



V-009 - RESECCIÓN INTESTINAL Y TAR BILATERAL EN HERNIA INCISIONAL MULTIRRECURRENTE

San Miguel Méndez, Carlos¹; Melero Montes, Daniel¹; Robin Valle de Lersundi, Álvaro¹; Blázquez Hernando, Luis Alberto¹; López Monclús, Javier²; López Quindós, Patricia¹; González González, Enrique¹; García Ureña, Miguel Ángel¹

¹Hospital de Henares, Coslada; ²Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: La técnica de la liberación del músculo transverso, *transversus abdominis muscle release* (TAR), como parte de la cirugía mediante separación posterior de componentes (SPC), es cada vez más utilizada en el contexto de la cirugía de pared abdominal compleja, tanto en defectos de línea media como laterales. El uso de una malla reabsorbible en combinación con una malla permanente constituye una herramienta que puede ayudar a reforzar la pared en los casos más difíciles.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedentes de HTA y EPOC, además de una larga historia de cirugías de pared abdominal que comenzaron con dos reparaciones fallidas de hernia umbilical. Presentó múltiples recidivas e infecciones, que incluyeron la retirada de malla. En 2009 fue intervenido de una neoplasia de recto mediante resección anterior con colocación de una nueva malla por hernia ventral. Dos reparaciones más fueron intentadas sin éxito, la última de ellas mediante la colocación de una malla biológica. El paciente fue finalmente remitido a nuestro centro para tratamiento definitivo, en donde fue clasificado como una eventración compleja M1-5, W3 según la clasificación de la EHS (*European Hernia Society*), y grado III según la VHWK (*Ventral Hernia Working Group*). Se realizó un TAR bilateral con reparación mediante técnica de doble malla: combinación de mallas reabsorbible y permanente en posición retromuscular. La primera constituida por ácido poliglicólico con carbonato de trimetileno, y la segunda por polipropileno de poro ancho; con un tamaño de 50 × 50 cm y una densidad de 48 g/m² con tamaño mínimo del poro de 1,5 mm. Así mismo, se realizó resección intestinal con anastomosis debido al importante síndrome adherencial que presentaba en relación a las cirugías previas y el desarrollo de una fistula. El paciente fue dado de alta el 7º día postoperatorio sin registrar complicaciones. La revisión a los 18 meses de la cirugía evidenció una reconstrucción completa de la pared abdominal, sin signos de recidiva.

Discusión: La realización de un TAR bilateral mediante la combinación de mallas reabsorbible y permanente en posición retromuscular, permite lograr una reconstrucción completa de la pared abdominal tanto a nivel estructural como funcional en los casos más complejos.