



P-507 - REPARACIÓN EVENTRACIONES LUMBARES MEDIANTE EVENTROPLASTIA CON DOBLE MALLA

Jurado Tudela, Francisco; Valera Sánchez, Zoraida; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Domínguez Amodeo, Antonio; Curado Soriano, Antonio; Jurado Marchena, Remedios; Navarrete de Carcer, Enrique; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las eventraciones lumbares fueron descritas por Kelton en 1939, con una prevalencia tras lumbotomía del 30%. La bibliografía disponible no aporta un alto nivel de evidencia respecto al manejo y tratamiento, sobre todo por la localización anatómica en un marco óseo presente en tres de los cuatro lados de la fosa lumbar a tener en consideración costillas, columna vertebral y cresta iliaca, la pobreza de las láminas aponeuróticas, el escaso desarrollo muscular de la zona, que se acentúan por la denervación y adelgazamiento muscular que conlleva esta cirugía, más la existencia de zonas débiles (Petit y Grynfeldt) con una excesiva movilidad desde el punto de vista anatómico-funcional en este tipo de eventraciones no facilita la reparación ni el implante de las mallas protésicas.

Objetivos: Presentación de eventroplastia mediante implante de doble malla en hernias lumbares difusas tipo L4W3.

Métodos: Exposición de la técnica realizada en eventraciones lumbares difusas donde siempre practicamos estudio de pared previo mediante TAC para diagnosticar la eventración lumbar verdadera. Reparación basada en la disección de saco herniario y espacios preperitoneal y retroperitoneal con implante de doble malla, ambas de polipropileno, una fijada con dos cinchas al cuadrado lumbar y puntos transfasciales reabsorbibles a músculo intercostal e irreabsorbibles a músculo transversario y periostio iliaco y otra retroperitoneal anclada a psoas iliaco y prótesis previa. Sutura de los bordes del defecto muscular mediante "bridging" perimetral en con sutura reabsorbibles a la malla.

Conclusiones: La elección de la técnica debe ser individualizada donde la realización de TAC es necesaria para caracterización y localización del defecto herniario planteando su relación con las estructuras adyacentes y sobre todo diferenciar la eventración verdadera L4 de la relajación completa de pared por denervación y atrofia muscular. El abordaje laparoscópico está indicado en las eventraciones menores tipo W1, donde existe la ventaja de la cirugía mínimamente invasiva pero no aporta reconstrucción parietal. En los defectos W2 y W3 abogamos por realización abordaje abierto y plastia con doble malla donde si se realiza una reparación de la pared y planos músculo aponeuróticos.