



P-430 - EVENTRACIÓN COMPLEJA MULTIRRECIDIVADA M1W2, TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Déniz Ramírez, Ariadna María; González Sánchez, Laura; Turégano García, Ángel; López-Tomasety, Eudaldo; Hernández Hernández, Juan Ramón

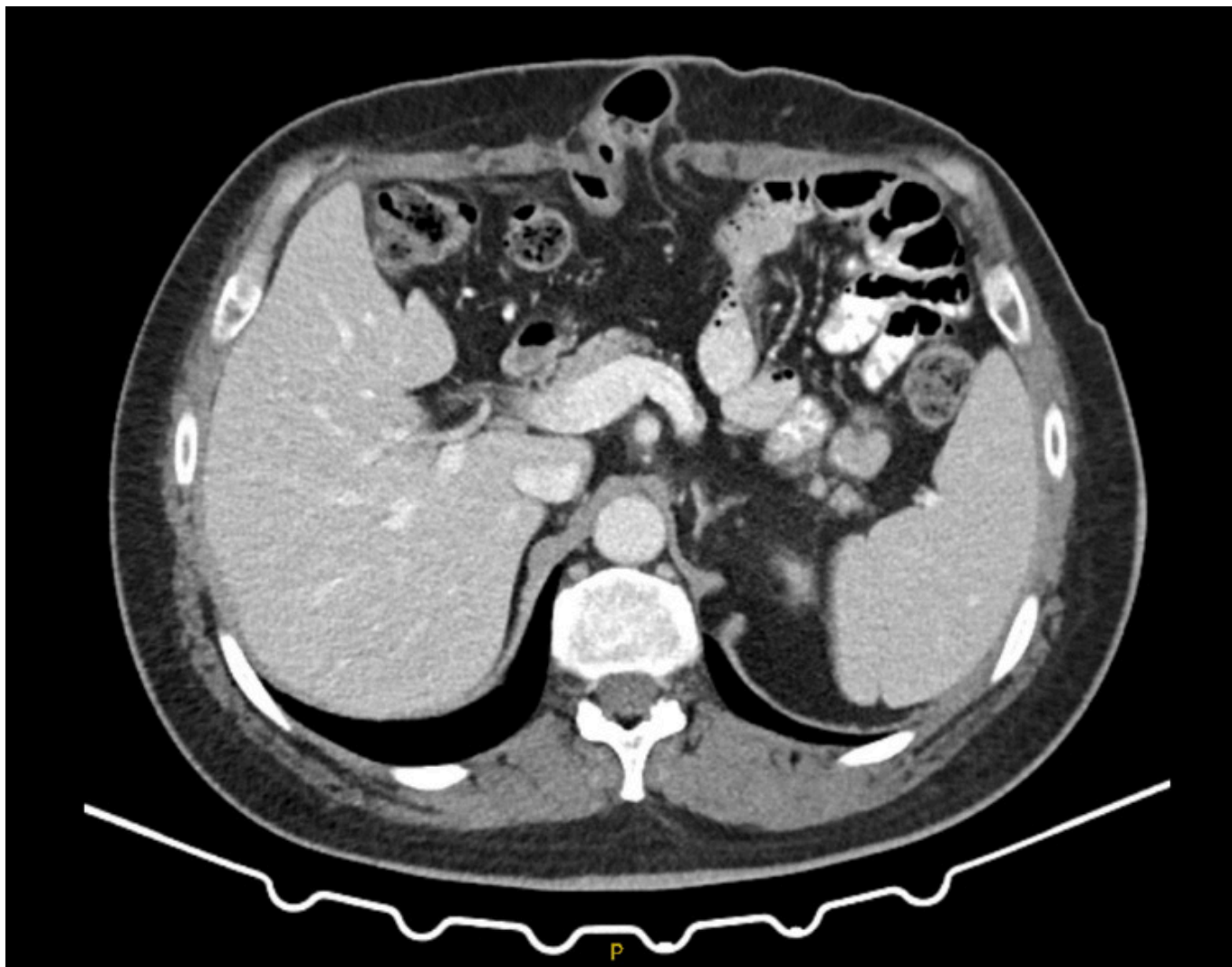
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: Las eventraciones complejas en aquellos pacientes reintervenidos, con abdomen de características catastróficas, supone un desafío para el cirujano. No hay consenso actual a la hora de elegir el procedimiento quirúrgico a realizar. El uso de mallas de polipropileno, poro ancho y cierre de línea media mediante técnica *small bites* con sutura de monofilamento 2/0, puede ayudar a la disminución del índice de recidivas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años, con antecedentes de gastrectomía vertical en 2009 laparoscópica y hernia incisión al M1W3 recidivada por sexta vez, siendo intervenido hasta en cinco ocasiones, mediante incisión de laparotomía media supra e infraumbilical. Pérdida de 80 kg de pes, tras cirugía bariátrica. Cierre de línea media en últimas intervenciones mediante sutura monofilamento *loop* del 1/0. Ingresos reiterativos por cuadros suboclusivos 2º a dicha hernia incisional recidivada, resueltos mediante tratamiento conservador. Valorado por consultas externas, se realiza TAC abdomino-pélvico de control posterior a su alta, con hallazgos compatibles con solución de continuidad de la pared abdominal anterior con un gap de 38 mm que condiciona la salida de un segmento de colon transverso de aproximadamente 48 milímetros sin signos de complicación en la actualidad. Exploración física, donde se objetivan múltiples cicatrices en abdomen de laparotomía media, hernia incisional subxifoidea de gran volumen. Ausencia de ombligo. Faldón abdominal de 10 cm. Tras valoración del caso y dado múltiples ingresos secundarios a dicha hernia, se decide intervención quirúrgica de forma programada. En quirófano, mediante apertura de plano cutáneo mediante, incisión transversa hipogástrica, y separación de plano subcutáneo, se objetiva malla supraaponeurótica con defecto fascial a nivel superior de la misma con anillo herniario de 4,5 cm y saco herniario con contenido de colon transverso íntimamente adherido. Se realiza sección de faldón abdominal con disección de tejido celular subcutáneo, intentando preservación de fascia de Scarpa, hasta sobrepasar el defecto fascial. Disección de espacio preperitoneal hasta cubrir un *overlapping* de más de 5 cm en los bordes laterales y caudal. en el extremo craneal hasta tendón central del diafragma. En el borde caudal se abre plano peritoneal y se libera colon transverso que se encuentra adherido a pared anterior por punto de sutura. Se realiza cierre de vaina anterior de los rectos con sutura monofilamento 2/0 según técnica *small bites*. Colocación de malla de polipropileno, poro ancho 30 × 30 cm. Se realizó sellado de espacio subcutáneo con adhesivo tisular. Primeros días posoperatorios con dolor leve localizado a nivel subxifoideo. No seromas posquirúrgicos y TAC abdomino-pélvico de control sin

hallazgos compatibles con recidiva en el momento actual.



Discusión: En nuestra experiencia, la utilización de malla de polipropileno y cierre de línea media mediante *small stich* con sutura monofilamento 2/0, pueden suponer una mejora para evitar recidivas en aquellas eventraciones complejas.