



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-568 - EVENTRACIÓN MULTIRRECIDIVADA GIGANTE Y FISTULIZADA. UN ABORDAJE GLOBAL

García Gil, José Manuel; de la Plaza Llamas, Roberto; Olaizola Zubicarai, Miren Itziar; Valenzuela Torres, José del Carmen; García Amador, Cristina; López Marcano, Aylhin; Medina Velasco, Aníbal; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: En la actualidad la malla sintética permanente se considera de elección en la reparación de defectos de la pared abdominal, aunque su empleo se asocia a complicaciones, algunas de ellas graves, como la infección crónica de la prótesis y la fístula intestinal, de difícil manejo y resolución. Por su propiedad de disminuir al mínimo el riesgo de infección, las mallas biológicas, obtenidas a partir de una matriz extracelular colágena bovina o porcina, han pretendido dar respuesta a estos problemas. Presentar el manejo de una paciente con eventración gigante multirrecidivada y fistulización cólica y entérica del material protésico implantado previamente, con una reparación y postoperatorio complejos.

Caso clínico: Mujer de 54 años obesa mórbida (IMC de 41), dislipémica, diabética, con síndrome depresivo y lupus cutáneo, intervenida originalmente de hernia umbilical en 1996, sucediéndose hasta 2009 otras nueve cirugías reparadoras más, por recidiva y sobreinfección de la malla. Desde entonces a la eventración gigante persistente se añade la supuración crónica indolente por orificios fistulosos cutáneos en ambas fosas iliacas, que posteriormente torna a emisión entérica, con débito creciente hasta la ausencia de deposición rectal (fig. A, flecha). TAC: dos fístulas enterocutáneas, que nacen de un segmento de colon descendente en flanco izquierdo; ambas drenan a sistemas de colección. Asas contenidas en la eventración sin signos de complicación. Colonoscopia: hasta 70 cm, donde se visualiza un orificio amplio que da paso a una cavidad donde se observa pared de colon y malla, parcialmente embebida en la luz, por la que se puede progresar. Precisó nutrición parenteral y enteral y fisioterapia preoperatorios. Tratamiento quirúrgico: dermolipsectomía elíptica incluyendo toda la piel patológica. Fístulas a piel desde íleon terminal (FID) y desde ángulo esplénico de colon (FII), comunicadas ambas por una cavidad inflamatoria crónica en la que queda incluida la malla de polipropileno. Resección en bloque junto a colgajo dermograso de mallas, íleon terminal (10 cm), ángulo esplénico de colon y cavidad fistulosa. Anastomosis colocolica T-T e ileocecal T-L manuales biplano. Colocación de malla biológica intraperitoneal de 42 × 30 cm (2 unidades de malla acelular 21 × 30 cm suturadas), fijada a la pared con corona de puntos simples de polipropileno 2/0. Disección de colgajos dermograsos superior e inferior, drenajes subcutáneos (4) y cierre. Como incidencias postoperatorias más relevantes cabe señalar: estancia de una semana en UCI por insuficiencia respiratoria hipoxémica restrictiva extrapulmonar y ya en hospitalización precisa ventilación mecánica no invasiva con BIPAP. Necrosis cutánea de pared abdominal anterior que, una vez delimitada es resecada y precisa curas periódicas con terapia de presión negativa durante 2

meses, hasta la cobertura del defecto y la prótesis granulada con injerto libre de piel mallado por parte de Cirugía Plástica, que prendió adecuadamente (fig. B). La estancia hospitalaria global fue de 119 días, sin incidencias posteriores en el seguimiento.



Discusión: El caso expuesto ilustra la dificultad que entraña el tratamiento de estos defectos de pared. Técnicamente suponen una reparación exigente y en su manejo perioperatorio es fundamental la implicación de otros especialistas, consumiendo importantes recursos.