



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-544 - REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN YUXTAILÍACA SECUNDARIA A EXTRACCIÓN PARA INJERTO DE CRESTA ILÍACA CON PRÓTESIS DE POLIPROPILENO: ANCLAJE TRANSÓSEO

de Castro Marinas, Mar; Larraz Mora, Elena; Morales Artero, Sonia; Zorzo Godes, Carlos; Calvo Serrano, Montserrat; Martín Prieto, Libertad; Cereceda Barbero, Pablo; Díaz Conradi, Ramón

Hospital Universitario El Escorial, San Lorenzo de El Escorial.

Resumen

Introducción: Las hernias secundarias a extracción para injerto de cresta ilíaca son extremadamente raras. A veces se confunden o se describen como hernias lumbares, pero su etiología es distinta. La reparación puede ser complicada, dado que uno de los bordes del defecto herniario es óseo. Diferentes técnicas han sido utilizadas para reparar este tipo de eventraciones, incluyendo el abordaje laparoscópico. Presentamos un caso de reparación abierta transósea, fijando una prótesis de polipropileno al remanente residual de cresta ilíaca.

Caso clínico: Paciente de 56 años con antecedentes de extracción de injerto de cresta ilíaca izquierda. Aproximadamente al año se aprecia tumoración herniaria por encima de la cicatriz que aumenta de tamaño con la bipedestación y se reduce con el decúbito supino. No refiere molestias locales. En la radiografía simple de abdomen, se aprecia presencia de gas por encima del defecto óseo de la cresta ilíaca. En el TAC con contraste se objetivan asas de intestino delgado incluidas en un saco herniario. La paciente es sometida a intervención quirúrgica, colocándola en posición de decúbito lateral derecho. El abordaje se realizó sobre la antigua cicatriz. El saco herniario fue disecado, encontrando la apertura del mismo contenido con asas de intestino delgado, sin adherencias. Uno de los límites del saco herniario fue el hueso ilíaco, el cual se liberó con periostotomo. La amplitud del orificio herniario fue de unos 3×5 cm. El saco herniario fue cerrado e invaginado. El hueso ilíaco fue sometido a perforación con motor y aguja de Kirschner de 2,5, generando varios orificios, con el fin de poder pasar puntos de polipropileno. A continuación, una prótesis de polipropileno de 10×10 cm. fue fijada al reborde óseo tras pasar por la misma los puntos de sutura, siendo fijada la prótesis, por la otra vertiente, al borde del músculo transversos y oblicuo menor. Colocación de una segunda prótesis de polipropileno de 10×10 cm fijada a periostio y a la aponeurosis del oblicuo mayor con puntos de polipropileno del 0. Se dejó un drenaje aspirativo entre la segunda prótesis y la fascia del oblicuo mayor. El período postoperatorio de la paciente transcurrió sin complicaciones, con retirada del drenaje aspirativo a los seis días de la cirugía. La revisión al año fue normal, no observando ninguna zona de relajación en la zona intervenida.

Discusión: Las reparaciones de hernias incisionales con reborde óseo presentan dificultad para la fijación del material protésico. La fijación transósea como la realizada en el presente caso creemos que es más segura que otros métodos, como el empleo de tornillos o helicofixaciones descritos en la literatura.