



VC-123 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO UTILIZANDO LOS FUNDAMENTOS LIRA DE HERNIA VENTRAL Y LATERAL EN UNA CICATRIZ DE LAPAROTOMÍA DE MAKUUCHI

Licardie, Eugenio¹; Moreno-Suero, Francisco²; Navarro-Morales, Laura³; Balla, Andrea¹; Curado-Soriano, Antonio¹; Naranjo-Fernández, Juan R.¹; Morales-Conde, Salvador¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ³Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Una de las principales complicaciones a medio y largo plazo tras la cirugía abdominal es la aparición de una eventración en el sitio quirúrgico, que puede ocurrir en el 9-20% de los pacientes operados, por múltiples factores de riesgo. Una de las grandes ventajas del abordaje laparoscópico de una eventración es poder valorar adecuadamente la cavidad abdominal y manejar adecuadamente las adherencias en dicho contexto.

Caso clínico: Hombre de 69 años con dos intervenciones previas por politraumatismo con trauma cerrado de abdomen importante siendo intervenido de forma urgente y posteriormente de hernia diafragmática por vía abierta con colocación de malla. El paciente tiene una cicatriz de una incisión de Makuuchi y acude a la consulta por una hernia incisional de 4-5 cm, a la exploración, en el giro de la incisión en "J", la cual crece y le molesta. Se le solicita una TAC en el que se evidencia varias hernias de línea media y 1 umbilical, siendo la hernia mayor de 5 cm de diámetro trasverso, también se evidencia una importante solución de continuidad en la parte derecha de la pared abdominal de 13 cm de longitud. Se propone para intervención programada planificado un abordaje de eventroplastia realizando la técnica de aponeuroplastia de recto intracorpórea por laparoscopia (LIRA) para reparar ambos defectos de la pared. Realizamos abordaje laparoscópico explorando la cavidad hallando múltiples adherencias fuertes de epiplón, hígado e intestino delgado y 4 defectos en línea media supraumbilical, siendo el mayor de 4 cm de diámetro, estando el superior a 2-3 cm del xifoides, hernia umbilical de 1 cm de diámetro y varios defectos lateral pequeños por debilidad subcostal. Iniciamos realizando adhesiolisis muy laboriosa. Posteriormente se inicia realizando la aponeuroplastia del LIRA a 1 cm del borde medial del recto. Se realiza cierre del defecto de 15 cm con 2 suturas de Maxon-loop[®]. Posteriormente se procede a realizar una eventroplastia siguiendo los fundamentos de la aponeuroplastia del LIRA, que consiste en realizar las incisiones similares a las de LIRA convencional para plicar la fascia y luego cerrar con 1 Maxon-loop y con un V-loc[®] del 1 reforzando la zona de debilidad que queda entre las dos líneas de sutura. Área sin fascia en línea media de 8(t) × 15(v) cm. Área sin fascia lateral de 14 × 4 cm. Se introduce la malla de Ventralight[®] en línea media de 15 × 12 cm y la lateral de 14 × 6 cm se fijan con suturas helicoidales no absorbibles y absorbibles. Posteriormente se aplica cola de fibrina para sellar los bordes de la malla. Paciente es dado de alta a las 24 horas de la intervención sin datos de complicaciones ni recidiva al año de seguimiento.

Conclusiones: Creemos que el abordaje mínimamente invasivo transabdominal de las eventraciones de pared abdominal es factible y aporta las ventajas de la laparoscopia además de poder explorar adecuadamente toda la cavidad. Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes para obtener resultados más concluyentes.