



## V-013 - EMPLEO DE FASCIA DE RECTO ABDOMINAL COMO INJERTO PARA EL CIERRE DE LA PARED ABDOMINAL TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO

Lagunas Caballero, Esther<sup>1</sup>; Vitali, Giulia<sup>2</sup>; Bueno- Cañones, Alejandro David<sup>3</sup>; Assia, Sergio<sup>2</sup>; Jassem, Wayel<sup>2</sup>; Cortes- Cerisuelo, Miriam<sup>2</sup>; Heaton, Nigel<sup>2</sup>; Vilca- Meléndez, Héctor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; <sup>2</sup>King 's College Hospital, Londres; <sup>3</sup>Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

### Resumen

**Objetivos:** El cierre de la pared abdominal en pacientes sometidos a trasplante intestinal, multivisceral o hepático puede suponer un reto, debido al compromiso de espacio intracavitario. En este contexto, el uso de fascia de los rectos procedente de donante ha adquirido protagonismo en los últimos años. Presentamos un caso de cierre de pared abdominal con injerto de fascia de los rectos tras trasplante hepático ortotópico.

**Caso clínico:** Mujer de 4 meses de edad, sometida a trasplante hepático a los dos meses de vida por fallo hepático fulminante de causa metabólica. En el momento del trasplante, la paciente pesaba 3,8 kg. Recibió un segmento lateral izquierdo reducido de 120 g, procedente de un donante de 14 meses, con un GRWR de 3. El abordaje se realizó por vía abierta por laparotomía subcostal. Ante imposibilidad de cierre primario de la pared abdominal por edema visceral, sobre todo intestinal, se dejó el abdomen abierto, con un defecto de 17 × 7 cm. Tras un nuevo intento de cierre fallido, se decidió el empleo de injerto de fascia de los rectos. El procedimiento comienza con la preparación del injerto en la cirugía de banco. Se aísla la vaina de los músculos rectos abdominales, que se extirpan. A continuación, se resecan los músculos que conforman el lateral del injerto: oblicuo externo, interno y transversos. Los ostium de las arterias perforantes se suturan. El injerto se conserva en solución HTK hasta su uso en el receptor lo antes posible. Durante la cirugía se adapta el tamaño del injerto a las dimensiones del defecto. Se fija el mismo a los bordes de la fascia del receptor mediante sutura continua de PDS 4/0 y se elaboran *flaps* de piel para cubrirlo. Este paso puede omitirse en caso de mala tolerancia a la presión intraabdominal, con un cierre cutáneo posterior por segunda intención. El uso de fascia de los rectos es un recurso quirúrgico desarrollado en el contexto clínico de pacientes trasplantados intestinales y multiviscerales, en los que un cierre primario resulta imposible. Aunque menos frecuente en el trasplante hepático, un cierre primario a tensión puede relacionarse con el fallo del injerto hepático por el desarrollo de un síndrome compartimental abdominal o trombosis vascular. El empleo de injerto de fascia de los rectos a modo de malla biológica es una opción quirúrgica útil para la resolución de estos defectos. Entre las técnicas desarrolladas se incluyen las que preconizan el trasplante de pared abdominal, frente al de injerto no vascularizado. Aunque no están exentas de complicaciones, en especial la infección de sitio quirúrgico, el rechazo del injerto es infrecuente.

**Discusión:** Los defectos de espacio en la cavidad abdominal en pacientes trasplantados pueden comportar consecuencias clínicas que determinen su pronóstico y la viabilidad del injerto. El uso de fascia de los rectos se presenta como una técnica prometedora, factible y segura.