



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-505 - REPARACIÓN DE EVISCERACIONES COMPLEJAS MEDIANTE TÉCNICA DE DOBLE MALLA Y ANCLAJE COMÚN

Gamero Huamán, Jean Carlo; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Valera Sánchez, Zoraida; Domínguez Amodeo, Antonio; Curado Soriano, Antonio; Jurado Marchena, Remedios; Navarrete de Carcer, Enrique; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La reparación de la pared abdominal en evisceraciones complejas se plantea como un verdadero reto para el cirujano, donde en la presentación de evisceración completa en pacientes tras cirugía abdominal con asas exteriorizadas y con las características de pared abdominal adelgazada y escaso componente muscular, realizamos el cierre de pared mediante doble implante con prótesis con colocación IPOM de malla de baja densidad compuesta con cara visceral de colágeno con posterior cierre del peritoneo y colocación de malla de polipropileno de alta densidad onlay.

Métodos: Presentamos la técnica en seis pacientes con evisceración completa, tres mujeres tras cirugía de abdomen agudo obstructivo con resección intestinal y tres varones tras cirugía urológica. Pacientes con gran debilidad de pared y sin posibilidad de cierre primario por la gran separación aponeurótica donde reparamos mediante la colocación de malla compuesta con cara parietal de poliéster y visceral de colágeno a nivel IPOM con anclaje perimetral transparietal con material irreabsorbible y posterior cierre del peritoneo sobre la primera malla la cual cubre todas las vísceras y que puede estar en contacto con las mismas por la cara visceral de colágeno, implante posteriormente la segunda malla onlay de polipropileno de alta densidad, que se fija con los cabos del anclaje de la primera malla IPOM, realizando una fijación común transparietal de ambas y de este modo que implante onlay soporta la presión abdominal. Realizamos control de la presión intraabdominal.

Resultados: Evolución favorable de los pacientes, sin aumento de la presión intraabdominal y sin necrosis de piel. En cuatro casos seroma que preciso apertura parcial del cierre de piel y con evolución favorable con curas.

Conclusiones: Mediante el implante de ambas mallas, la colocada en plano IPOM de baja densidad protege y cubre las vísceras, el cierre del peritoneo cubre la primera malla y con el implante de la malla de polipropileno de alta densidad onlay al realizarse un anclaje transparietal común soporta la presión abdominal. La exposición de la malla de polipropileno tras seroma o infección de herida no supone problemas para la cura y granulación sobre malla de polipropileno. Realizamos esta técnica en pacientes con evisceración completa, con exteriorización de asas, gran separación aponeurótica, con paredes débiles y adelgazadas y donde el cierre con doble malla no crea tensión en exceso con un posible aumento de la presión intraabdominal.