CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):26

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-546 - EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LAS EVENTRACIONES ILIACAS (L3)

Supelano Eslait, Guillermo; León, José Luis; Moreno Bargueiras, Alejandro; Bernal Tirapo, Julia; Alegre Torrado, Cristina; Gutiérrez Andreu, Marta; Ferrero Herrero, Eduardo; Yuste García, Pedro

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Las eventraciones iliacas L3 (EHS) son infrecuentes (entre el 5 y el 9% de todas las eventraciones) pero suponen un reto importante para el cirujano general. La ausencia de planos y puntos de fijación para las mallas, y la alteración funcional que producen condicionan su importancia clínica. El tamaño de la hernia y su exacta localización determinan la mejor técnica. Uno de los factores más importantes en este tipo de eventroplastias, es el límite lateral de la hernia. Cuando se trata de hernias pequeñas, es posible reducir el saco y colocar mallas fijadas a las aponeurosis que ofrezcan consistencia a la reparación. Sin embargo las hernias grandes y laterales están limitadas por la cresta iliaca lo que obliga a repararlas utilizando las referencias Oseas como punto de fijación.

Caso clínico: Un varón de 57 años, con antecedentes de EPOC y carcinoma faríngeo en remisión, quien como consecuencia de la extracción de material oseo de la cresta iliaca derecha para trasplante autólogo (osteoradionecrosis mandibular y absceso odontogénico), presentaba una eventración iliaca de gran tamaño (5 × 10 cm). Un año antes le habían realizado una eventroplastia con malla prefascial en otro centro con recidiva precoz de la hernia. Así pues, previa realización de una TC abdominal, decidimos plantear en conjunto con el Servicio de Traumatología, la reparación de la eventración. La TC informaba, una pérdida de sustancia ósea de la cresta iliaca, una hernia inguinal derecha y el adelgazamiento de los músculos oblicuos derechos en la fosa iliaca derecha, donde la pared abdominal desde el margen lateral del músculo recto hasta la cresta iliaca era de grosor laminar y abombaba en su contorno, por donde protruían asas de delgado, el ciego y colon ascendente. Ante la práctica ausencia de musculatura oblicua, optamos por la colocación de una doble malla de polipropileno. La primera fijada a la cresta iliaca derecha en el plano preperitoneal hasta la línea alba en medial, y fijada al ligamento de Cooper en su límite inferior y la última costilla en el superior, reparando igualmente la hernia inguinal. La segunda malla prefascial de refuerzo igualmente fijada a la cresta iliaca y al borde lateral de la vaina de los rectos para ofrecer una reparación mecánico-funcional a la pared abdominal. El paciente evolucionó correctamente, y salvo el dolor con la deambulación que cedió al mes de la intervención, la reparación ha sido exitosa hasta la última revisión pasados seis meses.

Discusión: Aun a expensas de conocer la anatomía quirúrgica del abdomen, la manipulación de las estructuras óseas, requiere el uso de aparatos y técnicas específicas con las que los Cirujanos

Digestivos no estamos familiarizados. La colaboración del Servicio de Traumatología, aporta ese punto de excelencia que requieren estos procedimientos. El abordaje quirúrgico de estas hernias debe incluir la reparación estética tanto como la funcional, lo que obliga a plantear y realizar técnicas algo más complejas con las que no estamos familiarizados. Es imprescindible enfatizar la trascendencia del componente funcional en las reparaciones de la pared abdominal.

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