

Recurso técnico inusual en una paniculectomía abdominal urgente en paciente superobeso



Unusual technical resource in an urgent abdominal panniculectomy in a super-obese patient

Cualquier cirugía en pacientes obesos mórbidos se asocia a una mayor incidencia de complicaciones como trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar, neumonía, necrosis grasa y dehiscencia de heridas¹. Por tales motivos, a estos pacientes se les resecta el faldón abdominal después de realizar la cirugía bariátrica con la normalización del índice de masa corporal (IMC). Pero cuando este faldón es tan grande que les limita su actividad diaria y se les plantea una paniculectomía abdominal explicándoles que hay una alta incidencia de complicaciones e incluso la muerte, en la mayoría de las ocasiones los pacientes asumen el riesgo. La intervención debe planificarse cuidadosamente y tener preparado en quirófano un dispositivo que permita elevar y suspender el faldón abdominal para poder disecar la grasa sin que esta obstruya continuamente el campo quirúrgico.

Presentamos el caso de un varón de 40 años obeso mórbido con un súper faldón abdominal (IMC: 61,73 kg/m²) que le llegaba hasta los tobillos (fig. 1).

En julio del 2017 acudió al Servicio de Urgencias por fiebre de hasta 38 °C, asociado a supuración maloliente por herida secundaria a necrosis distal del faldón abdominal. En la analítica destacaba 46.04 miles/mm³ leucocitos, 86,2% neutrofilia, coagulopatía y ácido láctico 4,9 mmol/l. Ante la imposibilidad técnica de realizar una tomografía computarizada reglada de urgencia por obesidad mórbida grado IV, se hizo la prueba de imagen con posición invertida,

con entrada de los pies para visualizar el contenido del faldón. Presentaba extensa celulitis y absceso de 25 × 13 cm en zona más distal del mismo, descartándose la presencia de una hernia inguinoescrotal. El paciente fue intervenido de forma urgente bajo anestesia general para drenar el absceso. Debido al estado de shock séptico por celulitis del faldón, a las 48 h se llevó a cabo una dermolipectomía abdominal de urgencia y para facilitar la técnica quirúrgica se utilizó una grúa que suspendía el faldón mediante un sistema de 4 suturas de Ventrofil® (BRAUN), que atravesaban la piel con 2 suturas cada extremo del faldón y se sujetaban a ambos brazos de la grúa (fig. 2).

La pieza quirúrgica pesó 24 kg y el paciente precisó ingreso durante una semana en la Unidad de Reanimación. Tras el alta a planta, presentó buena evolución con antibioterapia dirigida a cultivos (*Actinomyces turicensis*, *Phorfyomonas somarae* y *Pseudomona aeruginosa*). Sobre la herida quirúrgica se colocó la terapia de presión negativa PREVENA™ KCI durante 10 días para favorecer la cicatrización. Se retiraron los drenajes al 7.º y 11.º día tras la cirugía y el paciente fue dado de alta tras un mes de ingreso.

En noviembre del 2018, acudió nuevamente al Servicio de Urgencias por hernia umbilical incarcerada sin datos de obstrucción intestinal que requirió de una hernioplastia umbilical urgente. El paciente había engordado y presentaba de nuevo un súper faldón. En el séptimo día postoperatorio

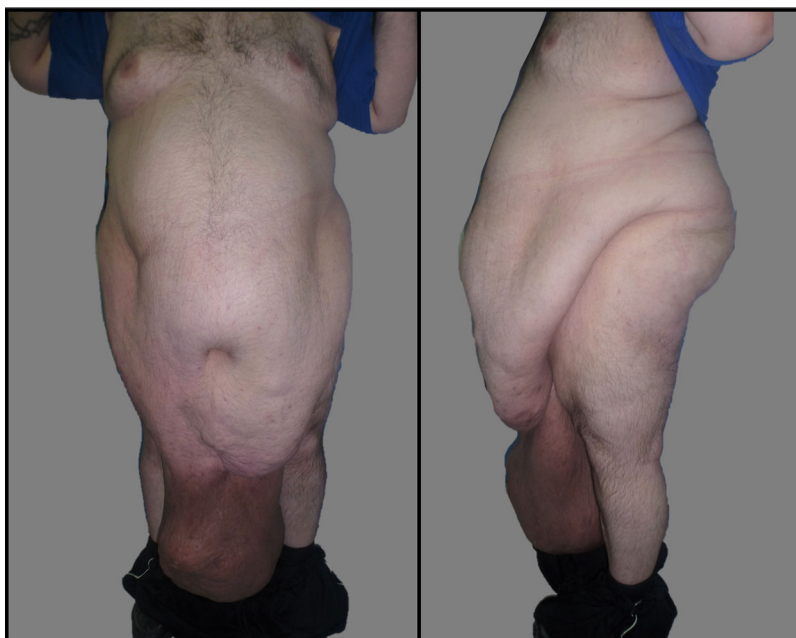


Figura 2 – Sistema de 4 suturas de Ventrofil® que se sujetan a la grúa para suspender el faldón.



Figura 2 – Leiomiosarcoma dependiente de vena gonadal derecha (flecha A) en íntima relación por cara posterior con uréter derecho tutorizado con catéter JJ (flecha B).

inició un cuadro de febrícula asociado a celulitis de región más distal del faldón abdominal. Las pruebas de imagen descartaron absceso asociado y tras el fracaso de tratamiento conservador mediante antibioterapia de amplio espectro, se decidió realizar una nueva dermolipectomía con la misma técnica de suspensión referida, pesando en esta ocasión la pieza 20,6 kg.

Hay descritos varios métodos para retraer el faldón abdominal y siempre en cirugía programada. Ollapallil et al.² describen una técnica con 2 clavos de Kuntcher que atraviesan el pániculo adiposo y lo sujetan con cadenas a una grúa, Gabilondo et al.³ utilizan un sistema de estribo-clavo que suspenden a poleas previamente instaladas al techo del quirófano para la intervención, Graf et al.⁴ usan un retractor específico: el Rultract Skyhook Surgical Retractor System (Rultract Inc., Cleveland, Ohio) y Fadel et al.⁵ utilizan un fórceps que se conecta al abdomen con una barra para elevarlo con una grúa.

En nuestro caso, la paniculectomía se llevó a cabo de urgencia y tuvimos que emplear los medios de los

de disponíamos en ese momento, como fueron la grúa para obesos y las suturas de Ventrofil® que atravesaban la piel a ambos lados del faldón y se sujetaban en los brazos de la grúa para elevarlo y movilizarlo. Consideramos que el método de suspensión que describimos se puede disponer en cualquier hospital, siendo efectivo porque soporta bien el peso sin desgarrar la piel y permite una buena movilización del faldón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown M, Adenuga P, Soltanian H. Massive panniculectomy in the super obese and super-super obese: Retrospective comparison of primary closure versus partial open wound management. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133:32–9.
2. Ollapallil J, Koong D, Panchacharave G, Butcher C, Yap B. New method of abdominoplasty for morbidly obese patients. *ANZ J Surg*. 2004;74:504–6.
3. Gabilondo FJ, Torrero V, Madariaga N. Obesidad mórbida: caso excepcional de reconstrucción de pared abdominal. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2006;32:209–18.
4. Graf A, Yang K, Hudak K., Kim N. Abdominal suspensión during massive panniculectomy: A novel technique and review of the literatura. *J Plast Reconstr Aesth Surg*. 2016;8:23–8.
5. Fadel MG, Chatzikonstantinou M, Gilchrist C, Andrews B. Panniculus morbidus: Obesity-related abdominal wall lymphoedema. *BMJ Case Rep*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-219023>. bcr-2016-219023.

Teresa Pérez de la Fuente^a, Lara Blanco Terés^b, Francisco Viamontes Ugalde^b [5_TD\$DIFF] y Alberto Gimeno^b

^aUnidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tepefu@yahoo.es (T. Pérez de la Fuente).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.09.002>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Leiomiosarcoma de vena gonadal derecha

Leiomyosarcoma of the right gonadal vein



Los leiomiosarcomas (LMS) primarios de origen vascular son tumores infrecuentes (1/100.000 tumores malignos), siendo la localización más frecuente la vena cava inferior (60%)¹⁻⁴. El

LMS primario de vena gonadal es una entidad muy rara, habiendo descritos en la literatura apenas una decena de casos^{2,5,6}.