



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-120 - REPARACIÓN DE UNA EVENTRACIÓN COMPLEJA A TRAVÉS DE UN DEFECTO ÓSEO PÉLVICO TRAS EXÉRESIS DE UN CONDROSARCOMA

Rodríguez Loring, Nicolás María¹; Porrero Guerrero, Belen²; Muñoz Rodríguez, Joaquín³; Molina Villar, José Manuel²; López Monclús, Javier³; García Ureña, Miguel Ángel⁴; Fernández Cebrián, José María²; Blázquez Hernando, Luis²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ³Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; ⁴Hospital Universitario del Henares, Coslada.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 78 años que como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, hipercolesterolemia y como antecedentes quirúrgicos se realizó una exéresis de un condrosarcoma iliaco izquierdo en 1995 con colocación de prótesis de cadera, la cual fue recambiada en el año 2000 y, posteriormente, intervenida en múltiples ocasiones por infecciones repetidas de la misma. Finalmente, extracción de la prótesis y realización de un colgajo tipo VRAM, finalmente quedando la paciente con esa extremidad inutilizable. A la exploración presenta un abdomen con múltiples cicatrices. Una eventración de línea media con un defecto de gran tamaño y un saco herniario en la raíz del muslo izquierdo, por el que la paciente se encuentra muy sintomática, con alternancia en el hábito defecatorio, tenesmo rectal, digestiones pesadas y un dolor intenso en la raíz del muslo. Presenta un IMC 29,2 y una escala CeDAR 30%. En la tomografía computarizada se evidencia una eventración en la cara lateral de la raíz del muslo por defecto en la articulación coxofemoral izquierda y eventración en hipogastrio. Ante los hallazgos descritos y la persistencia de sintomatología, se indicó cirugía. Un mes antes de la misma, se administró toxina botulínica. Se realizó eventroplastia tipo TAR con una disección retroperitoneal muy extensa, con colocación de malla BioA y de polipropileno retromusculares, ayudado de fijación ósea en la cresta iliaca superior y rama iliopubiana. En el posoperatorio inmediato, a los pocos días, la paciente presenta una insuficiencia respiratoria con necesidad de gafas nasales de alto flujo recuperando precozmente sin mayores agravios. Es dada de alta en el 10º día posoperatorio, con retirada previa del drenaje. En el seguimiento en consulta externa, se realiza una TC de control donde no se objetivan recidiva herniaria ni alteraciones anatómicas. Al margen de la insuficiencia respiratoria resuelta de forma conservadora, no hubo otras complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias destacables. La estancia hospitalaria fue de 10 días. El resultado fue favorable, mejorando notablemente la calidad de vida de la paciente.

Discusión: Las eventraciones complejas tras cirugías de resección ósea, y más aun con posoperatorios tortuosos, suponen un gran declive en la calidad de vida de los pacientes y un gran desafío para el cirujano. Por ello es necesario una valoración integral en una unidad de cirugía de pared abdominal compleja para ofrecer la mejor solución posible, que pasa por disección retroperitoneal muy extensa, incluso por el empleo de fijación ósea.