



## P-484 - EVENTRACIÓN POR DEFECTO COMPLETO DEL COMPONENTE MUSCULO APONEURÓTICO DE UN ÁREA DE LA PARED ABDOMINAL: UN RETO PARA EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

Butrón Vila, Teresa; Pastor Altaba, Daniel; Romero Otero, Javier; Moreno Bargueiras, Alejandro; Martínez Pozuelo, Almudena; Guadarrama González, Francisco Javier; Martínez Pueyo, José Ignacio; Cabezón Hedo, Mª Angeles

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Los defectos de pared abdominal tras pérdida de parte del componente músculo aponeurótico abdominal por diferentes etiologías suponen un reto y su manejo suele requerir de equipos multidisciplinares para su total resolución. Presentamos un caso con una evolución de 17 años y 3 intervenciones.

**Caso clínico:** Mujer de 49 años con antecedentes de tumoración inflamatoria de pared abdominal que incluía anejo derecho 17 años antes, fue intervenida con resección completa de pared abdominal en FID de  $14 \times 13$  cm. y anexectomía y reconstrucción de defecto con triple malla (PTFEe Peritoneal mesh (Gore®) 0,1 mm + malla de polipropileno de poro pequeño + malla de PTFEe Dual mesh (Gore®)). 10 años después supuración por 1/3 externo de cicatriz que se mantuvo en el tiempo como infección crónica con reagudizaciones. Requirió nueva intervención para retirada de todas las mallas 3 años después, quedando pared con tejido neoformado. En la revisión anual no se objetivo eventración. Tras cuadro de depresión y ganancia de 10 kg, a los 2 años notó abultamiento progresivo en FID hasta la actualidad. Exploración peso 116,5 Kg, talla 175 cm, IMC 38. Abdomen péndulo, cicatriz transversa a nivel de pubis. Eventración en FID con orificio de  $10 \times 8$  cm (L3W2) por ausencia de musculatura y saco de  $20 \times 15$  cm conteniendo asas. Fue valorada de forma conjunta con los cirujanos plásticos y se programó intervención con posibilidad de realizar colgajo del complejo fascia lata. Intervención: incisión transversa que incluye dermolipectomía de 15 cm de ancho. Eventración con defecto de  $15 \times 15$  cm en flanco y FID, con vejiga muy adherida a plano fibroso pélvico, se produjo apertura de cúpula vesical en el intento de alcanzar el espacio de Rezius, se reparó con sutura en 2 capas. Creación de espacio preperitoneal llegando a espacio de Bogros derecho y en lado izquierdo se sobrepasa todo el músculo recto. Se dejó colgajo lateral derecho de saco herniario. Se reparó con malla bioabsorbible BIO A (Gore®) de  $25 \times 20$  cm preperitoneal rodeada de malla de polipropileno poro medio (Parietene) fijada a síntesis de pubis y ligamento de Cooper derecho y rodeando el borde lateral de la malla de BIO A. Recubrimiento de malla de polipropileno con el colgajo lateral de saco. En el área del defecto y sobre el colgajo del saco, se coloca otra malla de BIO A de  $10 \times 12$  cm; de esta forma en el área del defecto queda una triple capa de mallas en sándwich: BIO A-polipropileno-BIO A. Resección en bloque de parte inferior abdominal en exceso, extirpación de grasa debajo de fascia de Scarpa. Se dejaron 2 drenajes y vendaje compresivo. No fue necesario el uso del colgajo de fascia lata. Evolución favorable, retirada de sonda vesical a los 12 días y drenajes a los 18 y 22 días. En seguimiento a los 6 meses, ausencia de eventración y buen resultado estético.

**Discusión:** El manejo de eventraciones por defectos parciales de pared abdominal requiere de equipos multidisciplinares que planeen la intervención previamente y que permitan que se haga con un resultado favorable para los pacientes.