



# Cirugía Española

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



## P-479 - CONSTRUYENDO UNA UNIDAD DE PARED COMPLEJA: NUESTRO PRIMER CASO CLÍNICO EN SOLITARIO

*Bregoli Rodríguez, Nicolás; Monje Salazar, Cristina; Buendía Peña, Emilio; Cabrera Bermón, Juan Manuel; Plata Pérez, Guillermo; Román de San Juan, Celia; Cañones Martos, María Luisa; de Luna Díaz, Resi*

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.*

### Resumen

**Introducción:** El manejo de la patología de pared abdominal compleja ha experimentado un gran avance, basado en nuevos abordajes quirúrgicos y en la innovación técnica. Para crear una Unidad de Pared Compleja es necesario un equipo multidisciplinar en el que además de cirujanos deben participar activamente radiólogos y anestesiastas, trabajando según protocolos implantados. Los principios básicos de reparación de hernias ventrales complejas son la optimización del paciente, el cierre fascial primario y el uso de mallas como refuerzo. Para la optimización del paciente hemos introducido dos procedimientos en la unidad, la inyección de toxina botulínica y el neumoperitoneo preoperatorio progresivo (NPP).

**Caso clínico:** Tras varios casos realizados bajo tutorización de compañeros expertos en la prehabilitación con NPP, presentamos nuestro primer caso en solitario. Mujer de 64 años, diabética, hipertensa, obesa, presenta hernia laparotómica M3W3R2 con pérdida de dominio (índice de Tanaka 28%), con saco herniario de 25 × 8 × 12 cm, que contiene intestino delgado, colon ascendente y epipión. La paciente fue intervenida previamente de hernia umbilical mediante herniorrafia y posteriormente hernioplastia con malla supraaponeurótica. Tras valoración positiva por Cardiología y Neumología, se procede a prehabilitación con toxina botulínica. A los 15 días se coloca catéter de NPP mediante técnica de Seldinger bajo sedación en quirófano. Permanece ingresada durante 72 horas para control de buena tolerancia a la insuflación. En los sucesivos días se continúa insuflando de forma ambulatoria hasta alcanzar 5.000 cc de aire (3 veces el volumen del saco herniario), con mínimas molestias a nivel interescapular y sin disnea. Tras prehabilitación, y previo a cirugía, se realiza TAC de control en el que se objetiva un descenso del índice de Tanaka hasta el 11%. Transcurridos 30 días tras la inyección de toxina botulínica, 15 días tras inicio de insuflación, se interviene a la paciente mediante realización de técnica de Rives derecho y liberación de músculo transverso del abdomen izquierdo (hemiTAR), consiguiendo un cierre fascial sin tensión que se cubre con malla amplia en el plano retromuscular. La paciente es dada de alta a las 48h sin complicaciones, y tras 4 meses de seguimiento no presenta signos de recidiva precoz.

**Discusión:** La creación de una unidad de pared compleja precisa de un equipo multidisciplinar y recursos hospitalarios que permitan la prehabilitación y el manejo de las posibles complicaciones derivadas de esta. Creemos que para determinadas técnicas quirúrgicas y procedimientos de prehabilitación es precisa la supervisión en los primeros casos por parte de cirujanos

experimentados.