

REPARACION DE PARED COSTAL CON MALLA MARLEX

Dr. José A. Mainieri H*
Dr. Fernando Ferraro D*

RESUMEN

Una nueva prótesis para reparar grandes defectos de la pared abdominal y torácica fue descubierta por el Dr. Francis Usher de la Universidad de Baylor en 1959. La malla Marlex ha superado el tiempo y actualmente es uno de los materiales más aceptados.

Informamos nuestro primer caso de un paciente de 21 años al que se le reseco un tumor de la pared costal, la cual fué reparada con malla Marlex con resultado y evolución satisfactorios.

SUMMARY

A new prothesis material for abdominal and chest wall repair was developed by Dr. Francis Usher in 1959. The Marlex mesh is widely used and good results reported in the literature.

Our first case is a 21 year old male with a wide resection of the chest wall for an Ewing's tumor. The patient has been controled for one year with good results.

En 1959 el Dr. Francis Usher de la Universidad de Baylor, Texas, presentó una nueva opción para reparar defectos grandes de la pared abdominal y torácica (1). Un año antes había logrado crear una malla a base de polipropileno que según él, reunía las características de ser químicamente inerte; altamente resistente a los ácidos, álcalis y mayoría de los solventes orgánicos, así como muy resistente a la tensión.

Sus experimentos en perros habían confirmado estas características, observándose también que seis semanas después de su implantación había crecimiento de tejido a través de la malla de una resistencia bastante aceptable. Encontró también que en presencia de infección, el uso de antibióticos y un adecuado drenaje, resultaba en curación sin desprendimiento de la prótesis.

*Servicio de Cirugía
Hospital Calderón Guardia

Un año después, 1960, aparece una publicación del departamento de cirugía del Hospital M.D Anderson de Houston, presentando 13 casos de pacientes con defectos de la pared costal, reparados con malla Marlex exitosamente (2). Informaron que puede esterilizarse fácilmente sin que sufra daño, puede cortarse o moldearse simplemente doblando los bordes y no hubo dificultad con la implantación de la malla.

La palpación de las heridas, cuatro a seis meses después, mostró una sólida reparación de la pared torácica, no tuvieron problemas con movimiento paradójico y solo un caso de infección que cedió bien con antibióticos sin necesidad de retirar la malla.

En 1981 Arthur B. Boyd y Cols (3) publican un trabajo sobre la reconstrucción de defectos de la pared torácica en 21 pacientes con flaps mio-cutáneos; requiriendo en cinco pacientes, estabilización de la pared para lo que utilizaron malla Marlex con buen resultado. En tres casos de heri-

das potencialmente infectadas prefirieron usar facia lata con los mismos buenos resultados.

En 1981 un grupo de cirujanos franceses publican su experiencia de 23 pacientes con grandes defectos de la pared torácica, (4) para lo cual utilizaron malla Marlex en 12 operaciones y una prótesis compuesta de metil metacrilato y Marlex en 13 casos; esta última con el fin de darle solidez inmediata, ya que se trataba de defectos muy grandes incluídas algunas resecciones del esternón. Informan haber obtenido buenos resultados y algunos pacientes que fueron controlados hasta por 10 años no presentaron complicaciones tardías.

Revisando la literatura puede observarse una tendencia cada vez mayor a utilizar este tipo de prótesis. (5) (6) (7).

Informamos del caso de un paciente masculino de 21 años, quien fué referido a nuestro servicio con historia de 5 meses de presentar na tumoración dolorosa en la cara lateral del hemitórax izquierdo que crecía rápidamente.

El estudio pre-operatorio concluyó que se trataba de una tumoración primaria de la pared que estaba en relación con la octava costilla, sin demostrarse compromiso pulmonar, derrame pleural ni metástasis a distancia.

En junio de 1986 se le practicó resección de la tumoración incluyendo la octava costilla y pleura parietal. En esta ocasión el cierre primario se realizó sin dificultad.

El diagnóstico histológico fue Tumor de Ewing, por lo que se recibió cobalto, terapia local y luego inició quimioterapia.

En enero de 1987 se le practica un gama óseo de control, el cual demuestra actividad tumoral a nivel de la sétima y novena costillas. Se interviene y se le realiza una resección amplia de la pared costal que incluía la sexta, sétima y novena costillas, encontrándose lesión tumoral en el borde superior de la novena y el cuerpo de la sétima costilla.

No se observó compromiso pulmonar y las adherencias por la cirugía previa se liberaron fácilmente.

El defecto de la pared en esta ocasión fue de tamaño considerable por lo que se decidió reparar utilizando malla Marlex, la cual se implantó sin dificultad. El paciente se encuentra en buen estado general, tiene una pared costal sólida y no hay evidencia de recidiva.

BIBLIOGRAFIA

1. USHER C. FRANCIS. A new plastic prosthesis for repairing tissue defects of the chest and abdominal wall. *An. Jour. of Surg.* Vol. 97 May, 1959.
2. GRAHAN JOHN. Marlex Mesh as a prothesis in the repair of thoracic wall defects, *Annals of Surgery.* Vol. 151 #4, April 1960.
3. BOYD D. ARTHUR. Immediate reconstruction of full-thickness chest wall defects. *An. of th. Surg.* Vol. 32, #4, October 1981.
4. ESCHAPASSE Y COLRS. Repair of large chest wall defects, experience with 23 patients. *An. of th. Surg.* Vol. 32, #4, October 1981.
5. THELKEL B. JAMES. Primary Chest Wall Tumors. *An. of th. Surg.* Vol. 11 #5, May 1971.
6. MARTINI NAEL. Primary Malignan Tumors of the sternon. *Surg. Ginecol. and Obst.* Vol. 138, March 1974
7. DIGMAN O. REED. Reconstruction of the chest wall. *An. of th. Surg.* Vol. 32, #2. August 1981.