

9. Patel RS, Gilbert RW. Utility of the gastro-omental free flap in head and neck reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;17:258-62.
10. Vernik J, Singh AK. Omentum: Power to heal and regenerate. *Int J Artif Organs.* 2007;30:95-9.

Juan Maria Viñals Viñals^a, Pau Tarrús Bozal^{a*},
Jose Maria Serra-Mestre^b, Oriol Bermejo Segú^a
y Julio Nogués Orpí^c

^aDepartamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bPlastic and Reconstructive Surgery Department, Second University of Naples, Nápoles, Italia

^cDepartamento de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pau.tarrus@bellvitgehospital.cat
(P. Tarrús Bozal).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.01.009>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

«Hernia transilíaca». Una original modalidad de eventración probablemente no tan infrecuente

«Iliac hernia», an original form of ventral hernia that is probably not so uncommon



El ala ilíaca es frecuentemente utilizada como área donante de tejido óseo autógeno para injertos en cirugía ortopédica por la calidad y cantidad de hueso disponible y por su fácil accesibilidad. La herniación de las vísceras intraabdominales a través del defecto óseo creado es una complicación potencialmente grave.

Presentamos el caso de una paciente de 76 años con síndrome metabólico (índice de masa corporal 36), intervenida de coxartrosis bilateral secundaria a luxación congénita de cadera izquierda mediante endoprótesis bilateral de tipo Müller a los 36 años, que precisó un repuesto del cótilo protésico izquierdo por descementación y un recambio de la prótesis izquierda con injerto óseo autógeno de ala ilíaca en el fondo acetabular a los 48 y 53 años, respectivamente. La enferma padecía episodios de dolor abdominal cólico hacia varios meses y el examen corporal descubría una tumefacción irreductible en la región glútea izquierda. La tomografía abdominal mostraba una hernia transilíaca y una hernia umbilical (figs. 1 y 2). La intervención quirúrgica consistió en realizar una laparotomía media infraumbilical, incidir el peritoneo parietal izquierdo para movilizar y reducir a la cavidad abdominal el segmento de colon descendente y sigma herniado por deslizamiento e incarcerated, acceder al espacio retroperitoneal e implantar una malla de polipropileno de 20 × 20 cm, extendida en posición retroperitoneal que recubría ampliamente el orificio herniario y las estructuras osteomusculares adyacentes sin contactar con el peritoneo visceral y que fue fijada con varios puntos irreabsorbibles cardinales y mantenida en su posición correcta por la propia presión intraabdominal. La laparotomía fue cerrada con una doble sutura continua de material reabsorbible lento con reparación de la hernia umbilical. No hubo complicaciones

postoperatorias. Al año de seguimiento, la exploración física no ha objetivado recidiva de las hernias.

La obtención de ala del ilion para injerto autógeno tiene una morbilidad entre el 12 y el 20%, mayor si la zona donante es la parte anterior de la cresta ilíaca y no la posterior (23 vs. 2%, respectivamente). Entre las diversas complicaciones postoperatorias¹ sobresale la hernia transilíaca, término utilizado en la literatura para denominar la eventración transilíaca y, ocasionalmente, clasificada como hernia lumbar. Esta dolencia, descrita por Oldfield en 1945, es una entidad poco documentada y probablemente subestimada porque se han informado menos de 40 casos desde su primera publicación^{2,3}; sin embargo, su incidencia se estima del 5 al 9%^{1,4}.

Su etiopatogenia es consecuencia del defecto quirúrgico en el hueso coxal, casi siempre relacionado con la obtención del injerto óseo y, con menos frecuencia, tras fracturas⁵, desbridamiento por osteomielitis y rara vez por defecto óseo congénito.

Su aparición ha sido referida entre los primeros días siguientes a la operación y los 15 años del defecto óseo⁶. Esta complicación parece ser más frecuente en mujeres. El intestino delgado es el órgano más comúnmente herniado, del que se ha informado su estrangulación y torsión. Otros órganos como el hígado han sido también reseñados⁷.

El diagnóstico se sospecha al confirmarse una tumoración de la cicatriz glútea, de difícil valoración en caso de obesidad y cuanto más posterior sea su localización. Debe realizarse diagnóstico diferencial con hematoma² o absceso y con otras dolencias menos probables como neoplasias intraabdominales, cáncer renal, hernia muscular, tumores de partes blandas y paniculitis lumbosacra. Se confirma con la tomografía



Figura 1 – TAC abdominal, sección axial: hernia de intestino grueso a través del defecto óseo del ala ilíaca. Hernia umbilical.



Figura 2 – TAC abdominal, sección sagital: intestino grueso en porción extraabdominal sugestivo de hernia transilíaca.

abdominal, que es la exploración complementaria de elección al describir la anatomía y el contenido herniado.

El tratamiento quirúrgico, que puede ser dificultoso, debe realizarse con cierta urgencia para evitar las potenciales complicaciones (riesgo de encarceración y estrangulación del 25 y 10%, respectivamente⁸) aunque en un caso seleccionado, surgido tras una resección ósea por condrosarcoma, se ha optado por una conducta expectante⁹. Entre las opciones quirúrgicas se han propuesto^{3,8}:

- Plastia con los tejidos blandos adyacentes con movilización del músculo ilíaco, fascias lumbares y músculo glúteo mayor (técnicas de Dowd y Koontz) o fascias abdominales que son reinsertadas sobre el hueso restante.

- Técnica de Bosworth: creación de una neocresta ilíaca mediante la transposición de la zona anterior de la cresta ilíaca a la zona posterior, donde se reimplanta la fascia abdominal.
- Cierre del defecto con aloinjertos óseos o mediante injertos con mallas sintéticas, por vía laparoscópica en situaciones favorables¹⁰.

En el caso descrito, la dificultad quirúrgica estimada por la obesidad y la cuantiosa longitud del colon atascado a través de un anillo de naturaleza mayoritariamente ósea nos predispuso a un abordaje laparotómico, aunque el acceso laparoscópico puede indicarse en circunstancias menos complejas por su menor morbilidad precoz y tardía. La colocación de una malla directamente sobre el orificio herniario por una vía lateral extraperitoneal podría tener un mayor porcentaje de recidiva. Para evitarla, consideramos mejor utilizar una malla grande de polipropileno o poliéster (politetrafluoretileno o mixta si existe contacto con vísceras huecas) que, desde el interior de la cavidad abdominal y sujeta por la presión intraabdominal, cubra sobradamente el orificio herniario.

A pesar de la pretensión curativa de las diversas técnicas reparadoras anteriormente mencionadas, el índice de recurrencia es alto.

Para prevenir la hernia transilíaca es recomendable obtener un injerto óseo bicortical en vez de tricortical, y evitar los de gran tamaño⁷. Algunos autores han valorado la posibilidad de colocar una malla profiláctica en el defecto óseo¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forrest C, Boyd B, Manktelow R, Zuker R, Bowen V. The free vascularised iliac crest tissue transfer: Donor site complications associated with eighty-two cases. *Br J Plast Surg*. 1992;45:89-93.
2. Velchuru VR, Satish SG, Petri GJ, Sturzaker HG. Hernia through an iliac crest bone graft site. Report of a case and review of the literature. *Bull Hosp Joint Dis*. 2006;63:166-8.
3. Prabhu R, Kumar N, Shenoy R. Iliac crest bone graft donor site hernia: Not so uncommon. *BMJ Case Rep*. 2013;2013. bcr2013010386.
4. Audela J, Bianchi A, Tibau R, Rodriguez-Cano O. Hernia through iliac crest defects. *Int Orthop*. 1995;19:367-9.
5. Jiménez-Vega J, Recio G, González J, Gómez D. Hernia transilíaca postraumática. *Cir Esp*. 2014;92e19.
6. Verhengen P, Goffin R, Musin L. Hernia iliaque apres prelevement osseux substruction. *Acta Chir Belgica*. 1965;64:1051-6.
7. Nodarian T, Sariali E, Khiami F, Pascal-Mousselard H, Catonné Y. Iliac crest bone graft harvesting complications. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2010;96:593-6.
8. Michael V, Richardson WS. Lumbar incisional hernia repair after iliac crest bone graft. *Ochsner J*. 2012;12:80-1.
9. Juan-García E, Canales V, Peguero A, Herrera A, Martínez A. Abdominal hernia through a defect in the iliac bone after resection of a chondrosarcoma of the pelvis. *Acta Orthop Belg*. 2002;68:79-82.
10. Kawashita Y, Iwata T, Kanetaka K, Ono S, Matsuo M, Nagayoshi S, et al. Successful laparoscopic repair of a lumbar hernia occurring after iliac bone harvest. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010;20:e38-41.

Francisco Martínez Rodenas*, Gema Torres Soberano, Raquel Hernández Borlan, José Enrique Moreno Solórzano y José Ramón Llopart López

Hospital Municipal de Badalona, Badalona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmrodenas@gmail.com

(F. Martínez Rodenas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.02.007>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Siembra tumoral en herida quirúrgica tras culmenectomía pulmonar izquierda videotoracoscópica



Incisional tumoral recurrence after left lung videothoracoscopic culmenectomy

La siembra tumoral tras un procedimiento quirúrgico es un hallazgo infrecuente, que sucede tras la extracción de la pieza quirúrgica o la entrada y salida de instrumental a través de la herida durante la cirugía, a diferencia de la metástasis cutánea que se da por infiltración de la piel o tejidos blandos circundantes por vía linfovascular¹.

La primera siembra tumoral en una herida quirúrgica realizada por laparoscopia se publicó en 1978, en una cirugía por cáncer de ovario². Su incidencia varía entre el 0,6-1,6% y en el cáncer de pulmón entre el 1-12%, presentándose desde los 14 días a varios meses después³. El mecanismo aceptado es la siembra directa de células neoplásicas durante la cirugía.

El manejo de las siembras tumorales incluyen la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. El uso de dispositivos de protección cutánea transoperatorio y bolsas de extracción pueden disminuir el riesgo de esta complicación.

Se trata de un varón de 76 años, con un tumor en el lóbulo superior izquierdo (fig. 1). Se realizan una videotoracoscopia por 2 puertos de 15 mm y 45 mm en octavo y quinto espacio intercostal línea axilar anterior, respectivamente. Se realiza una culmenectomía, más linfadenectomía lóbulo específica de las estaciones ganglionares 5, 7, 10 y 11. Anatomopatológicamente se reporta una lesión de 2 × 2 cm, umbilicada, que corresponde a un adenocarcinoma pulmonar mucoprodutor con patrón predominantemente acinar (90%), ganglios con hiperplasia mixta (T1a, N0, M0; estadio IA). Tras 3 días de internamiento el paciente es dado de alta a su domicilio sin complicaciones postoperatorias y con reexpansión pulmonar del 100%.

Tras 18 meses de la cirugía se detecta en la exploración física una masa palpable de 6 × 4 cm por debajo de la cicatriz quirúrgica previa, adherida a tejido adyacente, fija y dolorosa, que a decir del paciente ha aumentado de tamaño en las últimas semanas. La TAC (fig. 2), muestra una tumoración en tejidos blandos heterogénea multilobulada en la herida quirúrgica previa.

Se reseca por completo una lesión de 6 × 4 cm con márgenes libres de enfermedad, que infiltra el tejido celular

subcutáneo y el plano muscular, que se extiende hasta los músculos intercostales, anatomopatológicamente se reporta como adenocarcinoma mucoprodutor en músculo estriado, inmunohistoquímica TTF1⁺, CK7⁺ y CK20⁺. Tras la retirada de un drenaje subcutáneo al segundo día el paciente es dado de alta sin complicaciones al tercer día de la cirugía.

Downey et al.⁴, a través de una encuesta, incluyeron 55 cirujanos, para determinar siembra tumoral tras videotoracoscopia. Respondieron 48, reportándose 21 casos. El intervalo desde la cirugía a la recurrencia cutánea varió de 14 días a 29 meses (media: 7,6 meses). La incisión fue el sitio de recurrencia más frecuente (14), de estos fueron (6 adenocarcinomas, 3 de células escamosas y 5 mesoteliomas). No reporta el total de pacientes por lo que no se puede determinar la incidencia. Con relación a las técnicas para prevenir el contacto del tejido tumoral retirado con los tejidos cutáneos, tales como puertos o bolsas colectoras se utilizaron en 7 pacientes, no se utilizaron en 9, y no reportaron en 5.

Parekh et al.⁵, sobre 410 pacientes sometidos a videotoracoscopia por malignidad, con seguimiento del 91% de los casos, a 25 meses promedio, solo reportan un caso de siembra

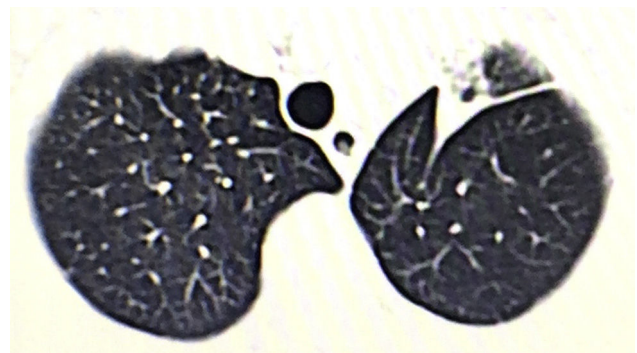


Figura 1 – Se aprecia una lesión semisólida en el lóbulo superior izquierdo.