



## P-598 - EVISCERACIÓN EPIGÁSTRICA PRECOZ TRAS COLECISTECTOMÍA

Buendía Peña, Emilio Antonio; Monje Salazar, Cristina; Ortega Castán, María; Álvarez Escribano, María Salud; Ortega Martínez, Almudena

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** El cierre de los puertos de trocar laparoscópicos ha sido motivo de controversia. Se ha relacionado de forma estrecha que, a mayor tamaño de orificio sin cerrar, existe mayor probabilidad de hernia incisional, en puertos de 10 mm, la incidencia es 1% y para aquellos mayores de 10 mm puede llegar hasta el 3,5%. Concretamente en la cirugía laparoscópica de la vesícula biliar, cuando se realiza en posición americana, se coloca un puerto de trabajo en región epigástrica de 10 mm o mayor, siendo poco habitual o frecuente el cierre de éste puerto al finalizar la intervención. Se expone un caso de evisceración precoz tras colecistectomía laparoscópica a través de puerto epigástrico.

**Caso clínico:** Paciente varón de 40 años, con antecedente médico de hipertensión en tratamiento con enalapril. Es intervenido de forma programada por colelitiasis, realizándose colecistectomía laparoscópica en posición americana, con puerto de 12 mm umbilical, dos puertos de 5 mm en flanco derecho y un puerto de 11 mm en epigastrio. Se realiza intervención quirúrgica sin incidencias. Durante la intervención se procedió sólo al cierre de puerto umbilical. El paciente es dado de alta en régimen de cirugía mayor ambulatoria con buena evolución, en menos de 24 horas. Acude a urgencias cuatro días después del alta por cuadro de dolor abdominal epigástrico de 24 horas de evolución asociado a náuseas con vómitos. Estreñimiento desde el alta. A la exploración paciente con constantes estables, IMC 30,15. Abdomen blando, doloroso en zona epigástrica, sin apreciar compilación en herida quirúrgica de puerto epigástrico. Se palpa discreta tumoración a dicho nivel. Se extrae una analítica de sangre en urgencias destacando una leucocitosis de 15.240 cels/mm<sup>3</sup>, proteína C reactiva de 13 mg/l, sin otras alteraciones de interés. Se solicita Tc de abdomen c/c, con hallazgo de evisceración epigástrica de asa de intestino delgado, que genera obstrucción intestinal. Cuantía leve de líquido libre intrabdominal. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizando laparotomía media supraumbilical, con hallazgo de evisceración de segmento de delgado con parche de necrosis de 1,5 cm en cara antimesentérica sin perforación. Se decide realizar resección intestinal de unos 7 cm de yeyuno y anastomosis laterolateral mecánica. Así mismo hernioplastia con malla macroporosa de polipropileno supraponeurótica. Paciente evoluciona de forma favorable, teniendo cuadro de rectorragia autolimitada y siendo dado de alta al sexto día posoperatorio.

**Discusión:** La herniación o evisceración precoz en trocar laparoscópico es una entidad poco frecuente, sin embargo, su detección debe ser lo más precoz posible y debe considerarse como posible diagnóstico ante cualquier alteración del curso normal posoperatorio. La reparación con malla es la técnica de elección, incluso si se realiza resección intestinal. Para evitar dichas complicaciones en cirugía laparoscópica, se recomienda cierre de puertos de trocar, especialmente mayores de 10 mm, incluso colocación de malla profiláctica en aquellos pacientes con factores de riesgo.