



P-528 - HERNIA INCISIONAL RECIDIVADA COMPLICADA CON FÍSTULA INTESTINAL SECUNDARIA A PERFORACIÓN ILEAL POR GRAPA DE FIJACIÓN DE MALLA PREVIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Montcusí Ventura, Blanca; Bravo Salva, Alejandro; Pérez Farré, Silvia; Pérez Xaus, Marc; de Miguel Palacio, Maite; Pera Román, Miguel; Sancho Insenser, Joan; Pereira Rodríguez, José A.

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La fístula intestinal es una de las posibles complicaciones tras la reparación de una hernia incisional. La erosión de la pared intestinal puede ser secundaria a la migración de la malla, la presencia de un orificio en la fascia o el peritoneo, el uso de malla intraperitoneal con falta de interposición omental entre el intestino y la malla, o la perforación intestinal por *tackers* y grapas. Se presenta el caso de un varón con diagnóstico de hernia incisional recidivada complicada con fístula intestinal, secundaria a perforación ileal por una grapa de fijación de la malla previa.

Caso clínico: Varón de 67 años que acude a Urgencias por astenia de 24 horas de evolución, con sensación distérmica y deposiciones diarreicas. En sus antecedentes patológicos destaca la reparación de una hernia incisional de laparotomía media con malla de polipropileno supraaponeurótica hace 10 años, y leucemia linfocítica crónica en remisión completa desde hace 3 años, pero con neutropenia secundaria a la quimioterapia que ha requerido tratamiento con estimuladores granulocíticos. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable con fiebre de 38,1 °C. A la exploración abdominal no presenta dolor a la palpación ni defensa, pero destaca recidiva de la hernia incisional con celulitis localizada. El hemograma muestra leucopenia de 1.120/uL con neutropenia de 80/uL, y en la tomografía computarizada se observa la hernia incisional recidivada que contiene un segmento de intestino delgado con cambios inflamatorios y una colección adyacente a la pared intestinal de 20 × 13 mm. Bajo la orientación diagnóstica de hernia incisional recidivada complicada con absceso, se inicia tratamiento antibiótico empírico y se indica la intervención quirúrgica preferente, tras optimización de la neutropenia con estimuladores granulocíticos. Durante el ingreso el absceso aumenta hasta 4,5 cm, por lo que se coloca drenaje percutáneo con salida de contenido intestinal. La neutropenia mejora progresivamente hasta que se puede indicar la intervención. Se realiza un abordaje abierto identificando una hernia incisional subprotésica, multiorificial y con un absceso secundario a perforación de un asa ileal por una grapa de fijación de la malla previa. Se realiza resección segmentaria y eventroplastia con malla reabsorbible supraaponeurótica, con un curso postoperatorio sin complicaciones y libre de recurrencia al año de seguimiento.

Discusión: La fijación de la malla con grapas durante la reparación de una hernia incisional no está exenta de riesgo. Se han descrito casos de fístula intestinal secundaria a perforación intestinal por

tackers y grapas, lo que sugiere que no son los métodos de fijación más seguros. Por otra parte, es importante tener en cuenta las comorbilidades del paciente y valorar diferir la reparación de una hernia incisional complicada hasta disponer de unas condiciones quirúrgicas óptimas.