

Reparación de eventración mediana gigante con colocación de malla retromuscular prefascial.

Dr. Manuel Sanguinetti, Dr. Nicolás Muniz, Dr. M. Viola.

Departamento Clínico de Cirugía. Clínica Quirúrgica “B” Prof. Agdo. Dr. César Canessa.
Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay.

Introducción

Si bien la incidencia de las eventraciones postoperatorias ha disminuido con el advenimiento de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, éstas continúan siendo una complicación nada despreciable de la cirugía abierta, sobre todo luego de los procedimientos de urgencia. Las eventraciones las podemos clasificar según el tamaño del anillo en chicas (menos de 5 cm), medianas (5 a 10 cm), grandes (10 a 15 cm) y gigantes (más de 15 cm). Son estas últimas las que generan mayor dificultad a la hora de elegir el tipo de reparación. Describimos el cuadro clínico de un paciente joven portador de una eventración mediana gigante y su reparación.

Caso Clínico.

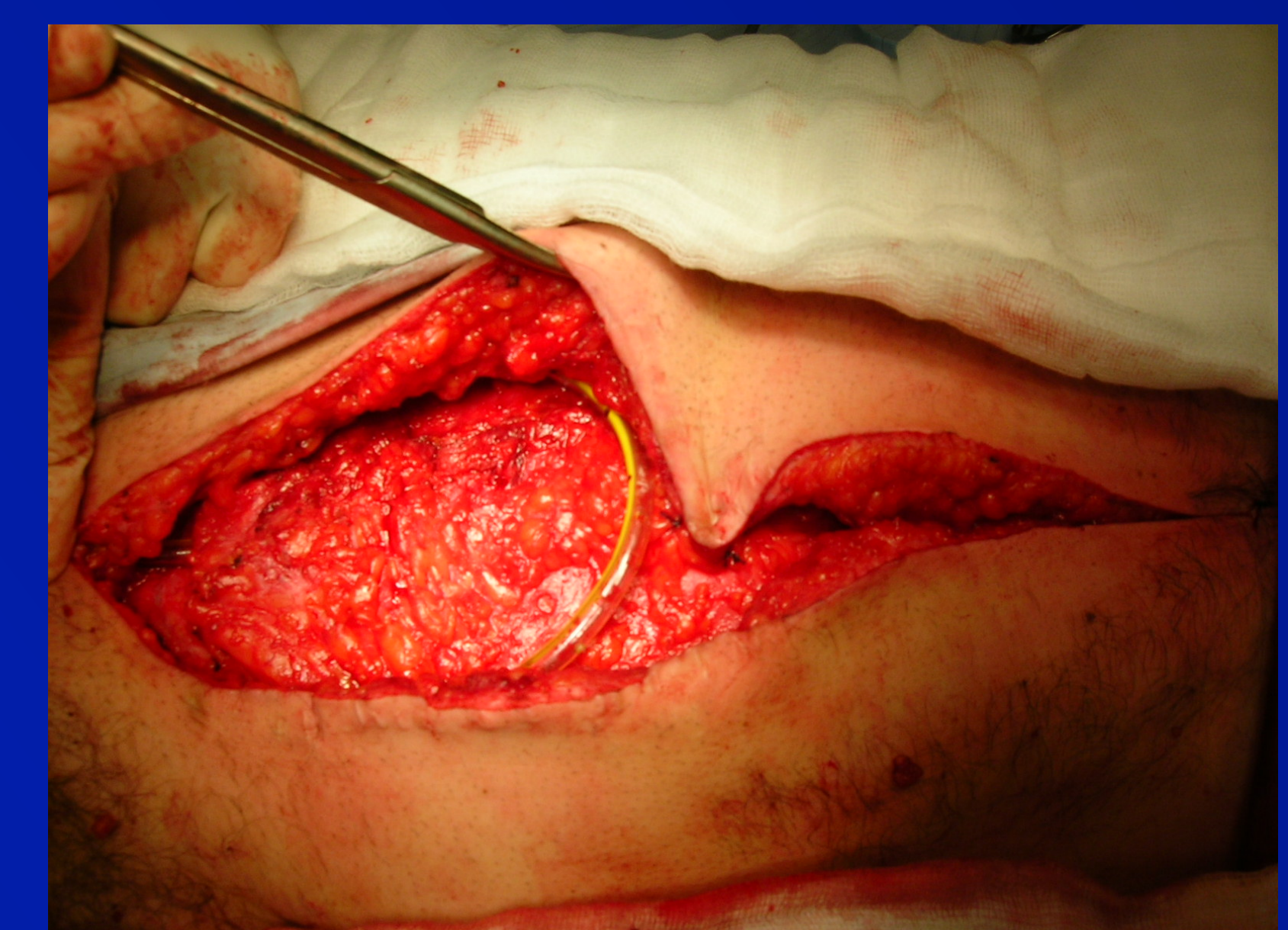
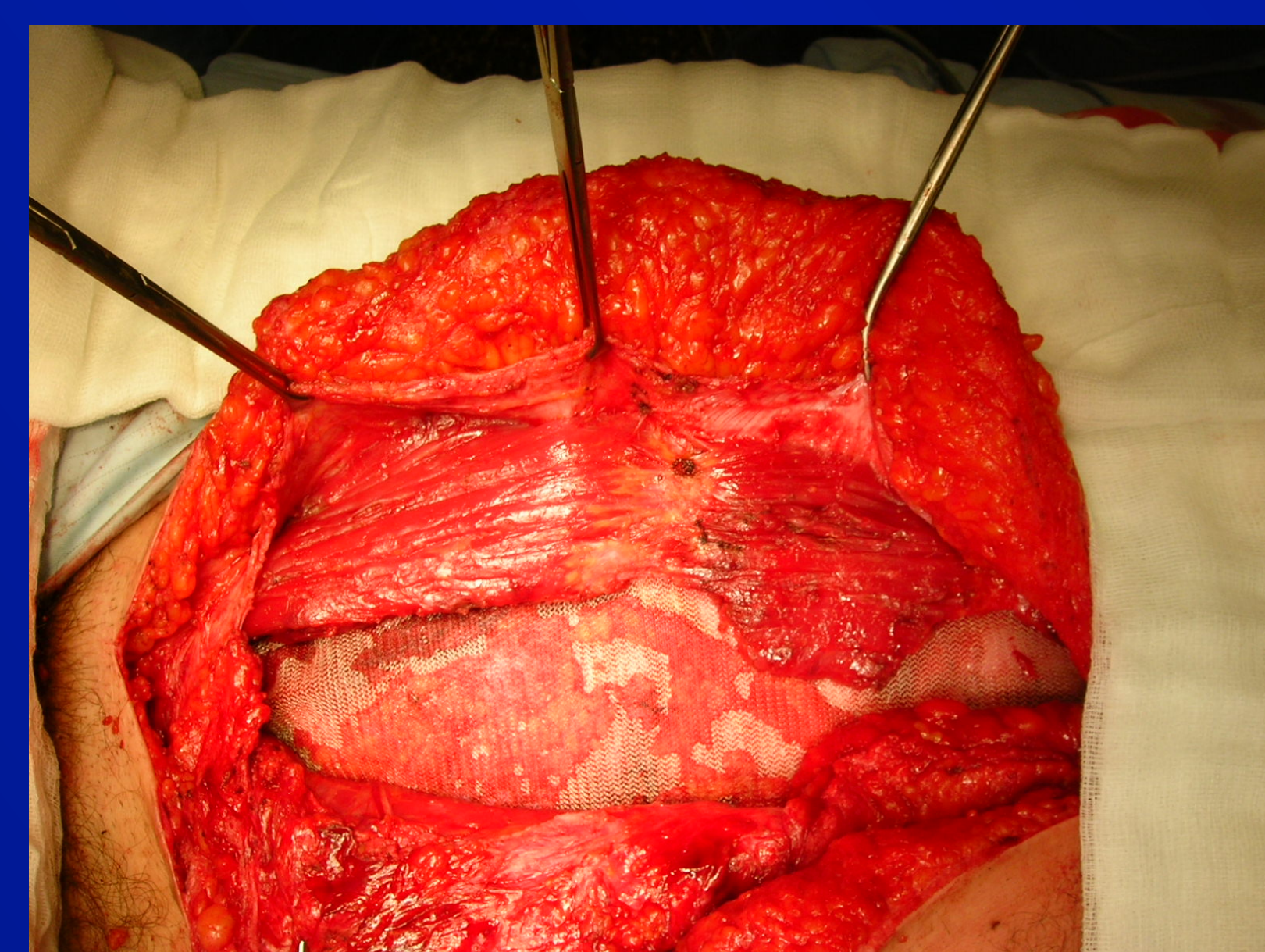
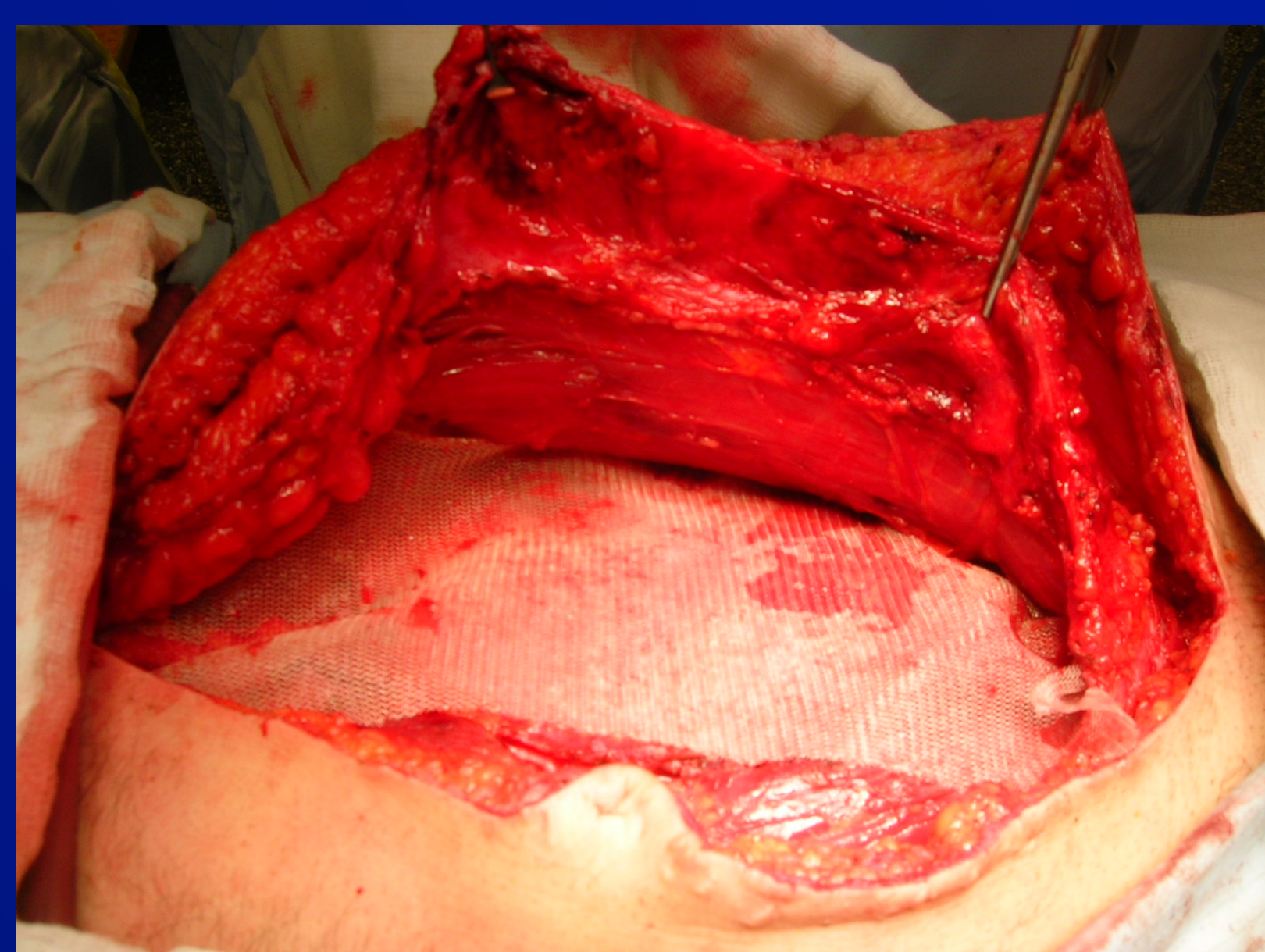
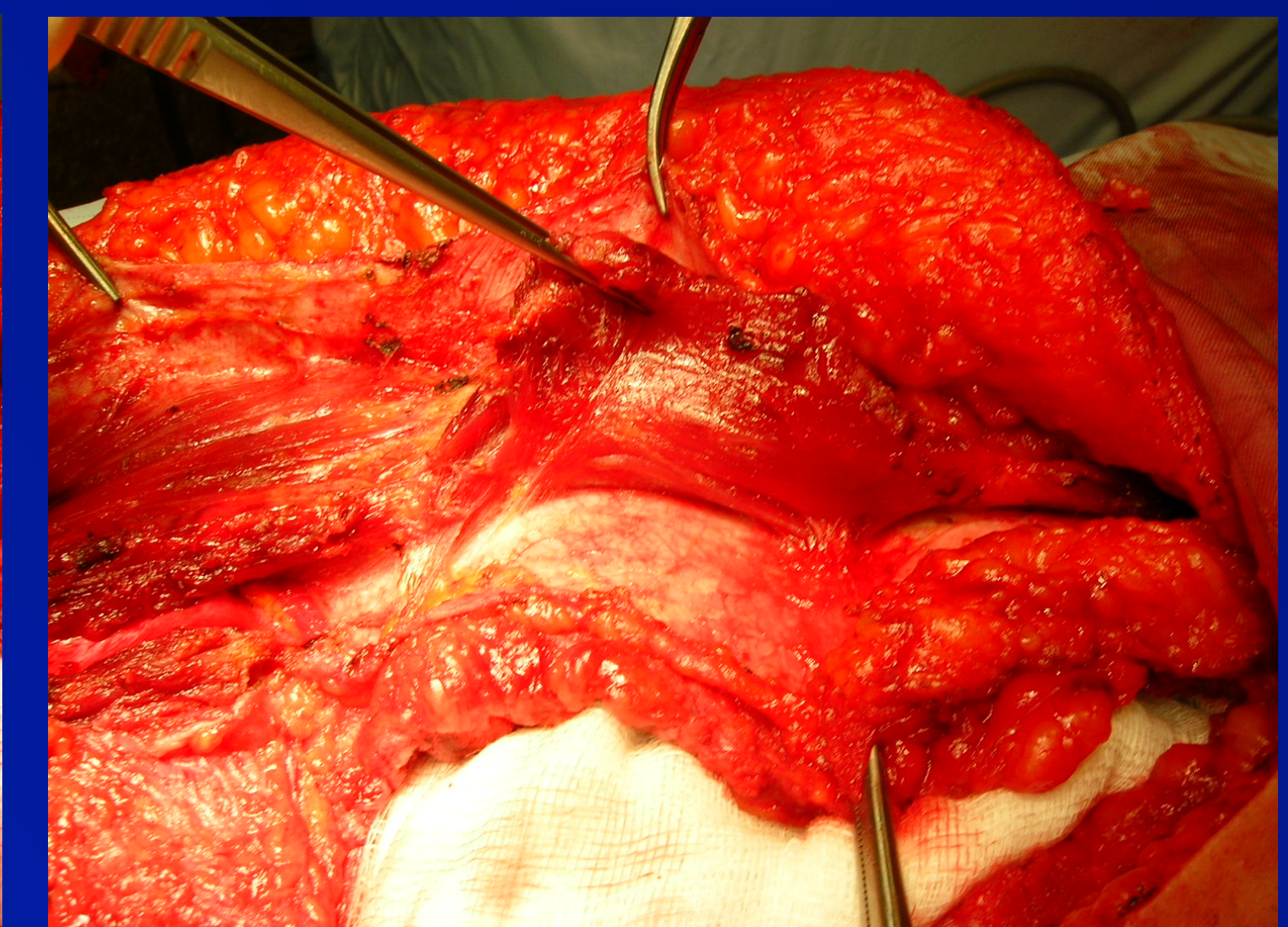
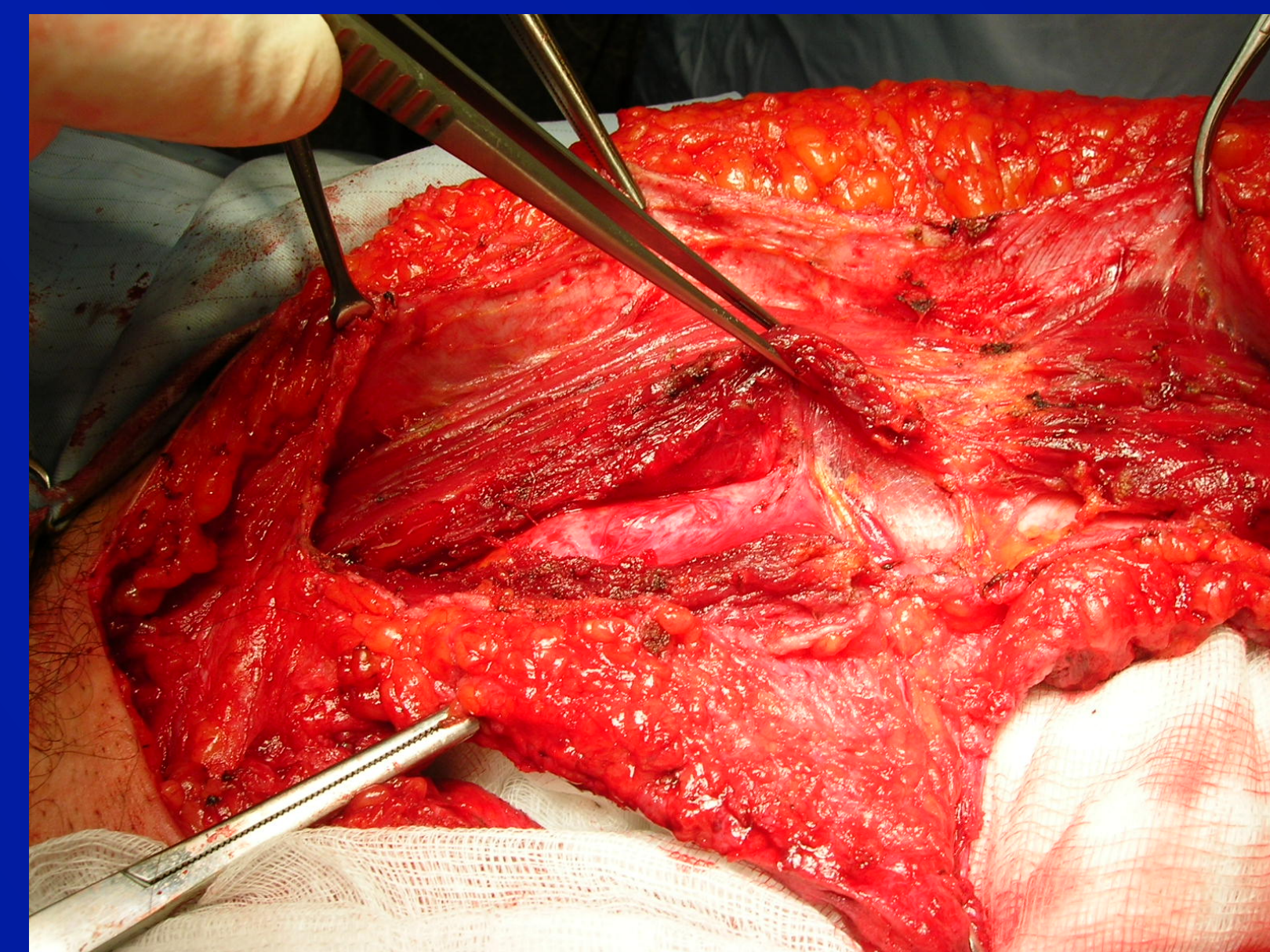
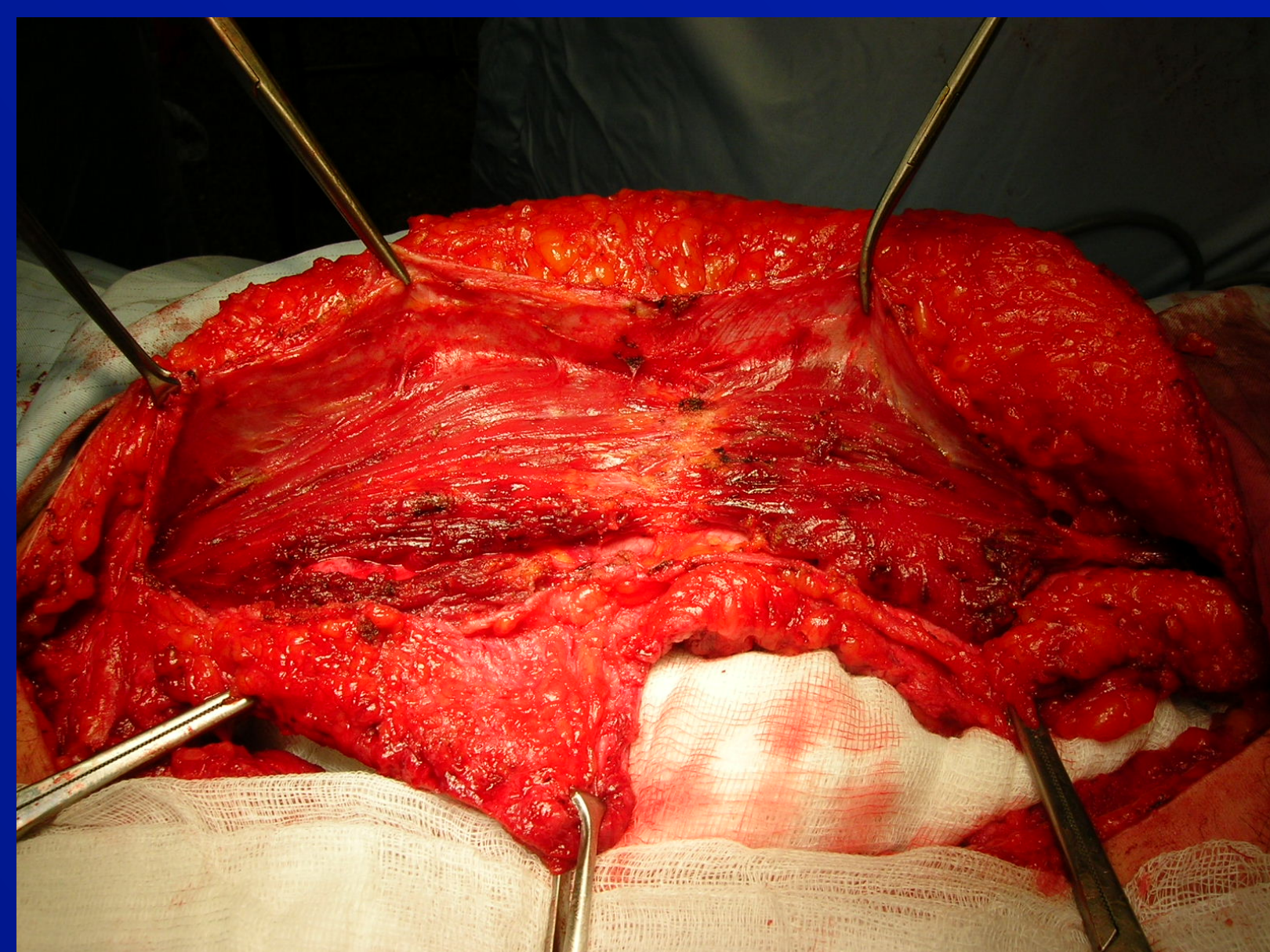
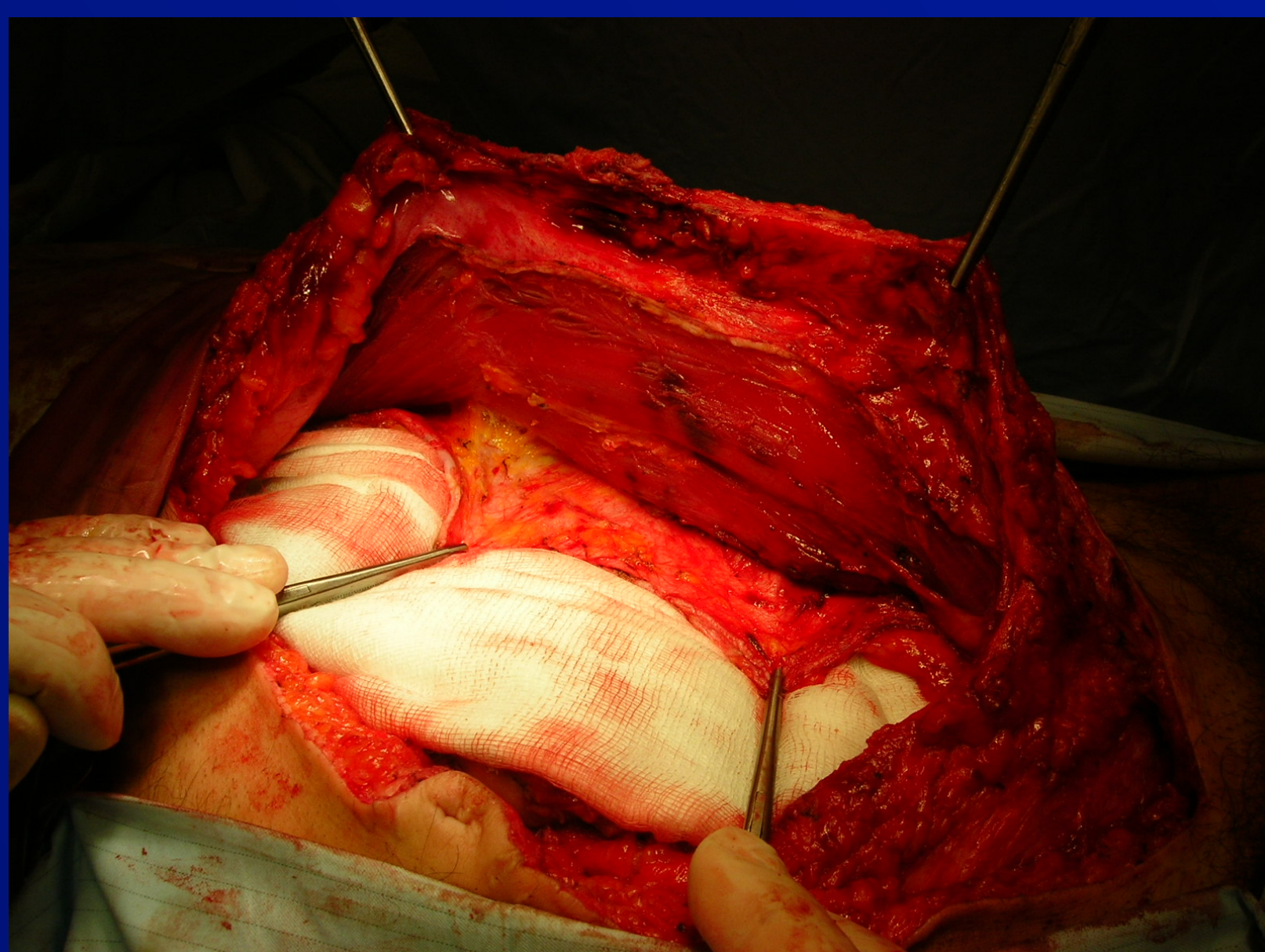
- Hombre, 32 años
- AF: poliposis adenomatosa familiar.
- Un año y medio previo a la consulta actual se le realiza FCC para valoración de mucosa colo-rectal por su antecedente familiar. Durante el estudio se produce una perforación de colon por lo que es sometido a cirugía de urgencia realizándose un procedimiento de Hartmann. A los 3 meses se realiza reconstrucción del tránsito mediante cirugía abierta con sutura mecánica.
- Actualmente consulta por tumoración a nivel de herida operatoria, que comienza a notar a los 2 meses del postoperatorio, que ha ido en aumento progresivamente, ocupando la cicatriz operatoria en toda su extensión, siendo actualmente indolora, parcialmente reductible, la cual no ha sufrido episodios de irreductibilidad aguda. Tránsito digestivo sin alteraciones.
- Al examen: abdomen globuloso, cicatriz mediana xifopúbica con gran tumoración de 20 x 17 cm que impulsa con la tos, indolora e irreductible.
- La paraclínica humoral presenta valores dentro de rangos normales.
- Rx de tórax sin alteraciones.
- Funcional respiratorio con valores dentro de rangos normales.

Tratamiento.

Con diagnóstico de eventración mediana gigante se decide tratamiento quirúrgico. Dado que es un paciente joven, sin alteraciones respiratorias y con una eventración de mediana evolución se decide no asociar ningún tratamiento previo. Se realiza incisión mediana en losange reseca cicatriz previa. Disección del saco separándolo del celular subcutáneo hasta los bordes del anillo. Apertura del mismo que contiene epiplón, asas delgadas y colon transversal. Liberación de adherencias del contenido abdominal al saco y resección parcial del mismo. Confección de dos colgajos mediante sección medial del saco y realización de una incisión longitudinal sobre la vaina anterior del recto derecho y otra sobre la vaina posterior del recto izquierdo. Cierre del flap posterior con poliglactina 910; colocación de malla de polipropileno retromuscular prefascial, fijada con puntos separados en “U” transaponeuróticos de polipropileno 2-0. Cierre del flap anterior con poliglactina 910. Drenajes aspirativos en el celular subcutáneo.

Evolución.

Buena evolución postoperatoria en sala, drenajes con gasto serohemático que se retiran a las 72 hs cuando el gasto es menor a 100cc. Se otorga alta a los 5 días del procedimiento. Controles posteriores a la semana del alta, al mes, 3 meses y a los 6 meses con herida en buenas condiciones y cicatriz continente.



Discusión y conclusiones

El tratamiento de eventraciones gigantes (diámetro transversal superior a 15 cm) representa un desafío para cualquier cirujano debido a las dificultades técnicas que se plantean en el momento de reconstruir una pared abdominal alterada, ya que existe una pérdida de sustancia parietal que es preciso reparar sin que exista tensión en la línea de sutura. Las técnicas quirúrgicas que no siguen este principio, como pueden ser las técnicas de sutura directa de los bordes del anillo eventral, se acompañan de unas tasas de recidiva que alcanzan el 30-40%. Para corregir la pérdida de sustancia parietal se ha generalizado el uso de prótesis, asociadas o no a algún tipo de plastia en el defecto herniario. Los resultados publicados, en cuanto a la tasa de recidivas, han mejorado de manera sustancial los conseguidos sin la utilización de prótesis, calculándose globalmente en torno al 6,4%. También varía el tipo de prótesis utilizada, así como las técnicas de colocación. Estas últimas pueden agruparse en técnicas de sustitución, que son aquellas en las que la prótesis se coloca puenteando o solapando el defecto parietal y actúan como único plano de contención y, por otro lado, en técnicas de refuerzo, donde la prótesis se coloca como un plano más, por encima o por debajo de una reconstrucción plástica musculoponeurótica. En nuestro caso se realizó reparación colocando una malla de polipropileno entre dos colgajos del saco en forma de “sándwich peritoneal”.

Referencias

- Dholakia C., Reavis KM. and cols. Component separation in the treatment of incisional hernias. J Long Term Eff Med Implants. 2010;20(2):129-32.
- Corrección quirúrgica de la eventración postoperatoria. Comparación entre distintas técnicas y prótesis. Cir Esp. 2000;67:343-8. - vol.67 núm 4.
- Caram, Esteban Lucas. Tratamiento de eventración gigante con técnica del sandwich peritoneal. Rev. Argent. Resid. Cir. 9(1):26-30, abr. 2004.
- Correa R., Canals P. y cols. REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES GRANDES CON MALLA SUPRAAPONEURÓTICA. Rev Cubana Cir 2002;41(3):156-63.