



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-418 - ¿CÓMO MANEJAR UN EVENTRACIÓN MAGNA CON PÉRDIDA DE DERECHO DOMICILIO?

*Pastor Peinado, Paula; Oto, Diego; Bajawi, Mariam; Molina Villar, José Manuel; Porrero Guerrero, Belén; Blázquez Hernando, Luis Alberto*

*Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** Las eventraciones con pérdida de derecho a domicilio suponen un desafío para el cirujano y requieren una óptima preparación preoperatoria del paciente y una gran experiencia en el manejo operatorio. Presentamos el caso clínico de un paciente que por su complejidad permite una exhaustiva revisión de las distintas medidas necesarias para tratar este tipo de hernias.

**Caso clínico:** Paciente de 61 años que consulta por eventración de gran tamaño y supuración crónica. El paciente era fumador, diabético e hipertenso. Intervenido inicialmente de una hernia umbilical, fue intervenido en tres ocasiones más por recidivas sucesivas, y en otras dos por infección crónica y fístula enterocutánea. En el momento de la consulta el paciente presentaba una eventración magna M1-M5 W3 con supuración activa a través de dos orificios fistulosos y un índice de masa corporal (IMC) de 42,3. El TAC de planificación de pared abdominal mostraba una gran eventración con un diámetro transversal del defecto de 23 cm y un índice de Tanaka de 92%. El paciente recibió apoyo psicológico y farmacológico para dejar de fumar. Se implantó un balón intragástrico durante un año, consiguiendo una discreta pérdida de peso de 12 kg. Se controló la diabetes consiguiendo una hemoglobina glicosilada de 5,6. Se controló la supuración crónica con antibioterapia dirigida preoperatoria. Se administró toxina botulínica seis semanas antes de la intervención y trece días antes se colocó catéter para realizar neumoperitoneo progresivo insuflando 12.400 cc de aire ambiente. Finalmente se intervino quirúrgicamente encontrando un defecto de 27 × 35 cm y una pérdida de derecho a domicilio que requirió, para reducir las vísceras a la cavidad abdominal y de forma sucesiva, la realización de: separación posterior bilateral (Madrid modification of TAR); omentectomía; separación anterior bilateral; hemicolectomía derecha. Tras estas maniobras se pudo cerrar completamente la hoja posterior, se reconstruyó con técnica de doble malla preperitoneal (BioA y polipropileno) quedando un defecto en hoja anterior con diámetros máximos de 6 × 18 cm. El paciente se extubó a las 12 horas de la cirugía y permaneció dos días en la UCI. Presentó inicialmente una discreta insuficiencia respiratoria que se manejó con oxigenoterapia. Fue dado de alta al 16º día posoperatorio sin presentar ninguna otra complicación.

**Discusión:** La pérdida de derecho a domicilio es una entidad difícil de tratar, que para ser abordada con éxito requiere de un abordaje multidisciplinar y de un grupo quirúrgico con experiencia en el tratamiento de la pared abdominal compleja ya que puede requerir la adopción de medidas extremas que deben ser sopesadas juiciosamente.