



P-564 - EVENTRACIÓN EN PACIENTE CIRRÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

López Guzmán, Romina; Sánchez Randulfe, Jacobo; Blázquez Hernández, Luis Alberto; Porrero Guerrero, Belén; Perea Fuentes, Inés; Juste Escribano, Carlota; Hamdan Carnerero, Carolina; Fernández Cebrián, José María

Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid.

Resumen

Caso clínico: Paciente cirrótico en lista de trasplante hepático con eventración periumbilical con sacos de gran tamaño que condicionaron ulceración de la piel y filtrado de líquido ascítico. Discutimos la estrategia en el tratamiento de eventraciones en pacientes cirróticos recordando la necesidad de preacondicionamiento y explicamos, como gracias al pequeño tamaño de los defectos se pudo realizar un cierre primario con sutura-malla evitando el uso de malla convencional que suponía riesgo de sobreinfección. Varón 65 años. DM2, dislipemia, cirrosis enólica incluido en lista de trasplante hepático. MELD de 11 en última revisión. Ascitis refractaria e hidrotórax de difícil control por lo que se colocó TIPS en 2020. Encefalopatía. Trombosis completa de porta izquierda. Varices esofágicas sin HDA. Hernioplastia umbilical urgente sin resección hace años por incarceración. Valorado por unidad de cirugía para la pared compleja. TC de pared 7/2024: "Hernia periumbilical con saco gigante de contenido líquido". Se decide preacondicionamiento con inyección de toxina botulínica. El 14/4/25 ingresa desde urgencias por filtrado abundante de líquido ascítico a través de piel ulcerada que recubre el saco herniario con sobreinfección de la misma. Inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam y es valorado por equipo de gastroenterología-trasplante hepático para preacondicionamiento. Se descarta realización de paracentesis y se mantiene control con albúmina y diurético. Presentando piel de mínimo espesor con úlceras sobreinfectadas y filtrado de ascitis persistente pese a adecuado control médico, se decide intervenir de forma programada para reparación de la pared abdominal. En la cirugía se objetiva eventración periumbilical con 3 defectos pequeños. M3W1 2 × 8 cm y sacos magnos, úlcera cutánea de gran tamaño. Tras el aislamiento de los defectos se abre el saco aspirando 10,5 l de ascitis purulenta. Se realiza extirpación de los sacos objetivando que, frente al grandísimo tamaño de los mismos, los defectos permiten cierre primario. Teniendo en cuenta las características del paciente y la ascitis se decide evitar reparación con malla, realizando cierre primario con sutura-malla de PDO en dos planos. Posteriormente dermolipectomía con exéresis de todas las úlceras. El resultado de los cultivos del líquido fue sorprendentemente estéril mientras que en las úlceras cutáneas se aisló SAMR y *E. faecalis*. Hasta la fecha sin complicaciones en la integridad de la pared abdominal ni infecciones.

Discusión: La debilidad de la fascia y la musculatura abdominal debida a la desnutrición y la presión ejercida por la ascitis favorecen la formación y el crecimiento de las eventraciones en cirróticos. Múltiples estudios han recogido las grandes tasas de complicaciones y recidiva en la cirugía de pared abdominal de estos pacientes. Tradicionalmente se recomendó un enfoque de *watch and wait* operando solo las complicaciones. A día de hoy mejoras en la técnica quirúrgica y, especialmente, en el preacondicionamiento, han disminuido las complicaciones por lo que se recomienda cirugía electiva que presenta datos significativamente mejores que la cirugía urgente en mortalidad, estancia hospitalaria y recurrencia. Evitar introducir cuerpos extraños en este paciente parece lógico. En ese sentido la sutura-malla PDO en doble plano permitió en este caso un

cierre primario seguro de los defectos.