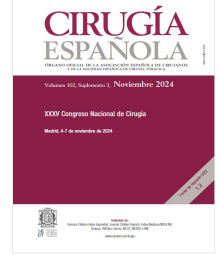




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-011 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA HERNIA VENTRAL ESTRANGULADA Y USO DE LA ANGIOGRAFÍA DE FLUORESCENCIA ICG EN CIRUGÍA DE URGENCIAS

Licardie, Eugenio¹; Moreno-Suero, Francisco²; Navarro-Morales, Laura³; Gómez-Menchero, Julio³; Morales-Conde, Salvador⁴; Balongo-García, Rafael⁵

¹Hospital Juan Ramón Jiménez, Quirónsalud Sagrado Corazón, Huelva; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ³Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ⁴Hospital Universitario Virgen Macarena, Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ⁵Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: Una de las principales complicaciones a medio y largo plazo tras una cirugía abdominal es la aparición de una eventración en el sitio quirúrgico, que puede ocurrir en el 9-20% de los pacientes operados, entre los factores de riesgo se encuentran el tabaco, EPOC, diabetes y la obesidad que es uno de los principales y más frecuentes factores. El abordaje mínimamente invasivo de las hernias de la línea media es actualmente una de las técnicas menos utilizadas en el ámbito de urgencias. Una de las grandes ventajas del abordaje laparoscópico de una hernia ventral (HV) estrangulada es poder valorar adecuadamente la viabilidad de las asas intestinales en dicho contexto. El uso de angiografía de fluorescencia de ICG (AF-ICG) puede ayudar a evaluar objetivamente la viabilidad intestinal y el adecuado aporte sanguíneo intestinal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de dos intervenciones previas de hernia umbilical por abordaje anterior, Con antecedentes de síndrome metabólico y obesidad mórbida (tipo III) con un IMC de 44. La paciente acude al servicio de urgencias con historia de un día de dolor abdominal relacionado con prolapso umbilical que no disminuía y que se había tornado con hiperemia y calor. Asimismo, la paciente refería clínica de obstrucción intestinal con vómitos y estreñimiento. Se le realizó una ecografía abdominal y posteriormente un TAC que mostró una diástasis de rectos y un HV de aproximadamente 4 cm que contenía un asa de íleon distal con signos de sufrimiento en el saco herniario y con líquido inflamatorio a ese nivel. Se realiza abordaje laparoscópico, inicialmente con aguja de Veress en el punto de Palmer y se introduce tres trócares en línea media axilar izquierda, se observa un HV con asas intestinales dilatadas y líquido inflamatorio en el interior del saco herniario; se reduce con maniobras atraumáticas con *graspers* y ayuda con compresión anterior de la pared abdominal. Se identifica un HV de línea media con un defecto de 4 × 5 cm (M3W1 - EHS). Se realizó el cierre directo del defecto con una sutura barbada no absorbible. Se realiza una adhesiolisis de la zona del defecto herniario para colocar adecuadamente la malla y posteriormente se coloca una malla de PVDF adaptada al defecto, asegurando un adecuado *overlap*, que se fija con suturas helicoidales absorbibles y pegamento de cianoacrilato. Posteriormente se identifica el asa intestinal afectada y se realiza AF-ICG para confirmar la adecuada viabilidad de las asas intestinales. Paciente es dada de alta a las 72 horas de la intervención, después de resolver un íleo paralítico, sin datos de complicaciones ni recidiva al año de seguimiento.

Discusión: Creemos que el abordaje mínimamente invasivo de las complicaciones de la pared abdominal en el ámbito de urgencias es factible y aporta las ventajas de la laparoscopia además de poder explorar adecuadamente toda la cavidad abdominal con el apoyo de la AF-ICG. Son necesarios más estudios con un mayor número de pacientes para obtener resultados más concluyentes.