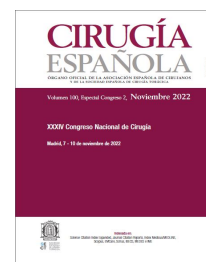




# Cirugía Española



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

## V-173 - RECURRENCIA INGUINAL TRAS DOBLE SEPARACIÓN DE COMPONENTES. REPARACIÓN CON MATRIZ TISULAR REFORZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Medina Pedrique, Manuel<sup>1</sup>; Avilés Oliveros, Adriana<sup>1</sup>; Rial Justo, Xiana<sup>1</sup>; Sánchez Gollarte, Ana<sup>1</sup>; de Robin Valle de Lersundi, Alvaro<sup>1</sup>; Cruz Cidoncha, Arturo<sup>1</sup>; Muñoz-Rodríguez, Joaquín<sup>2</sup>; García-Ureña, Miguel Ángel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Henares, Coslada; <sup>2</sup>Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía en pacientes con pared abdominal compleja es un reto importante para el cirujano general, pero cuando nos enfrentamos a casos que ya han tenido una o varias reparaciones previas, con disecciones amplias y uso de material protésico, el panorama cambia y la dificultad de la cirugía escala de forma considerable. Presentamos el siguiente caso clínico de una recurrencia inguinal luego de una reparación de hernia incisional.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente mujer de 74 años de edad, con el antecedente de cirugía de aneurisma de aorta abdominal que posteriormente desarrolló una hernia incisional gigante en la línea media. La reparación inicial consistió en una doble separación posterior de componentes con liberación del oblicuo mayor. El cierre en línea media se realizó con un puente de unos 9 cm de malla absorbible sobre la cual se colocó otra de polipropileno. A los 6 meses del posoperatorio la paciente consulta por un abultamiento en la región inguinal derecha compatible con una recurrencia, la cual se decidió llevar nuevamente a quirófano. El abordaje inicial se hizo a través de la incisión previa, buscando disecar los límites del saco herniario que ahora condicionaba a la recidiva. Luego de una adhesiolisis reglada y una disección ardua, pudimos constatar los límites del defecto, así como el mecanismo fisiopatológico de la recurrencia, que ha sido por desplazamiento craneal de la malla previa desde el ligamento de Cooper. Nuestro defecto posterior queda limitado por el ligamento inguinal a nivel lateral, la malla retrorrectal previa a nivel medial y el ligamento de Cooper a nivel inferior. La reparación consistió en la colocación de una malla de matriz tisular de colágeno que a su vez tiene un entramado de polipropileno. La malla se fijó a los límites previamente definidos, finalizando con el cierre por planos. La paciente fue dada de alta al 3<sup>er</sup> día posoperatorio sin complicaciones.

**Discusión:** Las recurrencias en la cirugía de la pared abdominal compleja son una de las principales complicaciones a mediano y largo plazo con las cuales nos podemos encontrar en el seguimiento de estos casos. Al tomar la decisión de reintervenir a estos pacientes, es de suma importancia conocer los detalles de las cirugías previas, así como tener en mente un plan de trabajo previo al quirófano. La adhesiolisis sistemática y la disección de los bordes del defecto son pasos fundamentales que nos permiten identificar el espacio disponible para una posible reparación. Al llegar a este punto, el cirujano debe tener en cuenta todas las herramientas a su disposición, ya que no existe una regla de oro para el tratamiento de estos pacientes, siendo los casos muy variados uno de otro al igual que

los resultados dependiendo del tamaño del defecto y la calidad de los tejidos disponibles para la reconstrucción de la pared. Hay diversas situaciones clínicas, como el caso de la paciente en nuestro caso, que necesitan una cirugía adaptada a los hallazgos intraoperatorios, que no debemos pasar por alto.