



P-505 - ESTRATEGIA TERAPÉUTICA ANTE UNA HERNIA INCISIONAL COMPLEJA DE LÍNEA MEDIA M2-5 W3 POSINTERVENCIÓN DE HARTMANN. RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA O DIFERIDA DEL TRÁNSITO INTESTINAL

Navarro Guisado, Javier; Pierres Mir, Montserrat; Muñoz Tabernero, Cristina; Rovira Argelaguès, Montserrat; Cubel Brun, Marc; Urdaneta Salegui, Gabriel; González Barrales, Inmaculada; Hoyuela Alonso, Carlos

Fundació Privada Hospital de Mollet, Mollet del Vallés.

Resumen

Introducción: La estrategia terapéutica ante una hernia incisional compleja de línea media M2-5 W3 posintervención de Hartmann y la reconstrucción simultánea del tránsito intestinal, puede ser un gran reto quirúrgico. En la actualidad disponemos de un gran número de opciones terapéuticas para la reconstrucción de la pared abdominal, la vía de abordaje por cirugía abierta o laparoendoscópica, técnicas con o sin prótesis, terapias adyuvantes preoperatorias como el neumoperitoneo o la infiltración de toxina botulínica e intraoperatorias como el Fasciotens[®], pueden ser de gran utilidad en el abordaje de estos pacientes.

Caso clínico: Varón de 84 años con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica y aneurisma de Aorta abdominal infrarrenal. Intervención de Hartmann en 2019 por diverticulitis aguda perforada. Infección de herida quirúrgica en posoperatorio por *Pseudomonas aeruginosa* (sensible a ciprofloxacino) resuelta con curas periódicas. Acude en 2020 por dolor y tumoración abdominal compatible eventración compleja de la laparotomía, así como, una inadaptación al estoma. TC abdominal: hernia incisional de 25 × 15 cm (M2-5 W3), unisacular, sin evidencia de eventración paraestomal y sin atrofia muscular asociada. La estrategia seguida: infiltración de toxina botulínica preoperatoria 1 mes antes de la cirugía. Intervención en un tiempo: laparotomía media para reconstrucción del tránsito intestinal (anastomosis colorrectal manual) y de la pared abdominal con malla retromuscular (técnica de Rives), con malla de polipropileno impregnada con partículas de plata (Silvermesh[®]), de 40 × 15 cm fijada con puntos de monofilamento de absorción lenta. Cierre sin tensión de la línea media. Lavado de herida con solución de amoxicilina/Ac. Clavulánico. Apósito de presión negativa (PICO[®]). El paciente evoluciona favorablemente siendo alta al 6^o día posoperatorio.

Discusión: La estrategia terapéutica simultánea de la reconstrucción del tránsito intestinal y la eventroplastia compleja es una técnica factible, con riesgos asumibles. No obstante, requiere una valoración preoperatoria individualizada y consensuada con el paciente. La utilización de terapias adyuvantes, como la infiltración de toxina botulínica, seleccionadas según las características del paciente, son básicas para optimizar la cirugía y sus resultados. Asimismo, la protocolización de las medidas de prevención de la infección de herida y el uso de materiales con propiedades antibacterianas como las mallas argentizadas o los apósitos de presión negativa contribuirá a

disminuir la tasa de infección crónica en casos de cirugía contaminada.