



P-473 - UTILIDAD DEL EPIPLÓN MAYOR EN LA RECONSTRUCCIÓN DE GRANDES DEFECTOS DE LA PARED ABDOMINAL EN SITUACIONES ESPECIALES

Pardo Aranda, Fernando; Muñoz, Emilio; Millán, Laura; Puértolas, Noelia; Rada, Arantxa; Veloso, Enrique

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Resumen

Objetivos: La buena tolerancia a la infección de las mallas de polipropileno (PP) hacen de este material una buena opción en ambientes quirúrgicos contaminados o sucios. Inconvenientes como la formación de adherencias, la inclusión de la malla en la pared intestinal y las fistulas al entrar en contacto con el intestino pueden evitarse interponiendo entre el intestino y la malla una plastia de epiplón cuya capacidad de peritonización, así como sus propiedades inmunológicas y angiogénicas son bien conocidas.

Métodos: Durante los últimos 12 años hemos tratado 21 pacientes con grandes defectos de pared abdominal que imposibilitaban su cierre primario. Teniendo en cuenta esto, hemos utilizado plastias de epiplón reforzadas con malla de polipropileno supraaponeurótica para la reparación de defectos de la pared abdominal sin posibilidad de cierre primario, dando lugar a una estructura sustitutoria del defecto mural con la resistencia apropiada y sin los inconvenientes potenciales del contacto directo entre el PP y el intestino.

Resultados: De los 21 pacientes, 14 eran varones y 7 mujeres, con una edad media de 65 años (50-85). La cirugía llevada a cabo fue: cirugía urgente contaminada o limpia contaminada en 8 pacientes, cirugía urgente sucia en 5 pacientes, cierre de laparostomías tras síndrome compartimental abdominal en 4 pacientes, sustitución de mallas de PTFE infectadas en 2 pacientes, tras recurrencia repetida en un paciente y sobre incisión de apendicectomía complicada con una fistula cecal en otro paciente. 19 eventraciones estaban originadas en laparotomías medias, un caso en una incisión de apendicetomía y otro una eventración multirecidivada paraestomal (urostomía) tratada mediante malla de PTFE. La superficie de los defectos de pared se calcularon asumiendo una morfología elipsoide y midiendo la longitud craneo-caudal y horizontal antes de colocar la plastia de epiplón. La superficie media de los defectos de pared fue de 220 cm² (95-553), tamaño que tal vez explique las reticencias a la reparación electiva de muchos de estos pacientes debido a su elevada comorbilidad. El defecto de pared fue cerrado con una plastia omental reforzada con una malla de PP anclada con una doble sutura del mismo material. En 17 casos se pudo cerrar la piel y se dejaron drenajes aspirativos. La morbilidad postoperatoria referida a la técnica fue del 19%: 1. Desinserción parcial de una malla 2. Hematoma de herida quirúrgica 3. Infección de una malla mal posicionada. 4. Necrosis parcial de piel y tejido subcutáneo en el cierre de una laparostomía en un paciente con síndrome de hipertensión abdominal. El seguimiento medio fue de 38 meses (3-96) y se diagnosticaron dos recidivas de eventración: una debida a la desinserción parcial de la malla y otro tras la resección parcial de una malla arrugada e infectada. No se han identificado ningún caso de fistula intestinal ni oclusión.

Conclusiones: La combinación de la plastia de epiplón mayor para el aislamiento visceral y las mallas de PP de refuerzo constituyen una opción a tener presente en la reparación de grandes defectos de la pared

abdominal, contaminados o sucios.