

Versatilidad del colgajo dorsal en cirugía de reconstrucción de sarcoma de pared torácica.

Reporte de caso

Versatility of the dorsal flap in reconstruction surgery of thoracic wall sarcoma. Case report

Mauro Porto*, Mariana Pane*, Rodrigo Frachi**, Derliz Mussi**, Osvaldo Aquino Caballero**

Instituto de Previsión Social – Hospital Central. Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Quemados y Maxilofacial. Paraguay

RESUMEN

Entre los tumores malignos de la pared torácica, los sarcomas representan menos del 1% de los casos. La confección del colgajo dorsal en cirugías de sarcomas de la pared torácica ha permitido completar el tratamiento resectivo de dichos tumores. Se presentarán de 64 años, con un sarcoma de la parrilla costal, sometido a resección amplia de la lesión que comprometía a la 7ma, 8va y 9na costillas, reconstrucción inmediata con prótesis de titanio, malla de polipropileno y confección de colgajo del dorsal ancho. Paciente presenta evolución satisfactoria.

Palabras clave: Colgajo, reconstrucción, sarcomas.

ABSTRACT

Among malignant tumors of the chest wall, sarcomas account for less than 1% of cases. The fabrication of the dorsal flap in surgeries of sarcomas of the thoracic wall has allowed to complete the resective treatment of these tumors. A 64-year-old male presented with sarcoma of the rib cage, subjected to a wide resection of the lesion that affected the 7th, 8th and 9th ribs, immediate reconstruction with titanium prosthesis, polypropylene mesh and flap made of the latissimus dorsi. Patient presents satisfactory evolution.

Keywords: Flap, reconstruction, sarcomas.

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas de partes blandas representan un grupo infrecuente de neoplasias que derivan del tejido mesenquimatoso con una frecuencia que no alcanza el 1% del total de tumores malignos⁽¹⁾. Los de la pared torácica son más infrecuente aún, que pueden derivar de tejidos blandos, óseos o cartilaginosos⁽²⁾. Se ha observado que más del 50% son provenientes de huesos

o cartilagos⁽³⁻⁵⁾. El tratamiento de estos tumores es la resección quirúrgica, con la reconstrucción correspondiente del defecto que dejan⁽⁶⁻⁸⁾. La limitada disponibilidad de tejidos para la reconstrucción, lleva al desafío de la reconstrucción de los defectos en la pared torácica, por lo tanto se deben diseñar estrategias que permiten recubrir los defectos con el fin de obtener una reparación funcional y anatómica correctas^(9,10).

CASO CLÍNICO

Varón de 64 años de edad, acude por tumoración en pared del hemitórax izquierdo hace 1 año, indolora en un inicio, que presenta dolor desde hace 1 mes, sin otro síntoma acompañante. Se palpa tumoración de 13 cm, línea medioclavicular izquierda que abarca 7ma, 8va y 9na costillas. La tomografía revela una masa lobulada, bien definida, de 10 x 10 x 8 cm que presenta refuerzo heterogéneo tras la administración de contraste. Tras el diagnóstico presuntivo de sarcoma es sometido a toracotomía izquierda y resección en bloque de tumor de parrilla torácica incluyendo costillas 7, 8 y 9 (*Figuras 1 y 2*). Reconstrucción con prótesis de titanio y malla de polipropileno (*Figura 3*), confección de colgajo del dorsal ancho (*Figuras 4*). Con evolución satisfactoria, es trasladado a sala común en el décimo día postoperatorio (*Figura 5*). Se confirma un sarcoma de partes blandas de alto grado histológico. Es efectuada radioterapia post operatoria. La tomografía de control a los 4 meses, no evidencia recurrencias.

* Residente

** Médico de Planta

*** Jefe de Servicio

Recibido: 12 julio de 2019 - Aceptado: 23 julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Mauro Porto Varela: Residente de primer año. Cirugía Plástica Reconstructiva, Quemados y Maxilofacial - IPS. Email: portovama@gmail.com. Dirección: Melo de Portugal - Luque


 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons



Figura 1: Fotografía de la pieza de resección quirúrgica compuesta por sarcoma de la parrilla torácica y los arcos costales anteriores.



Figura 2: Fotografía de la pieza de resección quirúrgica compuesta por sarcoma de la parrilla torácica y los arcos costales anteriores.



Figura 3: Reconstrucción con prótesis de titanio y malla de polipropileno.

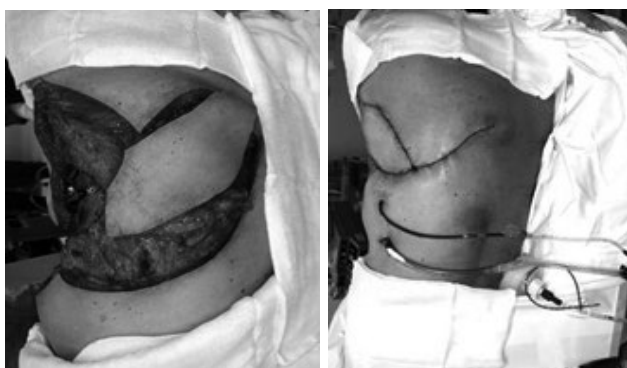


Figura 4: Imagen intraoperatoria de la reconstrucción de la parrilla torácica, con colgajo del dorsal ancho.



Figura 5: Colgajo del dorsal ancho.

DISCUSIÓN

Los sarcomas se presentan clásicamente como una masa lobulada en pacientes adultos, visualizados con frecuencia por tomografía y, en caso de presentarse en la pared costal, puede producir dolor y limitación de la respiración, tal como es el caso del paciente presentado^(5,8). El manejo multimodal de estos pacientes es enfatizado en las más diversas publicaciones^(8,10). La reconstrucción del defecto de la pared torácica ha llevado al uso de diversos colgajos como el del dorsal ancho, el TRAM, el músculo pectoral entre otros^(5,7,8). En cuanto al músculo dorsal ancho, se ha visto su utilidad en diversas reconstrucciones, aunque no proporciona un volumen amplio para relleno, la isla de piel proporciona una dermis fuerte, que permite realizar suturas entre ella y los márgenes quirúrgicos, con el fin de proporcionar un cierre hermético de la cavidad torácica, incluso sin emplear materiales sintéticos. El colgajo de músculo pectoral es una buena alternativa para reconstruir defectos centrales del tórax. Por lo general se utiliza en tumores grandes y centrales

a nivel esternal, sobre todo se involucra en la reconstrucción, materiales protésicos⁽⁹⁾. El colgajo TRAM (Músculo Recto Abdominal Transverso) ha demostrado su versatilidad sobre todo en defectos torácicos localizados a nivel de la mama, por mastectomías relacionada a tumores, ofreciendo a la paciente una alternativa que no solo mejora el aspecto físico sino el psicológico de la misma. Sin embargo, aunque este colgajo es ideal para reconstruir defectos centrales y laterales, presenta un arco de rotación menor que el que proporciona el colgajo de músculo dorsal ancho, ideal para la cobertura de defectos amplios en la región posterior del tórax, como lo es en el caso presentado⁽¹⁰⁾.

CONCLUSIÓN

El colgajo dorsal ha demostrado su versatilidad en las más variadas cirugías resectivas, lo que permite realizar reconstrucciones como la realizada en el caso presentado, en el que una importante superficie de tejidos blandos se vio afectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer Statics, 2014. CA Cancer J Clin 2014; 64(1):9-29.
2. Losken A, Thourani VH, Carlson GW, Jones GE, Culbertson JH, Miller JJ, et al. A reconstructive algorithm for plastic surgery following extensive chest wall resection. Br J Plast Surg 2004; 57: 295.
3. Arnold PG, Pairalero PC. Chest-wall reconstruction: an account of 500 consecutive patients. Plast Reconstr Surg 1996; 98: 804.
4. Cohen M, Ramasastry SS. Reconstruction of complex chest wall defects. Am J Surg 1996; 172: 35.
5. Skoracki RJ, Chang DW. "Reconstruction of the chest wall and thorax". J Surg Oncol 2006; 94: 455.

6. Shah AA, D'Amico TA. Primary chest wall tumors. J Am Coll Surg 2010; 210(3):360-6.
7. Sugarbaker P. Management of truncal sarcoma. En: Malawer MM, Sugarbaker PH (editors). Musculoskeletal Cancer Surgery: Treatment of Sarcomas and Allied Diseases. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001.
8. David EA, Marshall MB. Review of chest wall tumors: A diagnostic, therapeutic, and reconstructive challenge. Semin Plast Surg 2011; 25(1):16-24.
9. Smith SE, Keshavjee S. Primary chest wall tumors. Thorac Surg Clin 2010; 20(4):495-507.
10. Tateishi U, Gladish GW, Kusumoto M, Hasegawa T, Yokoyama R, Tsuchiya R. Chest wall tumors: radiologic findings and pathologic correlation: part 2. Malignant tumors. Radiographics 2003; 23: 1491-508.