



V-110 - REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN COMPLEJA CON FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA MEDIANTE TÉCNICA TAR Y CONFECCIÓN DE UN COLGAJO DE COBERTURA

González-Abós, Sandra; Codina, Claudia; Alonso, Alejandro; Solans, Mireia; Fernández, Manuel; Moral, Antonio; González, Jose Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Describir una técnica quirúrgica aplicable a la presencia de eventraciones complejas que incluyan la presencia de fístulas enterocutáneas asociadas, implicando la necesidad de una resección en bloque con pérdida de material cutáneo y su reparación mediante la confección de un colgajo de cobertura.

Caso clínico: Se trata de un varón de 62 años con antecedentes de cardiopatía isquémica de tres vasos revascularizada, diabetes *mellitus* II de mal control y dislipemia. Intervenido en 2011 de gastrectomía parcial con reconstrucción Billroth II presentando múltiples complicaciones a destacar: evisceración, fuga del muñón duodenal en dos ocasiones con peritonitis difusa y oclusión intestinal secundaria a malfuncionamiento de la anastomosis. Requirió 7 cirugías posteriormente a destacar resección de la antigua anastomosis y reconstrucción del tránsito mediante Y de Roux y colocación de múltiples mallas para reparación de evisceración reiterada. En el posoperatorio, dehiscencia de la herida con exposición de la malla y aparición de fístulas enterocutáneas. Dada la ausencia de mejoría mediante tratamiento conservador se decide cirugía para reparación de pared abdominal y cobertura con colgajo de *latissimus* neurotizado. Inicialmente se prepara por parte de cirugía plástica el colgajo de *latissimus* neurotizado y se instala Glubran® en los orificios fistulosos para mantener el campo limpio. Posteriormente se realiza laparotomía media incluyendo islote cutáneo que engloba los orificios fistulosos. Se procede a disección y lisis de adherencias e individualización del saco herniario. Se realiza Rives bilateral y TAR en hemiabdomen derecho, se utiliza malla biológica junto con malla de polipropileno para cobertura del defecto que se ancla xifoides y pubis. Se procede a cierre de aponeurosis sobre malla con GAP máximo de 25 cm. Se preservan vasos epigástricos izquierdos para anastomosis de colgajo de cobertura con *latissimus*. Durante el posoperatorio inmediato el paciente permanece sin incidencias en reposo absoluto de acuerdo a cirugía plástica.

Discusión: La implementación de técnicas combinadas para la reparación de la pared abdominal compleja se debe tener en cuenta. Ante la presencia de un defecto cutáneo debido a la existencia de fístulas enterocutáneas, se sugiere, por tanto, el uso de reconstrucciones agresivas incluyendo colgajos libres y de rotación.