales de la notocorda. Representa el 1-4% de todos los tumores óseos primarios, siendo su localización más frecuente el sacro. Es más frecuente en varones (2:1) mayores de 40 años. Se caracteriza por tener un crecimiento lento y es localmente agresivo. La mayoría de pacientes se diagnostican en estadios avanzados debido a que los síntomas son inespecíficos. El tratamiento de elección es la resección en bloque del tumor ya que es altamente resistente a la radio y quimioterapia. Sin embargo, la radioterapia a altas dosis en adyuvancia ha demostrado prolongar la recurrencia. La supervivencia a los 10 años es del 46%. La reparación del defecto resultante debe incluir alguna medida que evite la eventración posterior del contenido abdominal, como el uso de prótesis, y cubrir la herida quirúrgica mediante la movilización bilateral de los músculos glúteos y colgajos cutáneos de traslación o miocutáneos.

**Caso clínico:** Mujer de 52 años con diagnóstico de cordoma sacro que se extendía desde S2 hasta S5, infiltrando los somas vertebrales y el músculo piramidal y glúteo izquierdo. En sentido anterior se aproximaba al recto sin infiltrarlo. Se realizó un abordaje quirúrgico multidisciplinar para conseguir una resección completa del tumor. En un primer tiempo por vía laparoscópica se disecó el espacio entre recto y presacro hasta alcanzar los músculos elevadores. Seguidamente se posicionó a la paciente en decúbito prono y por vía posterior, mediante una incisión en línea media se realizó una resección en monobloque del tumor con límite superior en S2, resecando el músculo piramidal y parcialmente el glúteo izquierdo. Finalmente se realizó una reconstrucción con malla de colágeno dérmico porcino (PERMACOL™) fijándola con puntos simples al suelo pélvico y se confeccionaron dos colgajos fasciocutáneos VY glúteos para cubrir el defecto cutáneo. Como tratamiento adyuvante se decidió realizar una terapia con protones a altas dosis. Previo al inicio de la misma se realizó un TC en el que se objetivó una eventración pélvica del contenido abdominal. Dado el alto riesgo de enteritis rádica se decidió previo al tratamiento adyuvante reparar la eventración pélvica. En esta segunda intervención se volvió a acceder por vía posterior. Se identificó el saco herniario, y tras disecarlo, se accedió a la cavidad pélvica, identificando la malla previa desinsertada. Posteriormente, se colocó una malla de poliglicólico (GORE® BIO-A®) cubriendo el defecto del suelo pélvico y se ancló con puntos transóseos a la superficie inferior del sacro reseado y, con puntos simples, al músculo elevador bilateralmente. Se insertó una segunda malla de polipropileno (Optilene®) que se ancló sobre la anterior. Finalmente se cubrió el defecto reinsertando los colgajos

fasciocutáneos previos. Tras la cirugía la paciente pudo iniciar y completar la terapia con protones a altas dosis.



**Discusión:** La reparación con malla por vía posterior se considera una buena opción en el abordaje de la eventración pélvica tras resección de cordoma sacro, ya que consigue buenos resultados sin aumentar la morbimortalidad. Sin embargo, es técnicamente más exigente.