



www.elsevier.es/cirugia

O-033 - REPARACIÓN AUTÓLOGA EN EVENTRACIÓN GIGANTE CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

R. Díaz Pedrero, F. Hernández Merlo, A. Minaya, P. Guillamot, D. Córdova, L. Diego, C. Vera, N. Aguado, A. Pedraza, F. Noguerales y F.J. Granell

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Objetivos: En los últimos años se ha producido un incremento evidente del uso de prótesis en la reparación de la pared abdominal. Sus beneficios sobre todo en lo que respecta a tasas de recidivas han llevado al cirujano a un uso mayoritario que es directamente proporcional al tamaño del defecto de pared abdominal. No obstante existen otra serie de inconvenientes que pueden conducirnos a emplear otras técnicas sin malla. En la presente comunicación se exponen imágenes, radiología así como videos resumen de la reparación autóloga de una eventración gigante en el que se asoció resección intestinal.

Métodos: Exponemos el caso de un varón de 73 años exfumador, hipertenso y dislipémico, EPOC, con hipertensión pulmonar idiopática. Intervenido hace 5 años de bypass aortocoronario, con sustitución de aorta ascendente y válvula aórtica. En 1994 le realizan una laparotomía media exploradora por abdomen agudo. Es reintervenido en dos ocasiones más por eventración de línea media. La eventración recidiva nuevamente, adquiriendo un importante volumen. Desestimado en varios hospitales para cirugía, acude a urgencias de nuestro hospital derivado por su médico de atención primaria, por presentar ulceraciones extensas en la piel. A la exploración se trata de una eventración gigante de más de 35 cm de diámetro, en línea media lateralizada a la derecha, que ha perdido el derecho a domicilio.

Resultados: El paciente fue sometido a cirugía. El contenido del saco herniario consistía en gran parte de intestino delgado, la totalidad del colon derecho y epiplón. El anillo herniario resulta ser de unos 20 × 15 cm, con varios anillos de menor tamaño adyacentes. El resto de la pared se encontraba en buen estado. La reducción total de las vísceras abdominales conllevaba una restricción severa a nivel respiratorio ya de por sí alterada, así como un cierre a tensión de la pared abdominal, por lo que se optó por la resección intestinal, realizando una hemicolectomía derecha. Una vez resecado el colon y teniendo disecado el anillo herniario se procedió a reparar el defecto mediante una separación de componentes con dos incisiones longitudinales bilaterales paralelas a las líneas semilunares a nivel de fascia de oblicuo externo, asociando asimismo una técnica de Welti-Eudel, con dos incisiones longitudinales en vaina anterior de los rectos, con refuerzo de la línea alba y medialización de los rectos anteriores del abdomen. Cierre por planos de subcutáneo y piel. El paciente evolucionó de manera satisfactoria.

Conclusiones: El cierre autólogo mediante la separación de componentes es una alternativa factible y segura en la cirugía de eventraciones gigantes en las cuales los tejidos lo permiten. A pesar de tener un mayor índice de recidiva a largo plazo frente a la reparación con prótesis, presenta una serie de ventajas cuando se tiene en cuenta otros factores (dolor, infección crónica, aparición de seroma, reintervención...). Si además se asocia

cirugía con eventual contaminación, existe un mayor beneficio frente a la utilización de material protésico dados los riesgos de colonización bacteriana por este último.