



P-529 - DESAFIANDO LOS LÍMITES: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA EVENTRACIÓN CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

Nieto Romero de Ávila, Gema María; Veleda Belanche, Sandra; Estébanez Peláez, Guillermo; González de Godos, Andrea; García Álvarez, Carla; Martín Barahona, Ignacio; Galán Raposo, Lourdes; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: Las eventraciones con pérdida de derecho a domicilio representan un desafío quirúrgico de alta complejidad debido al desequilibrio entre el volumen del contenido herniado y la capacidad de la cavidad abdominal, lo que incrementa significativamente el riesgo de complicaciones perioperatorias. Su abordaje requiere una estrategia multimodal preoperatoria dirigida a optimizar el estado del paciente, reducir la tensión del cierre y favorecer una reconstrucción anatómica y funcional de la pared abdominal.

Caso clínico: Varón de 70 años con antecedente de intervención de Hartmann por dehiscencia de anastomosis colorrectal, que desarrolla una hernia incisional gigante en línea media (clasificación EHS: M3-M5W3), con separación de músculos rectos superior a 20 cm, pérdida de derecho a domicilio, atrofia cutánea y un colgajo cutáneo-adiposo abdominal de gran tamaño. La tomografía computarizada evidenció un volumen intraabdominal de 8.760 cc y un volumen del saco herniario de 4.914 cc, con un índice de Tanaka del 56%. Como parte del protocolo de prehabilitación, se administró toxina botulínica en los músculos laterales del abdomen bajo guía ecográfica, cuatro semanas antes de la intervención. Posteriormente, se instauró neumoperitoneo progresivo (NPP) mediante colocación de un catéter venoso central intraabdominal guiado por ecografía, alcanzando un volumen total de 13 litros de aire insuflados de forma gradual durante 15 días. Se realizó separación posterior de componentes preservando el saco herniario, reinserción del estoma en flanco izquierdo y colocación de una malla biosintética en contacto con el peritoneo, seguida de una malla de polipropileno de 50 × 50 cm en plano retromuscular. Además, se implantó una malla supraponeurótica a modo de puente y se realizó dermolipectomía de necesidad. El paciente no desarrolló síndrome compartimental abdominal y requirió terapia de presión negativa (TPN) incisional por infección superficial de la herida quirúrgica.



Discusión: La combinación de toxina botulínica y NPP ha demostrado ser una estrategia eficaz en el manejo preoperatorio de hernias complejas, permitiendo una elongación de los músculos laterales y una expansión progresiva del continente abdominal. La técnica de separación de componentes permite una reparación anatómica que restaura la funcionalidad de la pared abdominal. El empleo de mallas en planos estratégicos mejora la integridad estructural y disminuye el riesgo de recurrencia. Por su parte, la TPN constituye una herramienta útil tanto en la prevención como en el tratamiento de complicaciones infecciosas de la herida quirúrgica, favoreciendo una cicatrización adecuada.