



www.elsevier.es/cirugia

P-518 - TRANSPOSICIÓN DE VOLUMEN: TÉCNICA PARA EL ABORDAJE DE LA EVENTRACIÓN GIGANTE CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

Oehling de los Reyes, Hermann; Pérez Lara, Javier; Sanchiz Cárdenas, Elena; Hernández González, José Manuel; Oliva Muñoz, Horacio

Hospital de Antequera, Antequera.

Resumen

Introducción: La reparación de la hernias laparotómicas gigantes con pérdida del derecho a domicilio es compleja, en especial si el paciente presenta alteraciones cardiorrespiratorias, pues una reparación con tensión puede empeorar sus problemas. No existe una técnica ideal y tampoco consenso acerca de cuál aplicar. Exponemos un método que llamamos técnica de transposición de volumen, y lo empleamos para no empeorar el volumen pulmonar.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años, AP de dislipidemia, síndrome ansioso depresivo, RTU por neo de próstata, neumonectomía izquierda por ca. de pulmón y apendicectomía, que es valorado por presentar hernia laparotómica gigante. FEV1 (volumen espiratorio máximo 1 segundo) de 1.225 ml (52% del valor normal FEV1). Preoperatoriamente mediante TAC calculamos el volumen de la hernia. Se asume que el saco herniario es cilíndrico, terminando en 2 semielipses y empleamos la fórmula: Volumen = $(? \times d \times e \times f) + (4/3 ? \times a \times b \times c)/2$. El primer paréntesis sería el volumen de un cilindro donde d y e serían los radios de las bases y f la altura. El segundo paréntesis sería el volumen de una semielipse, donde a corresponde al radio largo, b el radio corto y c es la mitad de la altura. Utilizamos una malla de Proceed® para contener el volumen herniario previamente calculado, y se colocó sin tensión, con la superficie precisa para no incrementar la presión intrabdominal. Una vez resecado el saco, se midió el defecto abdominal, siendo ésta la base del cilindro y la semielipse la formaría la malla ya colocada. Calculamos entonces la altura necesaria para conseguir el volumen calculado de la hernia. La malla se fijo con doble corona de sutura irreabsorbible, la primera situada en el borde del defecto herniario y la segunda corona en la fascia, a unos 2 cm más allá del defecto. La malla se coloca sin tensión y adopta la forma del cilindro previamente calculado, acomodando así el volumen contenido en la hernia.

Resultados: Postoperatorio satisfactorio, monitorización de la saturación de O₂ en niveles normales y alta a los 4 días. Se realizó TAC para confirmar que el volumen contenido en la malla fue el mismo que el calculado para el saco herniario. Tras 8 meses de seguimiento el paciente permanece asintomático y recurrencia.

Conclusiones: Son conocidas las alteraciones respiratorias que producen las hernias gigantes abdominales. Una reparación quirúrgica conllevaría fallo respiratorio por la elevación del diafragma y pérdida de volumen pulmonar. Se han propuesto así múltiples técnicas (neumoperitoneo progresivo, flaps musculoesqueléticos, separación de componentes, reparación en etapas). Nuestro propósito es calcular el volumen exacto eventrado mediante pruebas de imagen, y así, intraoperatoriamente calcular el tamaño del orificio y la

extensión de la malla para lograr ese volumen. Así el volumen intraperitoneal será el mismo después de la operación en un intento de evitar complicaciones respiratorias.