



VC-133 - REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN M2-3-4 W2 CON MALLA FLAPP-CLEARMESH COMPOSITE: ALTERNATIVA A LA SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES

Molera Espelt, Antoni; Cambeiro Cabré, Lorena; Casado Ferreras, Irene; Espinet Blasco, Marina; Sala Vilaplana, Laia; Larrañaga Blanc, Itziar; Moral Duarte, Antonio; González López, José Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las eventraciones con defectos aponeuróticos de la fascia posterior de vaina de los rectos de gran tamaño representan un reto terapéutico para la cirugía de pared abdominal. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para solucionar este tipo de eventraciones, pero sin embargo, se tratan de procedimientos complejos con grandes disecciones y no exenta de complicaciones. Actualmente, existen nuevos tipos de mallas que podrían facilitar el tratamiento de esta patología, disminuyendo así la complejidad de este tipo de intervenciones.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón con antecedentes de HTA, DM2 y sobrepeso grado II. De antecedentes quirúrgicos destaca una diverticulitis aguda sigmoidea perforada con necesidad de realización de una sigmoidectomía vía laparotomía media y colostomía terminal en 2007. Al año de la cirugía, se reconstruyó el tránsito intestinal vía laparotomía suprainfraumbilical con colocación de una malla de polipropileno *onlay*. Actualmente el paciente presentaba una eventración de pared abdominal anterior M2-3-4, con contenido de asas intestinales y epiplón, que conformaba un 2,88% del volumen teórico global abdominal. En esta eventración existía una solución de continuidad entre bordes aponeuróticos (GAP) de 90 mm (W2). La vaina posterior de los rectos anteriores presentaba un defecto mayor que requería substitución. Ante estos hallazgos, se consideró al paciente tributario de tratamiento quirúrgico, previa instilación de toxina botulínica. En el procedimiento quirúrgico se realizó una laparotomía media suprainfraumbilical iterativa y se observó una eventración M2-3-4W2 bajo la antigua malla de polipropileno *onlay*. Se realizó una apertura del saco herniario y una liberación de las adherencias y de las asas intestinales. Se disecó completamente el espacio retromuscular según la técnica Rives-Stoppa y se cerró la fascia posterior dejando un GAP central de 5 cm. Se empleó una malla FlaPp-ClearMesh Composite de 30 × 40 cm fijando la capa interna (formada por una película de polipropileno que puede estar en contacto con las asas intestinales) al borde del defecto de la fascia posterior con una sutura continua de monofilamento de absorbible de larga duración. Este cierre se realizó sin tensión. Se colocó la capa exterior (formada a base de una malla macroporosa ligera) a nivel del espacio retromuscular anclada con puntos simples de monofilamento absorbible de larga duración. Posteriormente, se cerró la aponeurosis anterior con una sutura barbada de monofilamento absorbible de larga duración dejando un GAP anterior de 3 cm. Se colocaron dos drenajes aspirativos en espacio subcutáneo. Durante el posoperatorio el paciente evolucionó de forma favorable. Se retiraron los drenajes durante el ingreso y el paciente se

dio de alta sin incidencias al sexto día de la cirugía. Al mes y medio de la intervención, se visitó al paciente en consultas externas presentando una correcta recuperación sin evidenciar signos de recidiva.

Discusión: La utilización de la malla FlaPp-ClearMesh Composite representa una alternativa para eventraciones con defectos importantes de la aponeurosis posterior. El empleo de esta prótesis puede evitar la realización de técnicas complejas como la separación posterior de componentes. No se añadió morbilidad al paciente y se redujo la necesidad de separación de componentes posterior.