



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-570 - TÉCNICA QUIRÚRGICA SECUENCIAL PARA EVENTRACIÓN COMPLEJA EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA

*Tamayo Webster, David Esteban; Otalora Mazuela, Leire; Castrodá Copa, David; Pascual Gallego, Miguel Ángel; Oubiña García, Raquel; Costas Fernández, Verónica; López Goye, Sara; Parajó Calvo, Alberto Eduardo*

*Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.*

### Resumen

**Introducción:** Las eventraciones complejas en pacientes con obesidad mórbida constituyen un desafío para el cirujano por la elevada tasa de complicaciones y de recidiva tras su reparación. Actualmente existe controversia en el tratamiento de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica que concomitantemente presentan hernias complejas. Se ha planteado el manejo en un único tiempo con cirugía bariátrica y reparación simultánea de la pared, sin embargo, se ha descrito hasta un 25-40% de recurrencias según diversos estudios. Exponemos el caso de una paciente con obesidad mórbida y hernia con pérdida de derecho a domicilio manejada con cirugía bariátrica en un primer tiempo quirúrgico, y reparación diferida del defecto de la pared abdominal.

**Caso clínico:** Mujer de 46 años con obesidad mórbida con IMC inicial de 52,2Kg/m<sup>2</sup>. A la exploración física presenta una eventración voluminosa en línea media, supraumbilical, irreductible. Se realiza TC abdominal con hallazgo de un defecto herniario con protrusión de colon transverso, yeyuno distal e íleon proximal y medio, con volumen herniado mayor del 20% con respecto a cavidad abdominal. Se determina una eventración compleja M3-W2-R0 con pérdida derecha a domicilio. Se presenta caso con las Unidades de Bariátrica y Pared y dado que la paciente está asintomática desde el punto de vista de la eventración, se decide realizar en un primero tiempo cirugía bariátrica y diferir la reparación de la pared abdominal. Se realiza gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. Un año después de la cirugía bariátrica la paciente presenta IMC de 27 Kg/m<sup>2</sup>. Se propone reparación de eventración y dermoliposucción asociada. Se realiza nuevo TC abdominal para reevaluación de diámetros y volúmenes. La eventración presenta un Índice de Tanaka > 25% por lo que se realiza preparación preoperatoria de la pared abdominal con infiltración de toxina botulínica y neumoperitoneo quirúrgico. En TC abdominal posterior a prehabilitación de pared se evidencia reducción de diámetro transverso de la hernia y reducción parcial de asas intestinales a cavidad abdominal. Se realiza eventroplastia de Rives con cierre primario de fascias posteriores y colocación de malla de polipropileno de 35 × 12 cm en espacio retrorrectal; se completa la intervención con dermoliposucción de necesidad. El posoperatorio transcurre sin incidencias, siendo dada de alta tras 7 días de ingreso. En seguimiento la paciente se encuentra asintomática, sin datos de recidiva en la exploración física y resultado estético satisfactorio.

**Discusión:** Según la evidencia actual, la eventroplastia simultánea a la cirugía bariátrica presenta más complicaciones y mayor tasa de reintervención. Con el tratamiento quirúrgico secuencial se puede asegurar una mayor pérdida de peso que permita una reparación más eficaz de la pared, y disminuir de esta manera las complicaciones posoperatorias.