



VC-140 - TÉCNICA ALBANESE MODIFICADA EN EL TRATAMIENTO DE LA EVENTRACIÓN COMPLEJA

López de Lerma Martínez de Carneros, Clara¹; Ferrer Riquelme, Rafael Luis¹; Serrano-Navidad, Mónica¹; Lillo-García, Cristina¹; Armañanzas Ruiz, Laura Irene¹; Macía Román, José Joaquín¹; Cano, Carlos Alberto²; Arroyo Sebastián, Antonio¹

¹Hospital General Universitario, Elche; ²Hospital Pablo Soria, Elche.

Resumen

Introducción: Definimos eventración compleja como aquella que presenta un anillo aponeurótico > 10 cm, que sea recidivada (> 5 cm), multirrecidivada (> 2 recidivas) o que presente pérdida de derecho a domicilio (Índice Tanaka > 20%). Este tipo de eventraciones suponen un reto para el cirujano ya que precisan una propuesta quirúrgica más avanzada. Presentamos en este vídeo la técnica Albanese modificada con triple prótesis como una alternativa quirúrgica a propósito de un caso. Esta técnica presenta la ventaja de obtener una remodelación musculo-aponeurótica con un refuerzo con tres mallas para reconstruir la pared abdominal.

Caso clínico: Mujer de 72 años con antecedentes de HTA, DLP, gastritis, espondiloartrosis y cirugías abdominales previas: laparotomía por obstrucción intestinal, hernia de hiato laparoscópica y apendicetomía abierta, que es remitida por eventración epigástrica M1-M3W3 (según clasificación de la European Hernia Society). En TC abdominal con Valsalva se objetiva anillo herniario de 15 × 15 cm (diámetro trasversal y craneocaudal), saco herniario con contenido de estómago, colon trasverso e íleon e índice de Tanaka del 20%. Como medidas preoperatorias, se administra neumoperitoneo progresivo durante un mes (12 litros en total) asociando profilaxis antibiótica con cefuroxima 500 mg/12 h y profilaxis antitrombótica con HBPM 40 mg/24h. La técnica quirúrgica se inicia con un abordaje por línea media disecando todo el espacio celular subcutáneo. Posteriormente para llevar a cabo la remodelación musculoaponeurótica se realizarán tres incisiones de descarga: 1) La 1^a incisión se realiza en el músculo oblicuo externo (MOE) a nivel axilar anterior, con límite superior 2 cm por encima del reborde costal y límite inferior la espina ilíaca anterosuperior, confeccionando así un colgajo de dicho músculo. 2) La 2.^a incisión de descarga se realiza a nivel de la lámina anterior de la aponeurosis del músculo oblicuo interno (MOI), o fascia de Jalaguier-Bertola, obteniendo así una separación del recto abdominal del MOI. 3) La 3^a incisión de descarga la realizaremos en el borde medial del recto anterior del abdomen, disecando la vaina posterior con límite en los vasos epigástricos. Tras realizar estas incisiones de forma bilateral, se procede al cierre de la vaina posterior del recto con monofilamento 1 de absorción lenta y colocamos sobre la misma una malla de polipropileno que recubra el espacio retrorrectal de forma bilateral fijada con puntos cardinales y pegamento reabsorbible. Cerramos la vaina anterior con monofilamento 1 de absorción lenta. Posteriormente, suturamos el borde lateral del colgajo del MOE confeccionado previamente al borde lateral de la lámina anterior de la aponeurosis del MOI.

Finalmente, se colocan 2 mallas semilunares supraaponeuróticas fijadas al borde lateral de la lámina anterior de la aponeurosis del MOI y al MOE previamente seccionado. La paciente evoluciona favorablemente durante el seguimiento sin recidiva al año de la cirugía.

Discusión: Las eventraciones complejas suponen un reto quirúrgico para el cirujano. Mediante la técnica Albanese modificada obtenemos una remodelación musculo-aponeurótica para recuperar la integridad de la pared abdominal, asociando un refuerzo con triple malla ajustada utilizando menos material protésico que el empleado en otras técnicas de separación de componentes.