



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-466 - TRAUMATISMO PENETRANTE DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIO A LIPOSUCCIÓN

Abdelkader Mohamed, Navil; Bellver Oliver, Manolo; Moreno García, María Valvanera; Martínez Hernández, Andreu; Granel Villach, Laura; Aliaga Hilario, Elena; Moya Herraiz, Ángel; Laguna Sastre, Jose Manuel

Hospital General, Castellón de la Plana.

Resumen

Introducción: Las complicaciones sistémicas o viscerales después de una liposucción son raras, pero desafortunadamente pueden ser muy graves. La eventración incarcerada por lesión de la musculatura abdominal es una complicación infrecuente de esta cirugía, pero potencialmente mortal. El pronóstico de esta grave complicación, depende de un diagnóstico y tratamiento precoz. Nuestro objetivo es mostrar, de manera retrospectiva, un caso de oclusión intestinal por eventración iatrogénica bilateral tras cirugía de remodelado corporal, diagnosticado y tratado en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 41 años, intervenida de abdominoplastia en el pasado, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso, fiebre, vómitos y ausencia de tránsito intestinal de 72 horas de evolución. Intervenida 7 días antes mediante liposucción abdominal e injerto grasa en nalgas. A la exploración física, tumoración no reductible en flanco izquierdo, con aumento de la temperatura local. Ante la sospecha de lesión intraabdominal, se colocó SNG, solicitándose analítica y TAC abdomino-pélvico urgentes. Analíticamente destacaba Leucocitosis de $17,94 \times 10^3/\mu\text{L}$, con 77% de neutrófilos; PCR 100. En TAC se apreciaban defectos de pared abdominal de manera bilateral, con eventración de asas intestinales en flanco izquierdo y de colón en flanco derecho, con signos de incarceración y sufrimiento intestinal, decidiéndose intervención quirúrgica urgente. Durante la intervención, se comprobó viabilidad de asas intestinales y colón, sin precisar resección intestinal. Reconstrucción del defecto de pared abdominal izquierdo mediante cierre de aponeurosis anterior y colocación de malla de polipropileno supraaponeurótica. Gran defecto de pared abdominal en flanco derecho que hizo inviable su reparación en el mismo acto quirúrgico. Desarrollo de fístula entero-cutánea posoperatoria en defecto abdominal izquierdo reparado y persistencia de gran eventración en flanco izquierdo. Al cabo de 3 meses de la primera intervención, se decide reintervención quirúrgica, realizada conjuntamente con la unidad de pared abdominal de nuestro centro, realizándose resección del segmento intestinal causante de la fístula entero-cutánea (unos 8 cm) con anastomosis latero-lateral manual. Reparación de ambos defectos eventrógenos según técnica de Rives, con colocación de prótesis de doble capa en posición retromuscular. Evolución posterior favorable, con tránsito intestinal presente y restablecimiento de la integridad de pared abdominal, tanto clínica como radiológica, a los 6 meses de seguimiento.

Discusión: A pesar de que la liposucción sea uno de los procedimientos estéticos más realizados a nivel mundial, y que la tasa de complicaciones viscerales o sistémicas es muy baja, siempre debemos

tener presente esta complicación en pacientes sometidos a procedimientos estéticos de remodelado corporal. La incidencia de esta complicación aumenta especialmente en pacientes ya intervenidos previamente de procedimientos estéticos o con debilidad de la musculatura abdominal. Es importante un diagnóstico precoz, basados en la sospecha clínica y analítica, siendo necesario realizar una prueba de imagen (TAC/ecografía) para confirmar el diagnóstico. La reparación de los casos complejos que asocian grandes defectos, debido a la baja incidencia de los mismos, debe realizarse de manera multidisciplinar con una unidad de cirugía de pared abdominal.