



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-047 - HERNIAS COMPLEJAS DE LA PARED ABDOMINAL POR DEFECTO ÓSEO ASOCIADO. ¿EN LOS LÍMITES DE LO POSIBLE?

Juste Escribano, Carlota¹; Porrero Guerrero, Belén¹; Robín Valle del Lersundi, Álvaro²; Molina Villar, José¹; Muñoz Rodríguez, Joaquín³; López Monclús, Javier³; García Ureña, Miguel Ángel²; Blázquez Hernando, Luis¹

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

Resumen

Introducción: Las hernias incisionales con defecto óseo asociado son, afortunadamente, infrecuentes, pero suponen un desafío quirúrgico por la falta de estructuras a las que anclar las mallas y por la dificultad o imposibilidad para conseguir un solapamiento adecuado. Presentamos nuestra experiencia con pacientes que, tras extirpación de parte del componente óseo del anillo pélvico, presentan la aparición de un defecto grande en la pared abdominal con considerable afectación de la calidad de vida.

Métodos: Análisis retrospectivo de una base de datos de pared abdominal compleja.

Resultados: Se encuentran 6 pacientes intervenidos desde 2018-2023 de un total de 572. Las principales características de los pacientes se presentan en la tabla 1. Tras optimización preoperatoria los pacientes son abordados con una incisión sobre el defecto intentando realizar una disección preperitoneal y retroperitoneal amplia que, en la mayoría de las ocasiones, precisa de la liberación del músculo transverso (TAR). En gran parte de los casos se usan fijadores óseos para poder anclar la malla; solo en uno de ellos con un defecto relativamente pequeño no fue necesario. La reconstrucción la realizamos con una técnica de doble malla (BioA y polipropileno) en posición preperitoneal-retromuscular, como es habitual en la cirugía de pared abdominal compleja en nuestro grupo. La estancia media fue de 11 días. Tres pacientes presentaron seroma, requiriendo drenaje dos de ellos. No hubo ningún otro evento del sitio quirúrgico. No hemos detectado recidivas tras un seguimiento medio de 18 meses.

Tabla 1

		IMC	CEDAR	Comorbilidades	Origen defecto óseo	Tipo de hernia	EHS
Caso 1	M 69a	22,8	11%	HTA, cardiopatía, anticoagulación	Resección de cresta iliaca (injerto óseo)	Lateral	L3W2

Caso 2	H 64a	25,5	13%	Hepatopatía crónica	Resección de cresta iliaca (injerto óseo)	Lateral	L3W3
Caso 3	H 56a	38	53%	DBT, HTA, EPOC	Hemipelvectomy (sarcoma)	Medial + lateral	M5W3, L1W3
Caso 4	M 70a	-	42%	-	Resección de cresta iliaca (injerto óseo)	Lateral	L4W3
Caso 5	H 57a	24,9	21%	HTA, EPOC, Fumador	Resección de cresta iliaca (injerto óseo)	Lateral	L3 W3
Caso 6	H 78a	32,4	35%	HTA, Cardiopatía	Resección de iliaco (sarcoma)	Medial + lateral	M4-M5 W3, L3W3

Tabla 2

	Técnica quirúrgica	Fijadores óseos	Tiempo ex	Estancia	Complicaciones locales	Otras complicaciones	Seguimiento	Recidiva
Caso 1	Disección preperitoneal	No	90´	4 días	No	No	48 meses	No
Caso 2	TAR lateral	Sí	195´	7 días	Superficial, drenaje	No	19 meses	No
Caso 3	TAR lateral	Sí	340´	23 días, 24h en UCI	Superficial, drenaje	TEP, I. respiratoria	17 meses	No
Caso 4	TAR unilateral	Sí	300´	6 días	No	No	14 meses	No
Caso 5	TAR lateral	Sí	190´	6 días	No	No	6 meses	No

Caso 6	TAR bilateral	Sí	250´	21 días, 6 en UCI	Superficial, no drenaje	Fallo respiratorio	2 meses	No
-----------	---------------	----	------	----------------------	----------------------------	-----------------------	---------	----

Conclusiones: El abordaje preperitoneal con una disección retroperitoneal muy amplia y el uso de fijadores óseos permite solucionar hernias incisionales complejas asociadas a defectos óseos; resultando fundamental la fijación ósea para abordar este tipo de defectos. La morbilidad asociada al procedimiento es razonable. A corto plazo, no hemos encontrado recidivas.