



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-545 - TRATAMIENTO DE LA EVENTRACIÓN LUMBAR GIGANTE. REPARACIÓN CON TÉCNICA DE DOBLE MALLA

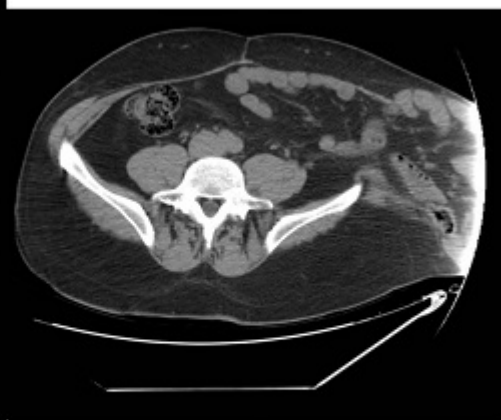
López Saro, Sara María; Berthe Kone, Ousmane; Domingo Ajenjo, María Teresa; Robayo Soto, Paúl Sebastián; Sedano Vizcaíno, Cristina; Gallardo Ortega, Andrés

Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa.

Resumen

Introducción: La hernia lumbar es un defecto de la pared abdominal poco frecuente. Representa menos del 3,5% de todos los casos. Se sitúa por debajo de la duodécima costilla a nivel superior, la cresta ilíaca a nivel inferior y el músculo oblicuo externo lateralmente. Se puede originar de forma primaria o secundaria. No hay una clara recomendación sobre cuál es la mejor opción quirúrgica. Es importante definir el tamaño del defecto herniario y la presencia de atrofia muscular para poder elegir el mejor abordaje posible ya sea por cirugía mínimamente invasiva o por cirugía abierta.

Caso clínico: Paciente varón de 36 años de edad que hace 18 años sufrió traumatismo abdominal por accidente de moto causándole peritonitis por perforación de víscera hueca, se le realizó de urgencia sigmoidectomía con colostomía y posteriormente una nueva intervención para reconstrucción del tránsito intestinal. Acude a consulta por eventración lumbar izquierda voluminosa de varios años de evolución que le impide realizar esfuerzo físico en el trabajo. A la exploración física: Peso 94 kg, talla 1,78 m, IMC 29,7 kg/m² presenta cicatrices de laparotomía media y en flanco izquierdo. Eventración lumbar izquierda voluminosa, palpándose el defecto desde el borde de la última costilla izquierda hasta la cresta iliaca y lateralmente desde los músculos rectos hasta la musculatura lumbar siendo un área aproximada de 12 × 15 cm de diámetro, correspondiente a una Hernia L4W3 de la Clasificación de la European Hernia Society. TC de abdomen: Se aprecia un importante adelgazamiento de la musculatura oblicua transversa izquierda, con una solución de continuidad de al menos 12 cm, a través del cual protruyen las asas intestinales de colon y de yeyuno. Se decide intervenir quirúrgicamente por vía abierta al tratarse de una hernia gigante en un paciente multioperado. Se realiza una hernioplastia lumbar en decúbito lateral derecho, se liberan las adherencias de intestino delgado y colon descendente reintroduciéndolas a la cavidad abdominal, se emplea malla composite (colágeno/prolene) de 22 × 25 cm en el plano preperitoneal superponiendo ampliamente al defecto herniario y fijando con sutura de prolene 2/0 a los tejidos musculares sin tensión. Se coloca una segunda malla de prolene en el plano supraaponeurótico de similares dimensiones y fijándola con puntos de sutura reabsorbible. Se dejan dos drenajes aspirativos en el plano subcutáneo. En el posoperatorio presenta como única complicación un hematoma subcutáneo que se controla con drenaje y hemostasia en quirófano. Es dado de alta al décimo día posquirúrgico. A los 6 meses de seguimiento no se evidencia recidiva herniaria.



Discusión: La elección de la técnica quirúrgica depende del tamaño de la hernia y de la presencia de atrofia muscular. Es aconsejable realizar una tomografía computarizada para planear la cirugía. En nuestro caso al tratarse de un defecto gigante con importante pérdida y atrofia muscular, el empleo de una técnica de doble malla o sándwich nos ha proporcionado una reparación parietal completa y libre de tensión.