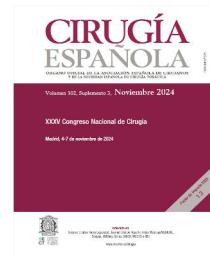




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-150 - EVENTROPLASTIA RETROMUSCULAR LAPAROSCÓPICA L2W2 TRAS IPOM

Ramón Rodríguez, Julen; de Armas Conde, Noelia; de Armas Conde, María; Puerta Hernández, Nieves Sara; Hernández Piñero, Yaiza; Lobo Machín, Irene; del Pino Monzón, José Miguel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: En los últimos años hemos asistido a un aumento del número de intervenciones quirúrgicas tipo IPOM para el tratamiento de las hernias de la pared abdominal, dada su sencillez y rapidez de realización. Sin embargo, la tasa de recidiva de las reparaciones con mallas intrabdominales es mayor que las que se alojan a nivel retromuscular, además de conllevar otro tipo de complicaciones como las lesiones de asas intestinales.

Caso clínico: Mujer de 70 años, sin antecedentes personales de interés, intervenida en 2018 de histerectomía y doble anexectomía mediante abordaje laparoscópico por un adenocarcinoma de endometrio. En 2019 es derivada a las consultas de cirugía por presentar un bultoma en la incisión quirúrgica del trócar de 11 mm utilizado en fosa iliaca izquierda. Por ello es intervenida mediante abordaje laparoscópico evidenciándose una eventración L2W2 y realizándose una eventroplastia tipo IPOM, con la colocación de una malla intrabdominal fijada con *tackers* metálicos. En 2024 la paciente acude a consultas refiriendo reaparición del bultoma doloroso en fosa iliaca izquierda al año de la intervención y crecimiento progresivo del mismo. A la exploración física se evidencia un bultoma de 7-8 cm en fosa iliaca izquierda, irreductible, confirmándose en el TAC una eventración recidivada L2W2 con epiplón incarcerado en su interior. Se reinterviene a la paciente mediante un abordaje laparoscópico, evidenciando recidiva herniaria y epiplón incarcerado. Se opta por un abordaje retromuscular, objetivando importantes adherencias musculares a los *tackers* metálicos y fibrosis de la malla previa. Tras la reducción del contenido herniario, se evidencia un defecto herniario de 5 cm de ancho. Se continúa la disección lateralmente para tener suficiente *overlap* de la malla y disminuir la tensión del cierre del defecto, separando el músculo transverso, del mismo modo que en la separación posterior de componentes, aunque estos planos estaban distorsionados debido a los *tackers* de la cirugía previa. Tras obtener un *overlap* suficiente se decide el cierre del defecto herniario mediante una sutura barbada del 0 de lenta reabsorción. Posteriormente, se coloca una malla de polipropileno de baja densidad y macroporosa en el espacio retromuscular disecado y se cierra el *flap* peritoneal. La paciente evoluciona de forma favorable, siendo dada de alta a las 24 horas de la intervención. Acude a la semana a consultas externas por presentar seroma de 8 cm y equimosis a nivel de fosa iliaca izquierda, sin evidencia radiológica de recidiva herniaria. Actualmente, es seguida en nuestras consultas con reabsorción parcial del seroma y sin presentar recidiva de la hernia.

Discusión: La reparación de las hernias de pared mediante la colocación de una malla a nivel

retromuscular ofrece mejores resultados que las mallas intrabdominales. La cirugía laparoendoscópica de la pared abdominal permite la colocación de mallas amplias en estos espacios, sin la necesidad de realizar grandes incisiones, aunque estos procedimientos tienden a ser más laboriosos que la reparación tipo IPOM.