



P-502 - OCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON DEFECTO COMPLEJO DE PARED ABDOMINAL. CIRUGÍA EN UN SOLO TIEMPO

Pena, Romina; Baanante, Juan Carlos; Otero, Ana; Martínez, Alberto; Ginesta, César; Espert, Juan José; Lacy, Antonio María
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: Descripción de un caso de oclusión intestinal por neoplasia de ángulo esplénico en paciente con eventración gigante con pérdida de domicilio por antecedente de trasplante hepático. Hemicolectomía derecha con anastomosis primaria y reparación simultánea de defecto complejo de pared abdominal mediante separación de componentes en un mismo tiempo quirúrgico.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 71 años, antecedente de trasplante hepático en 2005 por VHC y enolismo, que acude al Servicio de Urgencias por síndrome tóxico y pérdida de peso (10 Kg en dos meses). Ingresa en nuestro centro, evidenciando elevación de reactantes de fase aguda y CEA. Se realiza TAC abdominal, con hallazgo sugestivo de neoplasia subocclusiva a nivel de ángulo esplénico con trabeculación de la grasa adyacente e importante distensión retrógrada del colon. Se evidenció el colon transverso ocupando el interior de un gran defecto incisional en línea media, continuando con el colon ascendente y ciego dentro de un segundo defecto, conteniendo además, asas de intestino delgado y líquido libre. Se procede a realizar una fibrocolonoscopia urgente, colocando una prótesis colónica no recubierta bajo control radiológico. Se realiza preparación colonia con solución Böhm. 72h más tarde, el paciente es llevado a cirugía. Se realiza laparotomía suprainfraumbilical sobre la eventración para acceder a la cavidad abdominal, hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis ileocólica laterolateral mecánica primaria y se deja drenaje aspirativo. Posteriormente se procede a la reparación de la pared abdominal mediante resección del saco herniario, separación de componentes (músculos transversos y aponeurosis posterior de rectos abdominales), colocación de malla de Vicryl subaponeurótica y malla de polipropileno retromuscular con dos drenajes. Finalmente se realiza resección de piel redundante con abdominoplastia en T invertida. El tiempo quirúrgico fue de 244 minutos. El paciente presenta infección respiratoria en el postoperatorio mediato, precisando ingreso en UCI con incubación orotraqueal por fallo respiratorio y antibioticoterapia endovenosa. Evoluciona favorablemente, consiguiendo su extubación sin incidencias y paso a sala de hospitalización convencional, tolerando la reintroducción progresiva de la dieta. El estudio anatomo-patológico de la pieza reveló un adenocarcinoma invasivo de tipo intestinal, moderadamente diferenciado, catalogado finalmente como T3N0M0. Fue dado de alta a los 20 días. Actualmente se encuentra libre de enfermedad, asintomático y con resultado funcional y estético satisfactorio.

Discusión: La reparación de pared abdominal en el mismo tiempo que la cirugía de resección urgente es factible, siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan, ofreciendo un tratamiento quirúrgico definitivo y evitando así una segunda intervención.