CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):29

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-549 - ABORDAJE COMBINADO EN HERNIAS PARAESTOMALES CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO: NEUMOPERITONEO PROGRESIVO ASOCIADO A TAR

Bascuas Rodrigo, Beatriz; Lara Fernández, Yaiza; Curado Soriano, Antonio; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Valera Sánchez, Zoraida; Jurado Marchena, Remedios; Navarrete de Cárcer, Enrique; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La eventración paraestomal es la complicación tardía más frecuente del estoma quirúrgico, con una incidencia del 10-50%. Supone un gran reto quirúrgico, especialmente en los casos con pérdida de derecho a domicilio (PDD) que a menudo requiere la combinación de diversas técnicas quirúrgicas de reparación de la pared abdominal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 59 años con antecedentes personales de obesidad, espondilitis anquilosante, trastorno bipolar y fumador de 1-2 paquetes al día. Remitido a la Unidad de Pared Abdominal por eventración paraestomal tipo IV (según clasificación de EHS) recidivada con pérdida de derecho a domicilio. Intervenido de diverticulitis perforada con peritonitis fecaloidea en 2007, realizándose la intervención de Hartmann. En 2011 el paciente es intervenido para reconstrucción de tránsito, existiendo ya una hernia paraestomal, la fibrosis pélvica y la retracción del cabo distal no permiten la reconstrucción intestinal. Optándose en quirófano por una reparación Sugarbaker sobre la eventración. En el postoperatorio tardío presenta una fistula entero cutánea en la cercanía de la ostomía, precisando drenaje quirúrgico e ingreso prolongado. Se realiza seguimiento observándose recidiva clínica y radiológica a los tres años, objetivándose una hernia paraestomal con incarceración crónica de fundus gástrico y asas intestinales sin signos de complicación que contiene más del 25% del contenido intestinal. Estudiado el caso, se decide realizar un neumoperitoneo progresivo para conseguir espacio en la cavidad abdominal. Es ingresado para colocación de catéter peritoneal y realización de neumoperitoneo progresivo según técnica de Goñi Moreno. Se insuflan diariamente entre 800-1.000 cc de aire durante los primeros 12 días (según la aparición de dolor), posteriormente 800 cc durante 1 día más, siendo éste el último día de insuflación. Además, se instruye al paciente en técnicas de fisioterapia respiratoria mediante el uso de incentivador. El paciente es intervenido a los 15 días del inicio del NPP, realizándose una técnica de Rives Stoppa asociado la liberación del musculo transverso en el lado izquierdo (TAR), asociado a translocación de colostomía a flanco derecho dejando un orificio en la malla usada a través del cual pasa la colostomía. En el postoperatorio inmediato destaca como única incidencia la formación de un seroma de herida quirúrgica resuelto con curas locales diarias. El paciente es dado de alta a los 18 días postoperatorios. Con seguimiento en consulta de cirugía de 14 meses, no presenta complicaciones ni signos de recidiva clínica ni radiológica. Discusión: La reparación de hernias con PDD requiere un procedimiento progresivo que permita restablecer el equilibrio fisiológico al reintroducir el contenido del defecto herniario asociado a una técnica de reparación

que permita medializar los músculos rectos y reconstruir las capas de la pared abdominal. El uso del neumoperitoneo preoperatorio progresivo ha demostrado ser una técnica útil y eficaz para el tratamiento de grandes defectos de la pared abdominal. La técnica de liberación del transverso evita la morbilidad asociada a la disección amplia del tejido celular subcutáneo y permite medializar ampliamente los músculos rectos y la reconstrucción de la pared abdominal con malla retromuscular.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados