



P-437 - FRACASO DEL NEUMOPERITONEO PROGRESIVO EN EVENTRACIÓN RECIDIVADA CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

Rodríguez González, Diana; Guil Ortiz, Beatriz; Montes Montero, Alberto; Arteaga González, Iván J.

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: El neumoperitoneo progresivo preoperatorio es un procedimiento que permite la prehabilitación de la pared abdominal en hernias con pérdida de derecho a domicilio. Dentro de sus objetivos están la distensión progresiva de la pared abdominal para cerrar el defecto herniario con menor tensión y la disección neumática de las bridas y adherencias viscerales, lo que facilita la reintroducción de las asas intestinales en la cavidad abdominal. Sin embargo, estos objetivos no siempre se consiguen.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 68 años que acudió a consulta por una eventración recidivada de 2 años de evolución. Como antecedentes personales quirúrgicos presentaba una hernioplastia umbilical, resección intestinal por fístula intestinal por adherencias a la malla en dos ocasiones y cinco eventroplastias de línea media, cuatro de ellas por recidiva. Además, necesitó tres ingresos por cuadros de suboclusión intestinal que se trataron con sonda nasogástrica y reposo intestinal. A la exploración física observamos una eventración recidivada de línea media, con imposibilidad para la reducción de su contenido, sin poder palpar claramente el orificio herniario. En las imágenes de tomografía computarizada (TC) se halló un defecto de línea media de 14 cm de diámetro transversal, desde región subxifoidea a infraumbilical (M1-4W3, Clasificación de la Sociedad Europea de la Hernia). El saco herniario contenía asas de intestino delgado, colon y estómago; con pérdida de derecho a domicilio (índice de Sabbagh de 40,1%). Se indicó prehabilitación de la pared abdominal con inyección de toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo, 6 y 2 semanas antes de la cirugía respectivamente. En la TC de abdomen realizada el día previo a la intervención quirúrgica se halló ausencia de la reducción total del contenido herniado en la cavidad abdominal. En la intervención quirúrgica se objetivó un importante síndrome adherencial con compartimentalización del neumoperitoneo, no extendido a lo largo de toda la cavidad del abdomen, y disminución de la elasticidad de la pared por extensa fibrosis. El diámetro transversal del defecto de la pared fue de 15 cm y de 20 cm el craneocaudal. Se realizó adhesiolisis y separación posterior de componentes. Ante la persistencia de un defecto de 10 cm se añadió separación anterior de componentes. Se colocaron dos mallas, de ácido poliglicólico-carbonato de trimetileno y polipropileno. En el posoperatorio no presentó complicaciones, siendo dada de alta al séptimo día posoperatorio. No existen datos clínicos ni radiológicos de recidiva tras 1 año de seguimiento.

Discusión: En pacientes con importante síndrome adherencial y/o fibrosis de la pared abdominal, la prehabilitación con neumoperitoneo progresivo podría no conseguir el efecto deseado. Tras la

realización de la separación posterior de componentes, puede presentarse la imposibilidad del cierre de la aponeurosis anterior del recto. Se ha descrito dejar un puente de malla con resultados favorables pero alto riesgo de recidiva (cercana al 50%). Por ello, con el fin de garantizar el cierre sin tensión de la pared y evitar el riesgo de recidiva, en estos casos podría optarse por la doble separación de componentes con reconstrucción total de la pared.