



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-061 - SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES EN LA EVENTRACIÓN GIGANTE CON PÉRDIDA DEL DERECHO A DOMICILIO EN PACIENTE DE ALTO RIESGO

M.Á. García Ureña¹, J. López Monclús¹, A. Sánchez Movilla², I. Alonso Sebastián², A. García Pavía², L.A. Blázquez Hernando¹, Á. Robín Valle de Lersundi¹ y D. Melero Montes¹

¹Hospital Universitario de Henares, Coslada. ²Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Resumen

Objetivos: La separación posterior de componentes es una técnica de cirugía abierta para reparar la hernia ventral compleja que es aplicada por pocos cirujanos. En este vídeo se muestra un paciente con un hernia ventral gigante con pérdida del derecho a domicilio, y en él se explican los pasos para la reparación mediante la aplicación de este tipo de separación de componentes.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 60 años que sufrió hace 7 años un accidente de tráfico y una laparotomía urgente por traumatismo. Se trató mediante una laparostomía que se dejó cicatrizar por segunda intención. Posteriormente, como consecuencia del gran tamaño herniario, el centro donde se operó decidió demorar actitud quirúrgica. Ante su mala calidad de vida el paciente solicitó ser operado en otro centro y nos fue remitido. El paciente, además, presenta una cardiopatía isquémica severa con fracción de eyección del 17% y un bloqueo AV. Su obesidad, la mala función cardíaca junto con su severo problema de pared le hacen tener con frecuencia episodios de insuficiencia cardíaca. De hecho, el paciente no toleró la realización de un neumoperitoneo de Goñi-Moreno que se planteó inicialmente, desarrollando un edema agudo de pulmón. Tuvo un episodio de parada cardio-respiratoria por bloqueo AV 1 semana previa a la intervención. Tras sesión conjunta con cardiólogos, anestesiistas, intensivistas y cirujanos se decidió realizar cirugía electiva. En el vídeo se muestran los pasos que siguieron: planificación de incisión, adhesiolisis, liberación de fascia posterior recto, liberación del músculo transversario, resección intestinal de necesidad, cierre de pared posterior, refuerzo con doble interposición de mallas de bioA y de polipropileno. La cirugía duró 8h. El paciente no desarrolló síndrome compartimental. Recuperó tolerancia oral y tránsito al 5 día postoperatorio. Desarrolló episodios puntuales de insuficiencia cardíaca y de insuficiencia respiratoria que fueron tratados satisfactoriamente. Desarrolló una dehiscencia en línea media que fue tratada con terapia VAC. Tras dos meses de la cirugía el paciente va a ser dado de alta.

Discusión: A pesar de tratarse de un caso límite en su indicación quirúrgica por la gravedad del riesgo quirúrgico del paciente, pensamos que en este vídeo se demuestra con claridad los pasos desarrollados y presentan ventajas significativas respecto a otras técnicas: ausencia de disección del tejido celular subcutáneo e incremento significativo de la capacidad abdominal (compliance) que evita el desarrollo del síndrome compartimental.