



V-090 - REPARACIÓN DE LESIÓN IATROGÉNICA DE LA LÍNEA SEMILUNAR

Grillo Marín, Cristián; Fernández Rodríguez, Manuel; Suárez Sánchez, Miguel; Iglesias García, Eva; Martín Rodrigo, Pilar; Gil Cidoncha, Lucía; Torquet Muñoz, María Eugenia; López Monclús, Javier

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Las eventraciones laterales, en especial en el contexto de recidivas de reparaciones herniarias previas, suponen un reto quirúrgico para el cirujano de pared abdominal. Presentamos nuestra técnica para abordar esta situación.

Caso clínico: Mujer de 69 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial y dislipemia. Laparotomía media infraumbilical por Ca de endometrio y tratamiento adyuvante con quimiorradioterapia. Desarrolla una eventración que requiere eventroplastia tipo Rives complicada con infección de malla. Posteriormente la paciente presenta recidiva herniaria lateral a nivel de la línea semilunar izquierda. El TC Abdominal objetiva un defecto pararrectal de 14 cm así como atrofia de músculo recto abdominal izquierdo con colección subcutánea en línea media y retracción de la musculatura lateral izquierda hacia la pala iliaca, sin datos de denervación. Se optimiza preoperatoriamente, con una bajada de IMC de 38 a 32, e inyección ipsilateral de 150 UI de bótox 4 semanas antes de la cirugía. Dada la importante hiperplasia dermograsa se realiza dermolipectomía funcional identificando un área de fibrosis subcutánea compatible con colección ya conocida. Tras objetivar integridad de músculo oblicuo externo (MOE). Se realiza apertura de MOE identificando saco herniario con apertura del mismo y adhesiolisis. En los límites del defecto herniario (12 × 14 cm) se identifican el músculo oblicuo interno (MOI) y músculo transverso del abdomen (MTA) retraídos. Durante la disección muscular se identifica la malla previa de polipropileno en espacio interoblicuo condicionando la lesión iatrogénica de la línea semilunar. Se realiza separación posterior de componentes con reverse-TAR y reverse Rives, entrando en el espacio retromuscular derecho. Los límites de disección utilizados son cranealmente la zona subxifoidea y subdiafragmática, espacio de Retzius caudalmente, retroperitoneo postero-lateralmente y línea semilunar derecha medialmente. Se realiza eventroplastia con doble malla preperitoneal (malla absorbible asociada a malla de polipropileno de poro ancho). Se realiza inserción de MOI y MTA de tal forma que se reconstruye anatómicamente la línea semilunar izquierda. Tras la plicatura del MOE se realiza cierre de piel. Se dejan drenajes tipo Blake en tejido celular subcutáneo y espacio preperitoneal. La paciente fue dada de alta al 6º día presentando sin complicaciones en el posoperatorio inmediato. De forma ambulatoria presenta como complicación seroma subcutáneo que precisa drenaje percutáneo. Sin recidiva 12 meses tras la cirugía.

Discusión: La reparación de lesiones iatrogénicas de línea semilunar mediante un abordaje preperitoneal hiperextendido con doble malla preperitoneal y reconstrucción anatómica de la línea

semilunar presenta unos buenos resultados a corto y medio plazo.