



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-488 - EVENTRACIÓN COMPLICADA POR FISTULIZACIÓN DE APÉNDICE CECAL A *PLUG*: UN RETO TERAPÉUTICO

Domínguez Arroyo, Idoia; González Prado, Cristina; Sánchez Manuel, Javier; Muñoz Plaza, Nerea; Casaval Cornejo, Luis; Polanco Pérez, Lucía; Otero Rondón, Michelle; Cabriada García, Guillermo

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una paciente con obesidad mórbida y comorbilidades asociadas, que acude a Urgencias por complicación de eventración umbilical. El objetivo es conocer la importancia de la optimización preoperatoria y un abordaje quirúrgico adecuado en este tipo de pacientes.

Caso clínico: Mujer de 49 años que acude a Urgencias por supuración umbilical crónica, desde hace 10 años, tras hernioplastia de hernia epigástrica mediante Plug. Refiere franco aumento del débito de exudado umbilical desde hace 2-3 días, asociando dolor en la pared abdominal circundante. No fiebre ni sensación distérmica, ni otra clínica asociada. Estudiada hace 8 años en Consultas Externas por recidiva de 7 cm, con contenido de asas intestinales y sinus. Se indica cirugía, pero el estudio preoperatorio es no apto por parte de Anestesiología por mal control de comorbilidades: HTA, DM tipo 2 en tratamiento con insulina y obesidad mórbida. Posteriormente se pierde el seguimiento de la paciente, por lo que no es intervenida. A la exploración en Urgencias la paciente presenta gran faldón abdominal, con supuración espontánea de contenido purulento a nivel periumbilical, en gran cantidad, y empastamiento de toda la pared abdominal inferior. Analíticamente leucocitosis de 16.700, PCT 42,3. Se solicita TAC abdominal urgente en el que se describe eventración umbilical que contiene ciego e íleon distal, con plastrón inflamatorio asociado. Se evidencia absceso y colecciones líquidas, no pudiendo descartar perforación de asas dado que el plastrón engloba las mismas. Dados los hallazgos se decide realizar punción percutánea de colección intraabdominal, extrayendo abundante contenido purulento (> 1L), y se instaura tratamiento antibiótico con ciprofloxacino, linezolid y fluconazol. Tras cumplir tratamiento, disminuir débito a través de drenaje y evolucionar favorablemente, se decide intervención quirúrgica. Se realiza una incisión en huso entre ambas espinas ilíacas, abarcando la celulitis periumbilical y se disecciona todo el plano subcutáneo, rodeando el saco herniario hasta su cuello. Apertura controlada del mismo, liberando adherencias y comprobando que el apéndice se encuentra fistulizado con el *plug* de la cirugía previa, siendo el posible origen del absceso que presentaba la paciente. Se realiza apendicectomía, exéresis del tejido celular subcutáneo, cutáneo y saco herniario. Se repara el defecto, de aproximadamente 15 cm creaneocaudal y 8cm transversal, mediante eventroplastia retromuscular según técnica Rives-Stopppa, empleando una malla plana de polipropileno. La paciente es dada de alta, sin complicaciones inmediatas.



Discusión: Históricamente, el empleo de mallas de material no reabsorbible se ha evitado en el contexto de heridas contaminadas, debido a la teoría de que no facilitan el aclaramiento de las bacterias. En los años 2000 se introdujeron las mallas absorbibles con el objetivo de reducir las complicaciones posoperatorias. No obstante, los análisis sistemáticos recientes demuestran que es seguro emplear mallas no reabsorbibles en estos casos, e incluso que están asociadas a resultados más favorables a corto y largo plazo, resultando en una menor tasa de complicaciones del sitio quirúrgico, menos recidivas y una clara disminución de los costes.