



V-021 - RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL Y REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN DE LÍNEA MEDIA Y PARAOSTOMAL MEDIANTE SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES CON PRESERVACIÓN DEL TRANSVERSO: UNA INDICACIÓN CONTROVERTIDA

Blázquez Hernando, Luis¹; Robín del Valle Lersundi, Alvaro²; San Miguel Méndez, Carlos²; López Monclús, Javier³; García Ureña, Miguel Ángel²

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital de Henares, Coslada; ³Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: No es infrecuente que pacientes que van a ser intervenidos para reconstruir el tránsito intestinal presenten una eventración asociada, en ocasiones de gran tamaño. Combinar ambos procedimientos aumenta la incidencia de complicaciones y dificulta su manejo por lo que es controvertido que hacer con estos pacientes. La decisión final va a depender, entre otros factores, del tamaño de la hernia (que permita o no un cierre primario) y de la experiencia del cirujano.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de obesidad, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca crónica, que en enero de 2017 es intervenida de una diverticulitis aguda perforada, realizándose una intervención de Hartmann. La paciente desarrolla una eventración de línea media y una eventración paraostomal sintomáticas (M1-M4, L2 W3; paraostomal grado IV). Presenta un IMC de 30,7. En el TAC preoperatorio muestra un defecto de más de 12 cm de ancho. Se realiza una optimización preoperatoria con fisioterapia respiratoria y pérdida de 7 kg de peso. La paciente es intervenida de forma programada, encontrándose además de las eventraciones conocidas, un intenso cuadro adherencial. Tras una adhesiolisis completa se identifica el muñón rectal, se reseca la colostomía y se realiza una anastomosis término-terminal con grapadora circular. Tras esto se realiza una disección retrorectal bilateral y una separación posterior de componentes con preservación del transverso y liberación completa de la hoja posterior de la vaina de los rectos. Se cierra la hoja posterior y se reconstruye la pared abdominal con una técnica de doble malla (APPROACH): Malla biorreabsorbible (BioA®) como refuerzo de hoja posterior y una malla de polipropileno de peso medio y poro ancho en posición preperitoneal fijada cranealmente a hojas posteriores y caudalmente a ambos ligamentos de Cooper. Se realiza cierre completo de la hoja anterior en línea media, quedando pequeño defecto en el orificio ostomal de 4 × 3 cm que se cubre con restos del saco. En el postoperatorio inmediato la paciente presenta una descompensación de su fibrilación auricular previa que es controlada con antiarrítmicos. Es dada de alta a los diez días de la cirugía, si presentar ninguna complicación intraabdominal ni en la herida quirúrgica.

Discusión: Los pacientes que van a ser intervenidos de reconstrucción del tránsito intestinal y presentan una eventración asociada son pacientes de manejo difícil, que en muchas ocasiones requieren asociar una reconstrucción compleja de la pared abdominal. Es necesario que sean atendidos con cirujanos con amplia experiencia en pared abdominal compleja y en el manejo de sus complicaciones.