



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-082 - REPARACIÓN DE PARED ABDOMINAL CATASTRÓFICA TRAS CIRUGÍA DE ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE, MEDIANTE COLOCACIÓN DE MALLA DE PERICARDIO BOVINO

de la Torre González, Francisco Javier; Martínez-Piñeiro Muñoz, Juan; Hernández García, Miguel; Martínez Torres, Beatriz; Pereira Pérez, Fernando

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: La reparación de la pared abdominal resulta en ocasiones sumamente difícil debido a defectos musculares, a mala calidad de sus tejidos o infección de los mismos. La utilización de mallas ha facilitado el trabajo del cirujano en los casos en que la reparación con los propios tejidos del paciente resulta imposible.

Caso clínico: Presentamos la historia de un paciente de 49 años de edad que consulta por dolor abdominal, fiebre y aparición de tumoración dolorosa en hipogastrio, con pérdida de peso de 6 Kg en un mes. En estudios de imagen se aprecia tumoración abcesificada que engloba asas de intestino delgado, pared abdominal y uraco, y que fistuliza a piel. Con el diagnóstico de presunción de cáncer de uraco complicado, se intervino quirúrgicamente, practicándose extirpación en bloque de línea media de pared abdominal, incluyendo ombligo, parte de los músculos rectos abdominales y una masa inflamatoria que englobaba 40 cm de íleon terminal. La anatomía patológica de la pieza reveló intestino delgado perforado y con signos de presentar afectación por enfermedad de Crohn. Al mes de la cirugía el paciente comenzó a presentar fistulas enterocutáneas que fueron haciéndose múltiples, en espumadera, a pesar de tratamiento con imurel e infliximab. Tras un año y medio de curas y teniendo que portar una bolsa recolectora de contenido intestinal, se decide reintervención en uno de los momentos de ligera mejoría clínica. Se realiza laparotomía media, extirpación de la piel fistulosa. Tras disección dificultosa de asas, se localiza el origen de la fístula en un asa de íleon, ayudándonos de la inyección de azul de metileno a través de las bocas cutáneas de la fístula en piel. Se realiza extirpación de trayecto fistuloso, piel y segmento de íleon. Ante la práctica ausencia de plano muscular anterior y presentar un territorio infectado de partes blandas por la fístula; se realiza cierre de plano peritoneal y colocación de malla de pericardio bobino retromuscular, con aproximación parcial de restos de músculos rectos. El paciente evolucionó favorablemente cerrando completamente los defectos de piel a los 3 meses de la intervención y manteniendo una perfecta consistencia de pared abdominal, sin eventraciones al año de la intervención.

Discusión: La utilización de mallas biológicas como la de pericardio bovino, pueden ser útiles en el cierre de paredes abdominales con defectos musculares y/o infección de tejidos.