



P-469 - SHOCK HEMORRÁGICO POR MIGRACIÓN DE UNA MALLA INTRAPERITONEAL TRAS EVENTROPLASTIA

Lillo García, Cristina; Caravaca García, Iban; Lario Pérez, Sandra; Quinto Llopis, Saray; Sánchez Guillén, Luis; Oller Navarro, Inmaculada; Arroyo, Antonio

Hospital General Universitario, Elche.

Resumen

Introducción: Las mallas se han convertido en la base de la cirugía de pared abdominal y se utilizan en la mayoría de los procedimientos. La zona en la que se coloquen es importante, ya que influye tanto en las recidivas como en las complicaciones asociadas. La migración es una complicación infrecuente y difícil de diagnosticar. Presentamos un caso de *shock* hipovolémico secundario a una hemorragia digestiva baja causada por la migración intraluminal de una malla intraperitoneal.

Caso clínico: Mujer 53 años con antecedente de trasplante hepático por cirrosis hepática alcohólica y recidiva de cirrosis en injerto en 2009. Posteriormente, eventroplastia con datos quirúrgicos desconocidos debido a realización del procedimiento en hospital extranjero. Acude a urgencias en octubre/2022, por rectorragia masiva y *shock* hipovolémico. Además, refería dolor abdominal epigástrico de 6 meses de evolución. Se realiza angioTAC abdominal sin identificar extravasación de contraste que sugiera sangrado activo, apreciándose contenido denso en el interior del marco cólico. Tras la estabilización hemodinámica, se realiza gastroscopia que descarta una hemorragia secundaria a varices esofágicas. A las 48 horas, se realiza colonoscopia, observándose a 70 cm de margen anal material protésico en el interior del colon, que provoca ulceración de la mucosa con sangrado al roce, compatible con malla de eventroplastia previa con migración intraluminal. Posteriormente, se realiza de forma programada resección segmentaria de colon transversal incluyendo la malla integrada en la luz del mismo, y anastomosis colocolica termino-terminal manual. Además, se evidencia un plastrón inflamatorio alrededor del segmento de colon afecto, con adherencias firmes de intestino delgado y apéndice, realizándose adhesiolisis, sin necesidad de otra resección.

Discusión: Las complicaciones asociadas al uso de mallas, como la migración de estas a una víscera hueca son raras y se desconoce la incidencia exacta. Según una revisión de la base de datos de la FDA, la migración está presente en el 2% de pacientes con complicaciones graves relacionadas con la malla. Sin embargo, la incidencia podría ser mayor debido a la falta de seguimiento y la presentación tardía (> 10 años tras la cirugía). La clínica está relacionada con el órgano afectado. Por ejemplo, dolor crónico, rectorragia, anemia crónica, fístula enterocutánea y obstrucción intestinal; aunque puede ser asintomática. Debido a la variedad de síntomas, el manejo debe individualizarse considerando los órganos involucrados, el grado de invasión, la posibilidad de

extracción endoscópica y el estado del paciente. La resección intestinal es necesaria cuando se producen complicaciones graves como fístula enterocutánea y hemorragia intestinal, o cuando la malla no se puede retirar por endoscopia. Se han estudiado diferentes factores de riesgo, como los tipos de malla, la colocación intra o extraperitoneal, métodos de fijación y las características del paciente. Varios artículos destacan la importancia de evitar el contacto directo de los órganos con la malla, para así evitar la migración o la erosión. En conclusión, debemos tener en cuenta la posibilidad de la migración de una malla como una complicación rara y tardía de la eventroplastia, pero ocasionalmente grave.