



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-591 - EVENTRACIÓN CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO DE LARGA EVOLUCIÓN. ¿QUÉ HACER ANTE UNA COMPLICACIÓN URGENTE?

Alegre, Cristina; Supelano, Guillermo; Nevado, Cristina; Gutiérrez, Marta; García-Villar, Óscar; Brandariz, Lorena; Caso, Óscar; Yuste, Pedro

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Una de las principales complicaciones a medio-largo plazo tras una cirugía abdominal es la aparición de una eventración, que se produce hasta en el 9-20% de los pacientes intervenidos, siendo la obesidad uno de los principales factores de riesgo. Ante eventraciones complejas con pérdida de derecho a domicilio existen diferentes técnicas para su reparación como la separación de componentes o el uso de neumoperitoneo preoperatorio progresivo, pero, ¿qué hacer ante una situación urgente en la que no nos podemos permitir la realización de ninguna de estas técnicas dada la mala situación del paciente?

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 53 años con bajo nivel sociocultural, obesa con IMC de 42 kg/m² y dislipémica, que presenta eventración tras cesárea hace 10 años realizándose una primera eventroplastia con malla de PTFE. Posterior recidiva con incarceration 7 años más tarde que requirió reintervención con colocación de nueva malla de PTFE y cierre primario de perforación intestinal. Retirada de malla un año después por presencia de colecciones e intolerancia. Recidiva posterior con eventración en evolución y pérdida de derecho a domicilio, conteniendo la práctica totalidad del paquete intestinal y el colon. La paciente acude a urgencias con distensión abdominal y disminución del tránsito realizándose TC donde se objetiva eventración gigante con colección de 7 × 7,4 × 5,2 cm compatible con absceso, decidiéndose ingreso y manejo con antibioterapia y reposo digestivo. Mala evolución con necrosis epidérmica de flanco derecho y fístula enterocutánea que obliga a intervenirla de forma urgente. Se evidencia eventración con completa retracción de musculatura y aponeurosis, defecto de pared de unos 30x20cm y abundante líquido entérico con plastrón que engloba 2 metros de intestino delgado con varias perforaciones a distintos niveles, procediéndose a su resección, incluyendo el ciego dada su cercanía a la válvula ileocecal, con anastomosis ileocólica. Dado el gran defecto de la pared, la contaminación peritoneal y el estado séptico de la paciente, se decide el cierre del tejido subcutáneo y de la piel. La paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dada de alta en el 10º día postoperatorio. En la actualidad está pendiente de valorar cirugía reconstructiva de la pared abdominal.

Discusión: Las eventraciones presentan una alta incidencia y su evolución sin un manejo adecuado, en pacientes con comorbilidad asociada, puede comprometer gravemente su vida. A pesar de las múltiples técnicas descritas para la reparación de eventraciones con pérdida de derecho a domicilio, existen situaciones de urgencia en las que una mala evolución y situación del paciente nos impiden su empleo.