



## P-519 - NEUMOTÓRAX SECUNDARIO A NEUMOPERITONEO PROGRESIVO POR PREHABILITACIÓN DE HERNIA ABDOMINAL COMPLEJA

Ruiz Moreno, Cristina; Alaez Chillarón, Ana Belén; Ruiz García, Pablo; Merino Sanz, Nuria; Martín Fernández, Jesús

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias complejas se ha demostrado que afectan negativamente en la calidad de vida de los pacientes; ya sea por dolor o riesgo de complicación. El tamaño del defecto y las características de la hernia en muchas ocasiones nos obligan a la prehabilitación de la pared para poder ofrecer una cirugía con mayor tasa de éxito y en muchas ocasiones nos permite la realización de una cirugía menos agresiva.

**Caso clínico:** Mujer de 43 años con antecedentes de histerectomía con doble anexectomía en 2023 por endometriosis y hernioplastia umbilical preperitoneal posterior. Acude a consulta de cirugía por eventración M2-4 W3 con eje transverso de 11 cm y sospecha de pérdida de derecho a domicilio por lo que se decide solicitar TAC abdominal en Valsalva. En dicho TAC se confirma hernia con pérdida de derecho a domicilio con un volumen de cavidad abdominal de 4093cc y un volumen de saco herniario de 3.713 cc que condiciona un índice de Tanaka del 91%. Por todo ello se decide la prehabilitación de pared abdominal con toxina botulínica un mes antes de la intervención y la colocación de catéter intrabdominal en punto de palmer para la realización de neumoperitoneo progresivo (11,8 L calculados). Tras la insuflación ambulatoria de 5 L de aire ambiente durante ocho días la paciente comienza con disnea de mínimos esfuerzos, se realiza Radiografía de tórax con hallazgo de neumotórax completo derecho y se coloca un drenaje endotorácico derecho.

Posteriormente mejoría clínica con resolución de neumotórax por lo que se decide mantener cerrado drenaje endotorácico hasta la cirugía y cese de insuflación del neumoperitoneo. Se realiza la cirugía siete días después, realizando una eventroplastia RIVES STOPPA con TAR bilateral y colocación de malla Ventralight de 20 x 24 cm retromuscular. Imposibilidad de cierre de aponeurosis anterior por elevada tensión a pesar de administración de toxina botulínica preoperatoria, por lo que se realiza cierre parcial aponeurótico y se coloca malla de polipropileno supraponeurótica. Durante posoperatorio se retira el drenaje endotorácico y como complicación desarrolla un serohematoma retromuscular y dehiscencia cutánea de tercio superior de laparotomía que se maneja de forma conservadora con curas en consultas externas con buena evolución posterior.

**Discusión:** La prehabilitación de la pared abdominal de las hernias complejas aunque es necesaria en muchos casos y ha demostrado su eficacia y seguridad, no está exenta de riesgos. En la mayoría de los casos estos riesgos suponen complicaciones menores en relación a reacciones locales cutáneas, pero no debemos olvidar que pueden producirse complicaciones graves.