



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-239 - PREACONDICIONAMIENTO QUIRÚRGICO AMBULATORIO EN PACIENTE CON HERNIA INCISIONAL GIGANTE

Cebolla Rojas, Laura; Sanz Sánchez, Mercedes; Morote González, Melanie; Ballón Bordo, Mónica; González Ramallo, Víctor; Prieto Montalvo, Julio; del Valle Hernández, Emilio

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: La cirugía de la pared abdominal ha experimentado una revolución drástica en el SXXI, con un cambio conceptual para su tratamiento: cirugía reconstructiva de la pared restaurando la anatomía y fisiología de la misma. Para ello, en los grandes defectos de la pared, se hace imprescindible la preparación preoperatoria con toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo (PPP). Presentamos este caso clínico donde el preacondicionamiento se lleva a cabo de forma ambulatoria tras un proceso multidisciplinar con apoyo de la unidad de hospitalización a domicilio (UHAD).

Caso clínico: Mujer de 62 años con AP de obesidad, dislipemia, DM tipo II y cáncer ovárico tratada con citorreducción que requiere laparotomía. Acude a consulta en noviembre de 2019 por defecto en pared abdominal. Se diagnóstica mediante TC de diástasis de rectos con eventración infraumbilical en hipogastrio de 15 cm. En enero se inicia primera inyección en pared abdominal de toxina botulínica tipo A con control electromiográfico. A las dos semanas se coloca catéter intraabdominal subcostal izquierdo con control ecográfico. Ingreso hospitalario de 6 días para insuflaciones y neumoperitoneo progresivo. Posteriormente, la UHAD realiza insuflaciones diarias en domicilio de 250 cc, aumentando hasta 500 cc durante 7 días. En TAC de control, extenso neumoperitoneo de 4.406 cc que ocupa el espacio herniario. Una semana después de la última insuflación, se realiza cirugía reconstructiva mediante TAR en lado izquierdo y técnica de Rives en lado derecho. Colocación de malla BIO-A de 20 × 30 cm y sobre ella malla de polipropileno de 50 × 50 cm. Postoperatorio con infección superficial de herida (ISQ) con necesidad de colocación de VACs.

Discusión: Las hernias gigantes con “pérdida de domicilio” que presentan diámetro transversal en TC > 10 cm o Índice de Tanaka > 20%, obligan a preacondicionamiento y reparación quirúrgica para lograr su reducción en la cavidad abdominal. Una de las técnicas más empleadas es el neumoperitoneo progresivo preoperatorio (PPP) con control ecográfico, previa administración de toxina botulínica A. El PPP consiste en insuflación progresiva de aire ambiente (250-500 cc/día), hasta 8.000-4.000 cc en cavidad intraperitoneal. El objetivo es dilatar la musculatura y distender el abdomen para permitir el cierre posterior de la pared sin tensión. Este caso muestra la posibilidad de realizar la mayor parte del proceso de forma ambulatoria cuando existe una UHAD, disminuyendo la estancia hospitalaria y las complicaciones derivadas de la misma. Justifica además la ejecución de las técnicas TAR y de Rives para la reconstrucción de la pared, siendo de las más usadas y con el

menor número de complicaciones. El manejo multidisciplinar, combinando el PPP de forma ambulatoria, toxina botulínica y técnica de reparación TAR demuestra beneficio en el manejo quirúrgico de las hernias incisionales complejas, reduciendo la tasa de síndromes compartimentales, sintomatología respiratoria y recidiva.