



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-116 - LIPOSARCOMA DE PARED ABDOMINAL LATERAL. EXÉRESIS Y RECONSTRUCCIÓN DE PARED

Ocaña Wilhelmi, Luis Tomás¹; Hinojosa Arco, Luis Carlos¹; Monje Salazar, Cristina¹; Arrabal, Ricardo²; Soler Humanes, Rocío¹; Villuendas Morales, Francisco Javier¹; Fernández Serrano, José Luis²; de Luna Díaz, Resi²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ²Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El abordaje de los tumores malignos de partes blandas exige una valoración y tratamiento multidisciplinar para conseguir el mejor resultado en cada paciente. En el caso de los liposarcomas, una resección quirúrgica radical supone la base principal del tratamiento, ya que habitual su respuesta a la quimioterapia y la radioterapia suele ser escasa.

Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 71 años que es diagnosticada de liposarcoma a nivel de pared abdominal lateral derecha que afecta a los tres músculos de la misma (oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso). Se decide administrar radioterapia neoadyuvante, con escasa eficacia, y posteriormente se programa intervención quirúrgica.

Resultados: Se inicia la intervención en posición decúbito lateral izquierdo. Se identifica gran tumoración que se dispone en el espesor de la musculatura abdominal lateral derecha y que afecta principalmente al músculo oblicuo menor y transverso, respetando aparentemente al oblicuo mayor. En su porción superior afecta y contacta con las costillas 10, 11 y 12, sin llegar a infiltrar el diafragma. Contacta igualmente con el hígado, sin rebasar la cápsula de Gleason, a nivel de borde libre lóbulo derecho adyacente a ligamento triangular (Segmento VI). En su borde profundo llega hasta el retroperitoneo y las fascia de Told derecha, sin infiltrar el colon ascendente ni ningún otro órgano intrabdominal. Se realiza exéresis de la tumoración, englobando el músculo oblicuo mayor como límite sano anterior. El límite superior precisa la exéresis con costotomo de las costillas 12, 11 y una porción larga de la 10. El borde medial llega al músculo recto anterior del abdomen. El borde profundo alcanza el retroperitoneo y la fascia de Told derecha, reseccándose la tumoración a ese nivel, por lo que puede respetarse el colon ascendente. El tamaño total de la tumoración es de unos 15 cm de longitud craneo-caudal, 8 cm en su eje anteroposterior y 5 cm de espesor. Tras su exéresis se aprecia un gran defecto de pared abdominal. Ante la ausencia de músculo y aponeurosis para la reparación de la pared se decide realizar una plastia con material protésico y cobertura con piel y tejido celular subcutáneo. Se coloca malla macroporosa de politetrafluoroetileno condensado de baja densidad (Omyra®), que se fija con corona de puntos en todo su perímetro. Tras ello se realiza cobertura de la misma con tejido celular subcutáneo y piel. Se deja un drenaje aspirativo subcutáneo. La paciente presenta buena evolución postoperatoria y es dada de alta seis días después de la intervención. La anatomía patológica informa de la presencia de liposarcoma bien diferenciado

de tipo esclerosante que infiltra el músculo estriado. No se realiza tratamiento adyuvante posterior y se decide seguimiento.

Conclusiones: El pronóstico de los liposarcomas depende, en gran parte, de una intervención radical que consiga dejar al paciente libre de enfermedad. Si invade la pared abdominal, como en nuestro caso, será necesario realizar una reconstrucción posterior utilizando material protésico o plastias musculares.