



CIRUGÍA CONSERVADORA DE EXTREMIDAD EN PACIENTE JOVEN CON TUMOR MALIGNO DE VAINAS NERVIOSAS PERIFÉRICAS EN NERVIIO FEMORAL

Pablo Martín Vélez, M^º Ángeles Ayala Rodrigo, Jorge Ojeda Jiménez, David González Martín, Javier Álvarez de la Cruz, José Luis Manzano Espín.
Hospital Universitario de Canarias (HUC). La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del tumor maligno de vainas nerviosas en la población general se ha estimado en 1/100.000, suponen alrededor del 5 al 10% de todos los sarcomas de tejido blando. Su incidencia en pacientes con neurofibromatosis tipo 1 es entre el 5 y el 10%. Se presentan generalmente como masas palpables que crecen rápidamente.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es poner en valor la **cirugía de conservación de miembro** y en colaboración con otras especialidades como cirugía plástica y vascular, ya que aporta calidad de vida a los pacientes con este diagnóstico.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 34 años que es valorado en el Hospital Universitario de Canarias, con antecedentes personales de Neurofibromatosis tipo I y mixofibrosarcoma craneal intervenido en 2007, en remisión completa desde entonces. Acude a consulta en marzo de 2019 con masa de partes blandas inguinal izquierda de crecimiento rápido adherida a planos profundos. Se llevan a cabo pruebas diagnósticas de imagen de la masa a estudio y enfermedad a distancia, así como biopsia intralesional. Se diagnostica un **tumor maligno de vainas periféricas de 7,3 x 6,5 x 10 cm** que **contacta sin plano de separación con paquete vascular**. Adenopatías ilíacas bilaterales. Escala EVA preoperatoria de

RESULTADOS

Se lleva a cabo la cirugía en colaboración con los servicios de cirugía plástica y cirugía vascular del mismo hospital. En primer lugar, control de paquete vascular proximal y distal, arteria ilíaca común, externa e interna. **Resección en bloque** de tumoración (nervio femoral, vena y arteria femoral, sartorio, psoas, pectíneo y aductor corto). Revascularización con **bypass ilio-femoral**, cobertura de defecto inguinal de 20 x 12 cm mediante **colgajo TRAM superior contralateral**. Ganglios intraoperatorios negativos en estudio AP. Escala EVA postoperatoria tras 6 meses de 2.

CONCLUSIONES

Sugerimos ante tumores malignos de vainas nerviosas periféricas llevar a cabo una **exhaustiva planificación preoperatoria** y, así, tener planificados todos los escenarios posibles intraoperatorios. La cirugía de resección conservadora de extremidad, siempre que haya opción, es la mejor elección.



Figura 1. Imágenes de RMN, que muestran una masa de partes blandas inguinal izquierda adherida a planos profundos sin plano de separación con paquete vascular y adenopatías ilíacas bilaterales. A: Corte coronal, secuencia T1. B: Corte axial, secuencia T1. C: sección axial, secuencia Stir.

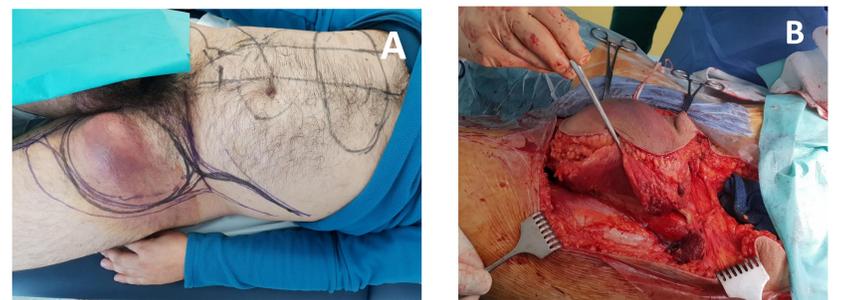


Figura 2. A: Vista anterior del diseño del abordaje quirúrgico para la resección en bloque del tumor y la cobertura inguinal mediante el colgajo TRAM superior contralateral. B: Imagen intraoperatoria, que muestra el inicio de la resección del tumor.

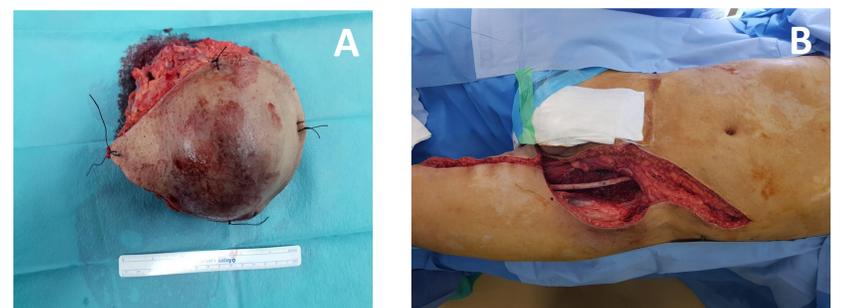


Figura 3. A: Imagen postoperatoria de toda la pieza tumoral de 7,3 x 6,5 x 10 cm en diámetros CC, ML y AP, incluyendo nervio femoral, vena y arteria femoral, sartorio, psoas, pectíneo y aductor corto. B: Imagen intraoperatoria tras la resección del bloque tumoral, que muestra la revascularización con el bypass ilio-femoral y el defecto inguinal antes de la cobertura.

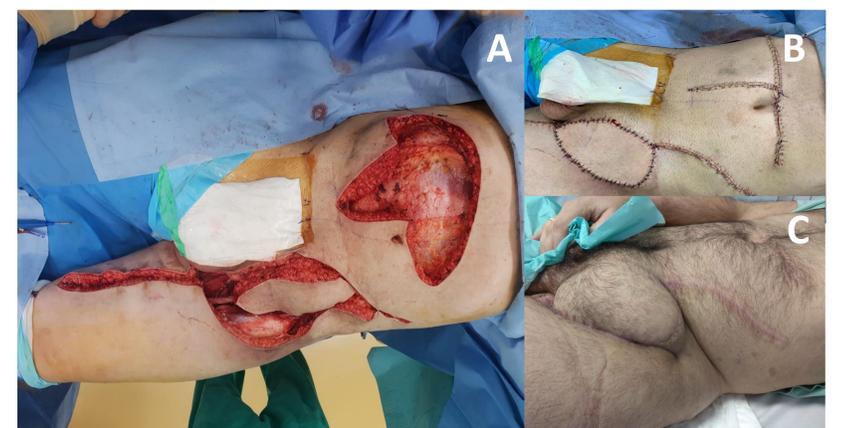


Figura 4. A: Imagen intraoperatoria tras realizar el colgajo TRAM. B: Imagen intraoperatoria, una vez finalizada la cirugía, con un correcto cierre cutáneo. C: 2 meses después de la cirugía, sin complicaciones.