



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-486 - SEPARACIÓN DE COMPONENTES EN HERNIA INCISIONAL CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO EN OBESO MÓRBIDO PREVIA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Cuartero Desviat, Beatriz; Melone Fiorito, Sirio; Martínez Negro, Ester; Acedo Fernández de Pedro, Felipe; Hernández Granados, María Pilar; Rueda Orgaz, Jose Antonio; Quintans Rodríguez, Antonio; Álvarez Antolínez, Mariano

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: La eventración compleja con pérdida de derecho a domicilio se define como aquel defecto de la pared abdominal con crecimiento progresivo que alberga gran cantidad de las vísceras abdominales en el saco herniario con incapacidad para ser reintroducidas en la cavidad abdominal. Este tipo de hernias incisionales suponen un reto terapéutico ya que se trata de defectos crónicos con alteración progresiva de la fisiología de la pared abdominal, en muchos casos con atrofia de la musculatura y los elementos de la pared, que dificultan su reparación, siendo frecuente la aparición de complicaciones como síndrome compartimental abdominal, distrés respiratorio, dehiscencia de herida, evisceración o recidiva herniaria, entre otras.

Caso clínico: Varón de 53 años con antecedentes de obesidad mórbida grado 3, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia, hiperuricemia e intervenido de nefroureterectomía izquierda por tumor renal, resección transuretral de vejiga y absceso perianal. Remitido a consulta de cirugía por hernia incisional de gran tamaño en cicatriz de lumbotomía izquierda de 4 años de evolución con crecimiento progresivo sin episodios de complicación. A la exploración se observa paciente con abundante panículo adiposo en región abdominal, disminución del tono muscular y gran eventración con pérdida de derecho a domicilio y saco herniario gigante, irreductible aunque sin datos de complicación. Se realiza TAC abdominal confirmándose la presencia de hernia incisional con pérdida de derecho a domicilio que contiene el colon transversal y la práctica totalidad de intestino delgado. Dada la imposibilidad para realizar una adecuada técnica quirúrgica y el mal pronóstico de la reparación herniaria en pacientes con obesidad mórbida, se decide remitir a Endocrino para valoración de cirugía bariátrica previa a la reparación de la eventración. Tras realizarse gastrectomía tubular y una pérdida ponderal considerable de más de 60 kg de peso, se decide programar la intervención. Dadas las características del paciente y la hernia, se considera necesario de manera preoperatoria la inyección toxina botulínica y la colocación de un catéter intrabdominal para instilación de neumoperitoneo progresivo llegando a insertar 18.000 cc. Finalmente se realiza la reparación sin tensión, encontrando un defecto herniario de 15 cm transversal y 12 cm longitudinal con saco multiloculado, conteniendo asas de delgado íntimamente adheridas al saco herniario y el sigma. Se procede a la apertura del saco y adhesiolisis, con reintroducción de todas las vísceras en la cavidad abdominal y resección parcial del saco herniario.

Posteriormente, se procede a la reparación mediante la técnica de separación de componentes con colocación de doble malla retromuscular y malla de refuerzo entre ambos músculos oblicuos, cierre de la aponeurosis del oblicuo mayor y dermolipectomía de la piel sobrante, siendo dado de alta sin complicaciones postoperatorias.



Discusión: Las eventraciones con pérdida de derecho a domicilio son una patología de difícil manejo para el cirujano general, por lo que hay que llevar a cabo un abordaje integral de estos pacientes, incluso modificando factores de mal pronóstico como la obesidad. Además, la creación de neumoperitoneo preoperatorio y la inyección de toxina botulínica son herramientas complementarias cada vez más utilizadas.