



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-484 - EVENTRACIÓN POR DEFECTO COMPLETO DEL COMPONENTE MUSCULO APONEURÓTICO DE UN ÁREA DE LA PARED ABDOMINAL: UN RETO PARA EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

*Butrón Vila, Teresa; Pastor Altaba, Daniel; Romero Otero, Javier; Moreno Bargeiras, Alejandro; Martínez Pozuelo, Almudena; Guadarrama González, Francisco Javier; Martínez Pueyo, José Ignacio; Cabezón Hedo, M<sup>a</sup> Angeles*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** Los defectos de pared abdominal tras pérdida de parte del componente músculo aponeurótico abdominal por diferentes etiologías suponen un reto y su manejo suele requerir de equipos multidisciplinares para su total resolución. Presentamos un caso con una evolución de 17 años y 3 intervenciones.

**Caso clínico:** Mujer de 49 años con antecedentes de tumoración inflamatoria de pared abdominal que incluía anejo derecho 17 años antes, fue intervenida con resección completa de pared abdominal en FID de 14 × 13 cm. y anexectomía y reconstrucción de defecto con triple malla (PTFEe Peritoneal mesh (Gore<sup>®</sup>) 0,1 mm + malla de polipropileno de poro pequeño + malla de PTFEe Dual mesh (Gore<sup>®</sup>)). 10 años después supuración por 1/3 externo de cicatriz que se mantuvo en el tiempo como infección crónica con reagudizaciones. Requirió nueva intervención para retirada de todas las mallas 3 años después, quedando pared con tejido neoformado. En la revisión anual no se objetivó eventración. Tras cuadro de depresión y ganancia de 10 kg, a los 2 años notó abultamiento progresivo en FID hasta la actualidad. Exploración peso 116,5 Kg, talla 175 cm, IMC 38. Abdomen péndulo, cicatriz transversa a nivel de pubis. Eventración en FID con orificio de 10 × 8 cm (L3W2) por ausencia de musculatura y saco de 20 × 15 cm conteniendo asas. Fue valorada de forma conjunta con los cirujanos plásticos y se programó intervención con posibilidad de realizar colgajo del complejo fascia lata. Intervención: incisión transversa que incluye dermolipectomía de 15 cm de ancho. Eventración con defecto de 15 × 15 cm en flanco y FID, con vejiga muy adherida a plano fibroso púbico, se produjo apertura de cúpula vesical en el intento de alcanzar el espacio de Rezius, se reparó con sutura en 2 capas. Creación de espacio preperitoneal llegando a espacio de Bogros derecho y en lado izquierdo se sobrepasa todo el músculo recto. Se dejó colgajo lateral derecho de saco herniario. Se reparó con malla bioabsorbible BIO A (Gore<sup>®</sup>) de 25 × 20 cm preperitoneal rodeada de malla de polipropileno poro medio (Parietene) fijada a sínfisis de pubis y ligamento de Cooper derecho y rodeando el borde lateral de la malla de BIO A. Recubrimiento de malla de polipropileno con el colgajo lateral de saco. En el área del defecto y sobre el colgajo del saco, se coloca otra malla de BIO A de 10 × 12 cm; de esta forma en el área del defecto queda una triple capa de mallas en sándwich: BIO A-polipropileno-BIO A. Resección en bloque de parte inferior abdominal en exceso, extirpación de grasa debajo de fascia de Scarpa. Se dejaron 2 drenajes y

vendaje compresivo. No fue necesario el uso del colgajo de fascia lata. Evolución favorable, retirada de sonda vesical a los 12 días y drenajes a los 18 y 22 días. En seguimiento a los 6 meses, ausencia de eventración y buen resultado estético.

**Discusión:** El manejo de eventraciones por defectos parciales de pared abdominal requiere de equipos multidisciplinares que planeen la intervención previamente y que permitan que se haga con un resultado favorable para los pacientes.