



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-495 - ¿ES POSIBLE UN ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA CON UNA HERNIA INCISIONAL GIGANTE?

Rodríguez Cañete, Alberto; Fernández Galeano, Pablo; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Fernández Aguilar, Jose Luis; Montiel Casado, María Custodia; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** El tratamiento de la hernia ventral en pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica es controvertido. Aunque el objetivo ideal es la pérdida de peso previo a la reparación herniaria, muchos pacientes no lo consiguen, entre otros motivos porque no tienen acceso a la cirugía bariátrica. Algunos autores defienden la reparación herniaria durante el mismo acto quirúrgico, evitando la necesidad de una segunda intervención y reduciendo el riesgo de incarceration intestinal.

**Caso clínico:** Paciente varón de 48 años intervenido de sigmoidectomía por adenocarcinoma de colon descendente con IMC de 38 kg/m<sup>2</sup>. Fue evaluado en la Unidad de Pared abdominal por hernia ventral gigante proponiéndose pérdida de peso previo a la cirugía de la hernia. Se remitió a la Unidad Multidisciplinar de Cirugía Bariátrica con peso de 121 kg, IMC 40 y exceso de peso 45 kg, asociado a dos comorbilidades mayores (hipertensión arterial y diabetes tipo 2). En la exploración presentaba hernia laparotómica supraumbilical gigante con pérdida de derecho a domicilio y cambios tróficos en la piel inferior. El TC de abdomen mostró la presencia de gran hernia de pared abdominal anterior con orificio de 16 cm y saco herniario de 34 × 9 cm con contenido de asas intestinales. Se realizó gastrectomía vertical laparoscópica con punción directa con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo, y colocación de trócares en hemiabdomen superior. El primer trócar fue alojado en hipocondrio derecho para visualizar la cavidad abdominal y permitir el posicionamiento del resto de puertos de trabajo. Se pudo completar el procedimiento sin incidencias. A los 18 meses de seguimiento presentó pérdida del 55% del exceso de peso con IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> por lo que se decidió realizar eventroplastia por la Unidad de Cirugía de Pared con técnica de separación posterior de componentes (TAR) reduciendo el contenido de intestino delgado y colon. La reparación de la pared se completó con doble malla BioA y polipropileno. En la última revisión realizada 24 meses después de la cirugía bariátrica presentaba peso de 87 kg, IMC 28 y pérdida de 76% del exceso de peso. Se realizó TC de pared abdominal que comprobó ausencia de recidiva herniaria.

**Discusión:** Los pacientes obesos con frecuencia tienen hernias de pared abdominal complejas y tiene mayor predisposición a infección de herida y de recidiva herniaria. Se debe evaluar de forma minuciosa la presencia de síntomas asociados a la hernia y el riesgo de complicaciones para decidir realizar reparación simultánea o diferida. Aunque la recomendación es la reparación simultánea de hernias ventrales en el mismo acto quirúrgico que el procedimiento bariátrico cuando dentro del saco herniario hay vísceras encarceladas, en los casos de hernias de gran volumen puede diferirse su tratamiento hasta optimizar la pérdida de peso. El abordaje laparoscópico es el procedimiento de abordaje recomendado y la gastrectomía vertical la técnica que evita la manipulación de las asas intestinales incluidas en el saco.