



P-532 - TRATAMIENTO DE LA PARED ABDOMINAL CATASTRÓFICA: RESECCIÓN INTESTINAL COMO ALTERNATIVA ANTE EL FRACASO DEL NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO PROGRESIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Centeno Álvarez, Ana; Comas Isus, Jaume; Robres Puig, Joaquim; Pérez Calvo, Javier; Buqueras, Carmen; Vasco, M^a Àngels; Castellví Valls, Jordi

Consorci Sanitari Integral-Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: El tratamiento de la pared abdominal compleja es una cirugía complicada y que debe llevarse a cabo en unidades especializadas y por cirujanos expertos, ya que a menudo requiere de la realización de procedimientos asociados para poder llevar a cabo una reconstrucción satisfactoria.

Objetivos: La intención de este trabajo es presentar el caso de una paciente con una hernia primaria traumática con pérdida de domicilio a nivel de flanco derecho, que contiene hígado, colon ascendente y transverso y asas de intestino delgado.

Métodos: Se llevaron a cabo dos intentos de neumoperitoneo preoperatorio progresivo que conllevaron la aparición de neumotórax iatrogénicos masivos secundarios, debido a una sospechada comunicación traumática de cavidad abdominal con torácica a través del diafragma, por lo que se decidió reparación quirúrgica sin condicionamiento previo de la pared. La reparación se llevó a cabo mediante acceso lumbar, resección del saco y aproximación de la musculatura sana de la pared abdominal lateral, y mediante acceso desde línea media para reducción del contenido y reducción visceral. La cirugía requirió la resección del epiplón mayor y hemicolecctomía derecha ampliada de necesidad con posterior anastomosis ileotransversa. Se objetivó lesión diafragmática y desinserción parcial del mismo, lo que se reparó mediante malla compuesta intraperitoneal. Se coloca malla compuesta intraperitoneal cubriendo toda la pared lateral hasta retroperitoneo, accedido desde parietocólico derecho. Malla de polipropilene onlay lateral derecha fijada con doble corona de puntos sueltos de premilene a nivel del orificio y en la musculatura sana. Separación anterior de componentes izquierda y a nivel inferior derecha para aumentar la capacidad abdominal y permitir el cierre de la línea alba con malla de polipropilene onlay.

Resultados: La cirugía fue llevada a cabo sin complicaciones intraoperatorias. La paciente requirió el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos y reposición hidroelectrolítica intensa y soporte vasoactivo. No pudo ser extubada hasta las 12h p.o. debido a la congestión y al componente restrictivo asociados a la reintroducción del contenido del saco herniario en la cavidad abdominal, y tras la extubación requirió soporte respiratorio (ventilación mecánica no invasiva) y oxigenoterapia, que posteriormente se pudo retirar. La paciente presentó una buena evolución posterior, sin complicaciones locales a nivel de herida quirúrgica, y posteriormente se trasladó a un centro de convalecencia para fisioterapia respiratoria y recuperación funcional.

Conclusiones: Este caso ilustra la complejidad asociada a la reparación de este tipo de defectos de pared abdominal, y más asociados a la imposibilidad para practicar neumoperitoneo progresivo preoperatorio como método para aumentar la capacidad abdominal y evitar el síndrome compartimental postoperatorio. Del mismo modo, es un buen ejemplo de todas las técnicas disponibles para el tratamiento de los defectos complejos de la pared abdominal y de cómo su combinación no sólo es factible sino que proporciona un resultado satisfactorio en casos como éste.