

# Eventración Catastrófica Multirrecidivada M1M2M3M4M5 W3 Caso Clínico para discusión

Ángel Vte. Valls Arévalo  
(alumno 6º curso Licenciatura Medicina)  
Tutor:  
Prof. Fernando Carbonell Tatay

2012

Unidad de Cirugía de Pared

**LaFe**  
Hospital  
Universitari  
i Politècnic

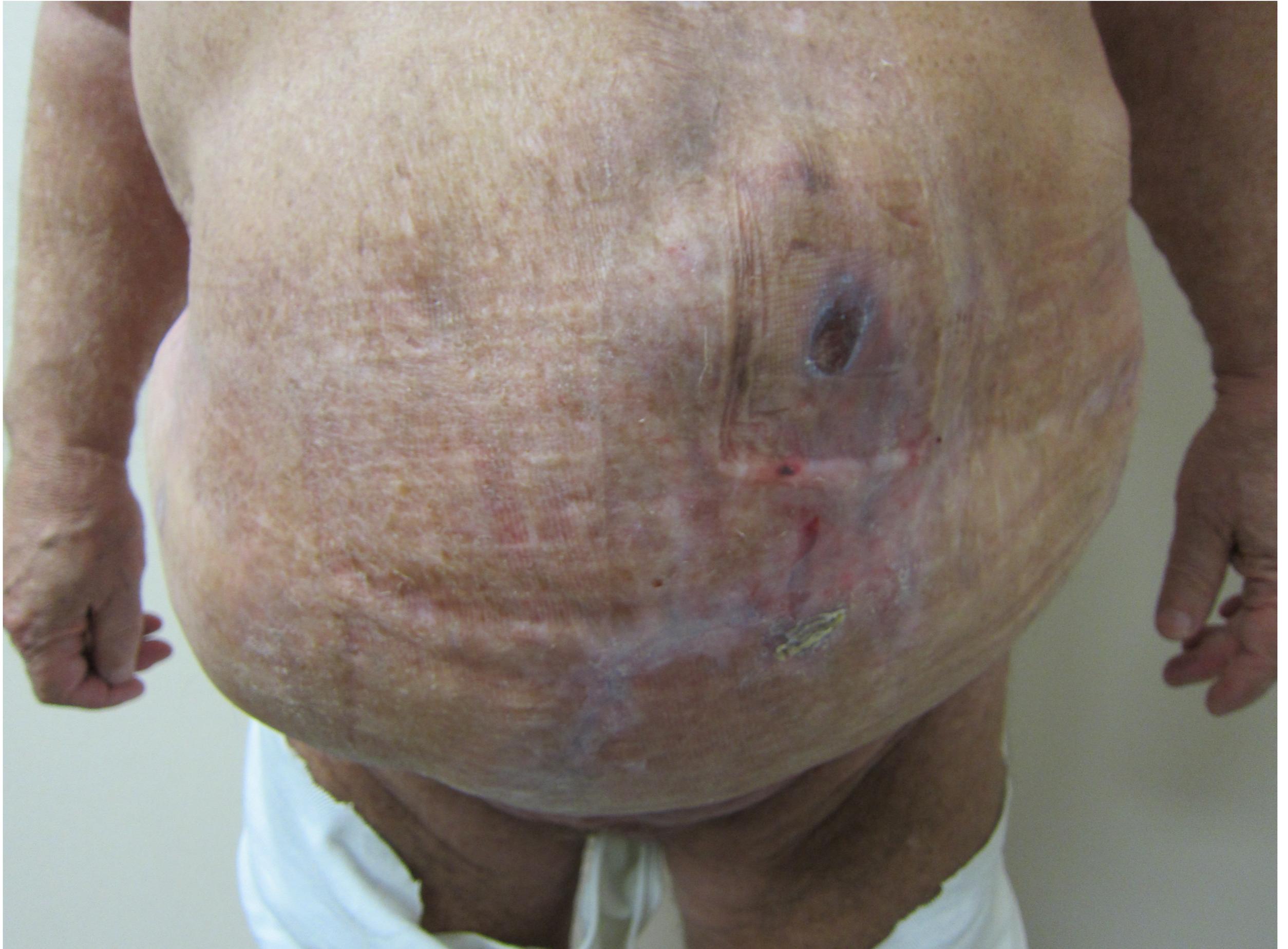
# Consulta

Varón de 69 años remitido desde otro centro hospitalario, para tratamiento de una **eventración multirrecidivada**, catastrófica, intervenida en dieciséis ocasiones; que se ha complicado muchas veces y ha requerido varias resecciones intestinales, presentado infección crónica de las prótesis con adherencias y fístulas entero cutáneas .

**NHC:** xxxxxxxxxxxx











# Anamnesis

**1.- Antecedentes familiares sin interés.**

**2.- Antecedentes personales. Co-morbilidad**

- Diabetes Tipo II
- Arritmia cardiaca no filiada en tratamiento con bisoprolol
- Esófago de Barrett controlado con pantoprazol.
- Dislipemia en tratamiento con atorvastatina
- Depresión tratada con sertralina
- Ex fumador desde hace 10 años.

# Anamnesis

## Intervenciones quirúrgicas previas. Cronología:

- 1.- En el 2001 intervenido de una Hernia Umbilical Incarcerada, le practicaron hernioplastia, colocación de un tapón de polipropileno.
- 2.- En 2001, recidiva por Eventración (M3 W2) incarcerada con colocación protésis ppl supra aponeurótica.
- 3.- En 2002 , punción sobre seroma crónico.
- 4.- En 2002 Nueva recidiva de la Eventración, intervenida por incarceración, no consta técnica.
- 5.- En 2003, persiste supuración crónica a nivel de la herida. Recidiva eventración. Necrosis de asa intestinal con fístula externa. Se practica resección de 25-30 cm de intestino delgado (yeyuno). Nueva prótesis.
- 6.- A los 2 meses (2003), nueva reintervención por Fístula intestinal espontánea a piel . Se reinterviene, retirando la prótesis antigua, resecando nuevo segmento intestino delgado y colocando nueva prótesis.

# Anamnesis

## Intervenciones quirúrgicas previas. Cronología:

7.- Un mes después 2003, intervenido de nuevo por eventración recidivada y estrangulada. Cuadro oclusivo. Intervención, sin otros datos.

8.- En 2004, Resección de prótesis infectada bajo anestesia local.

9.- En 2004, nueva intervención para resección de restos de prótesis, sin otros gestos de reconstrucción.

10.- En 2004 . Exéresis de nuevos restos de las prótesis

11.- Desde 2004, curas por supuración crónica, con trayectos a la piel que cierran finalmente.

12.- En 2006 reintervenido por recidiva de eventración gigante, corrección con malla y apendicectomía.

# Anamnesis

## Intervenciones quirúrgicas previas. Cronología:

13.- Un mes después, en 2006, ulceración cutánea con supuración serosa. Plastia de piel en huso.

14.- En 2007, reintervenido por deshicencia parcial de suturas y corrección de eventración con malla que ocupa todo el abdomen.

15.- En octubre de 2007, enterorrafia con reintervención por deshicencia de suturas.

16.- Tres días más tarde, en 2007, resección intestinal y un segmento de colon con colocación de una malla biológica.

# Anamnesis

El paciente necesita llevar tres fajas abdominales para poder contener la pared abdominal.

Tiene una vida limitada para cualquier esfuerzo.

## Necesidad de 3 fajas de contención





# Exploración Clínica

- Eventración catastrófica multirrecidivada que afecta fundamentalmente a toda la línea media y flancos (xifopúbica. M1M2M3M4W3 L1L2L3W3). **Destrucción de la pared abdominal con saco y asas subcutáneas.**
- Se pueden observar asas intestinales adheridas a plano cutáneo a nivel derecho, múltiples cicatrices con alteraciones tróficas de la piel.

**Trastornos tróficos de la piel**

**Se observa el peristaltismo intestinal  
de las asas subcutáneas**



**Asas intestinales subcutáneas.  
Trastornos tróficos en la piel.**





**Asas subcutáneas en casi toda la extensión de la pared, mas acentuadas en pubis. Trastornos importantes tróficos de la fina piel.**

**Alteraciones en el estado de la piel por trastornos de microcirculación, diabetes y repetidas intervenciones.**



# Protocolo de estudio y preparación en el pre-operatorio

- TAC dinámico con maniobra de Valsalva para estudio de la musculatura de la pared abdominal.
- Pruebas funcionales respiratorias. Fisioterapia respiratoria.
- IMC y control de su peso por Nutricionista.
- Estudio cardiológico
- Rx tórax, ECG, análisis estándar con Hb glicosilada.

# Resultados. TAC abdominal dinámico.

- Clasificación de la Eventración: M1-M2-M3-M4-M5 / W3.
- Diámetros del orificio herniario: 28'5 x 24 cm (CC y T).
- Diámetros saco herniario: 34 x 12 x 33 cm (CC, AP y T)
- Volumen saco herniario: 7049'75 cc.
- Volumen cavidad abdominal: 8211 cc
- **Porcentaje de volumen abdominal herniado: 85,86 %**

# Resultados. TAC abdominal dinámico.

- Contenido del saco: Lóbulo hepático izquierdo y parte de lóbulo hepático derecho, estómago, colon ascendente, transverso y descendente, casi todas las asas de intestino delgado.
- Estado musculatura: Atrófica.
- Otros defectos de pared: NO
- Área inguinal: Sin alteraciones.
- Otros hallazgos: Sin otras alteraciones valorables.

# Resultados. TAC abdominal dinámico.

## Conclusión:

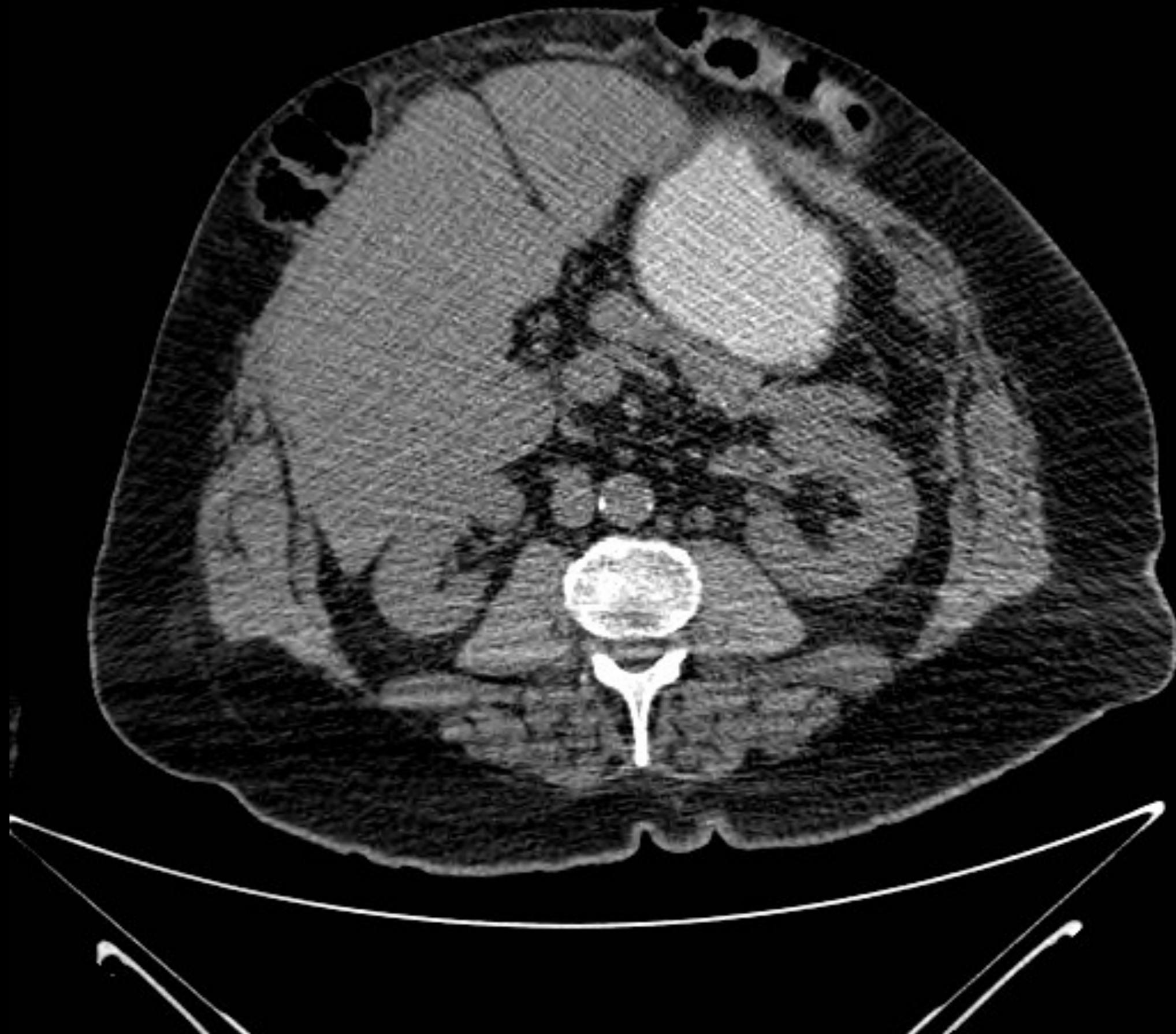
- Gran hernia que ocupa la práctica totalidad de la pared anterior del abdomen (**M1 a M5 - W3**), con un porcentaje de volumen abdominal herniado del **85,86%** (Lóbulo hepático izquierdo y parte de lóbulo hepático derecho, estómago, colon ascendente, transverso y descendente, casi todas las asas de intestino delgado). **Musculatura atrófica.**



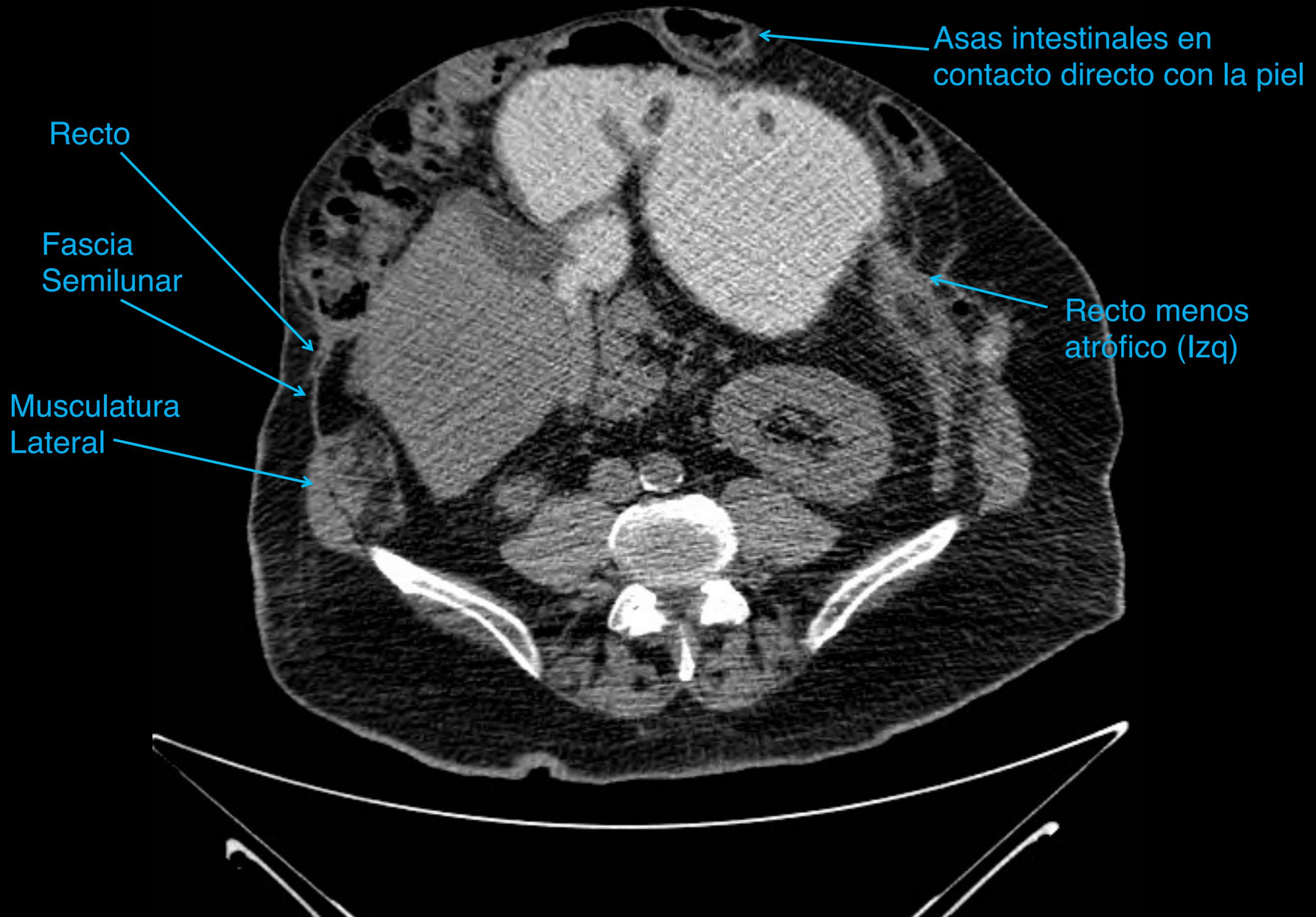


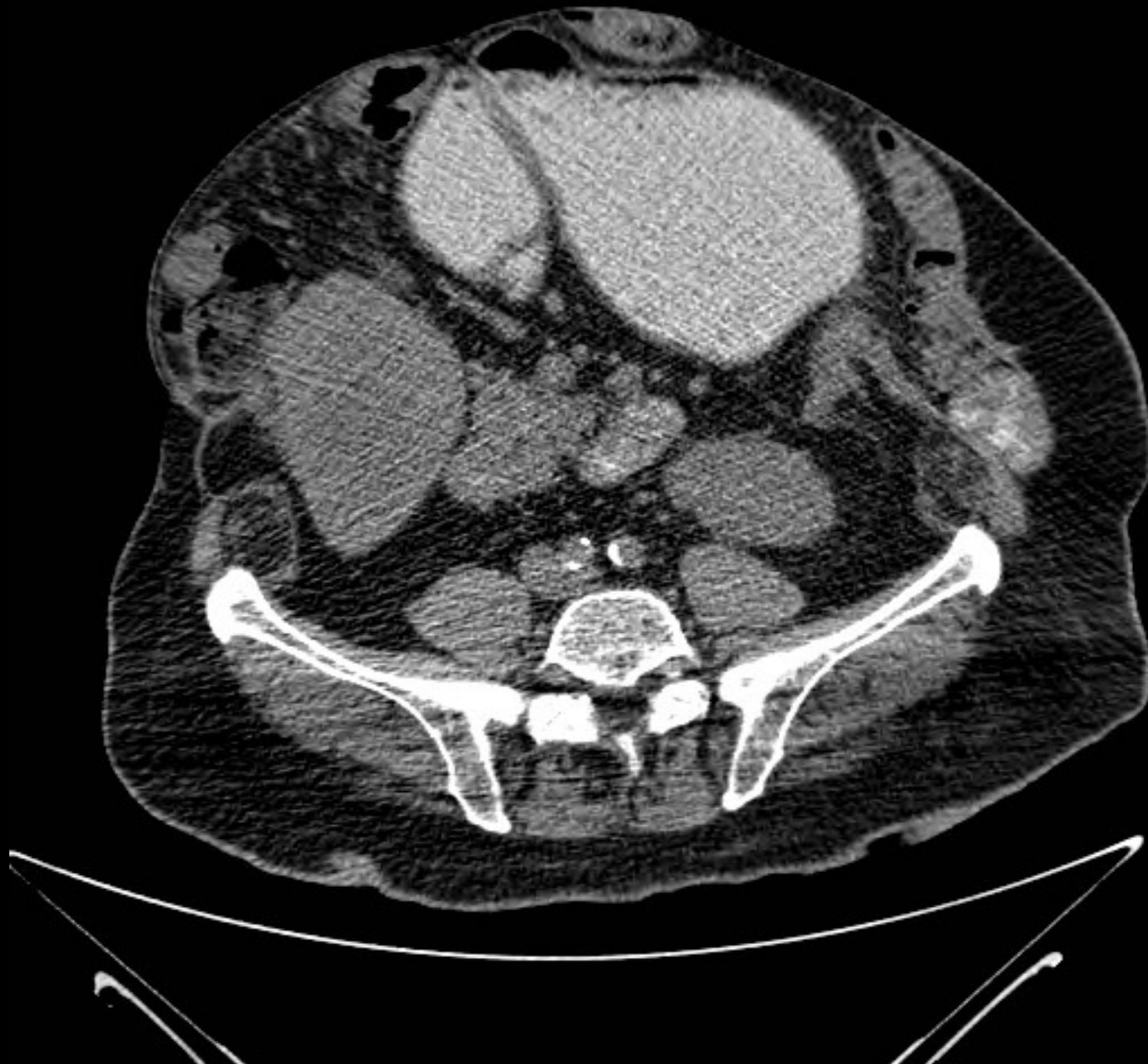


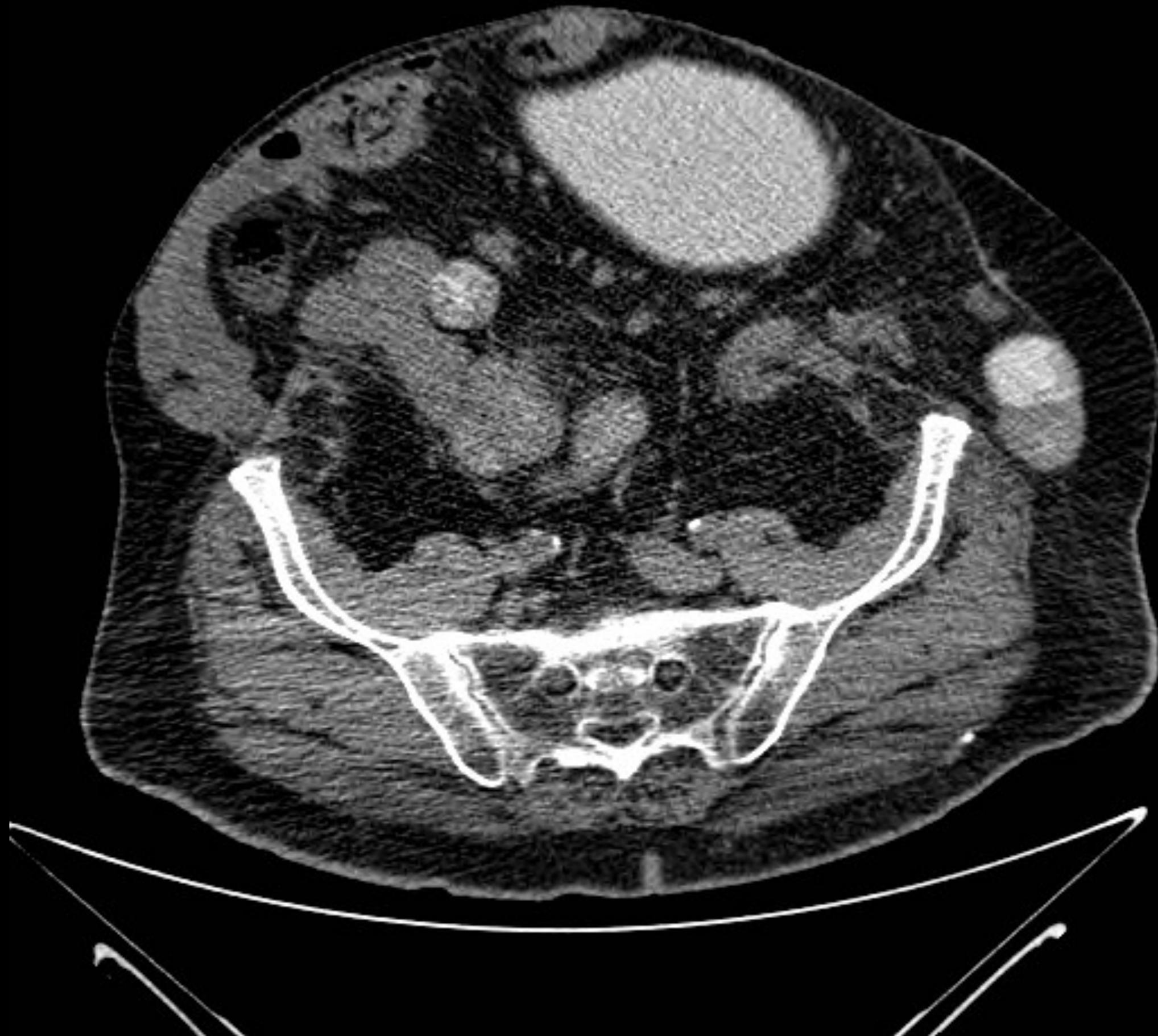
















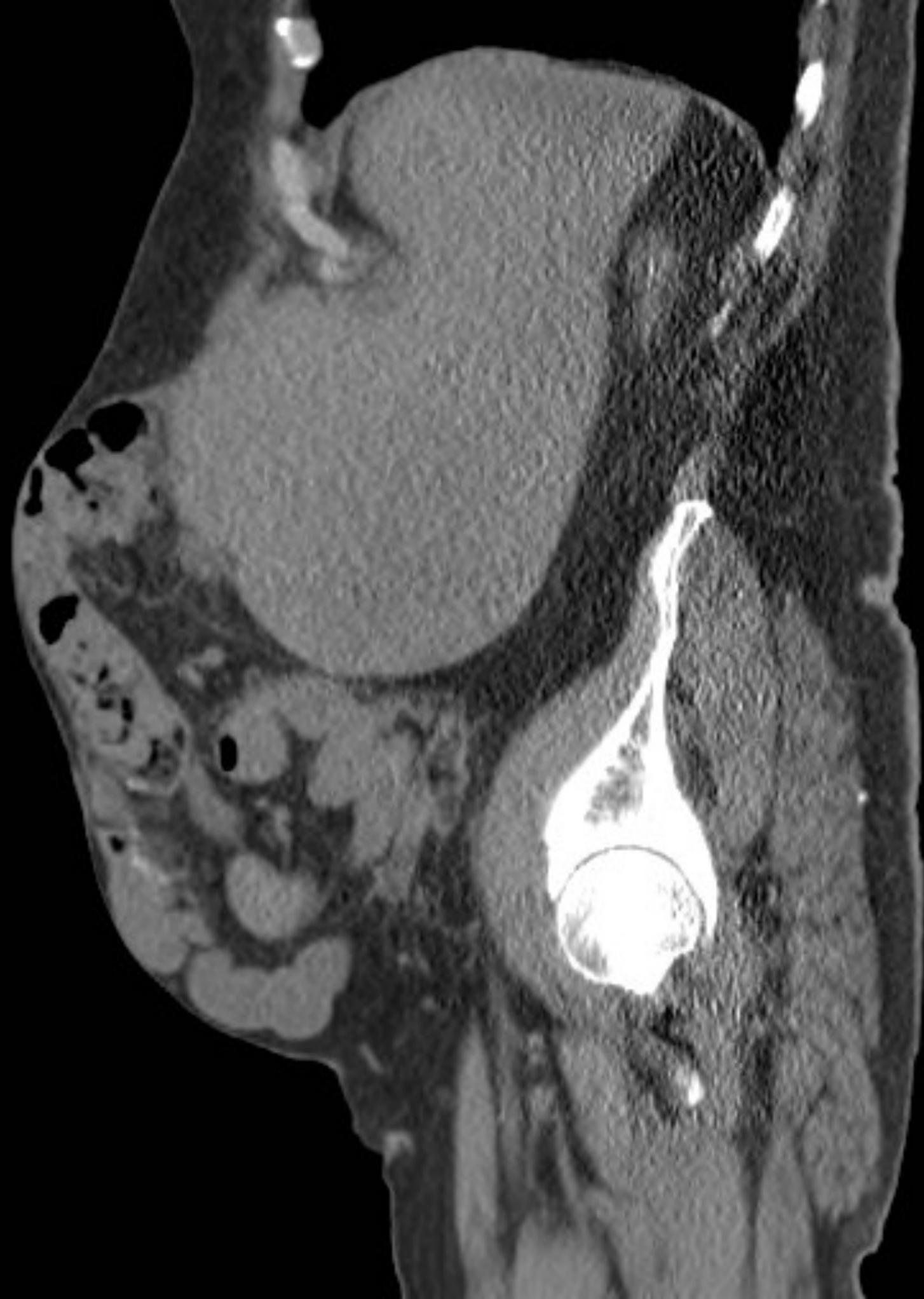


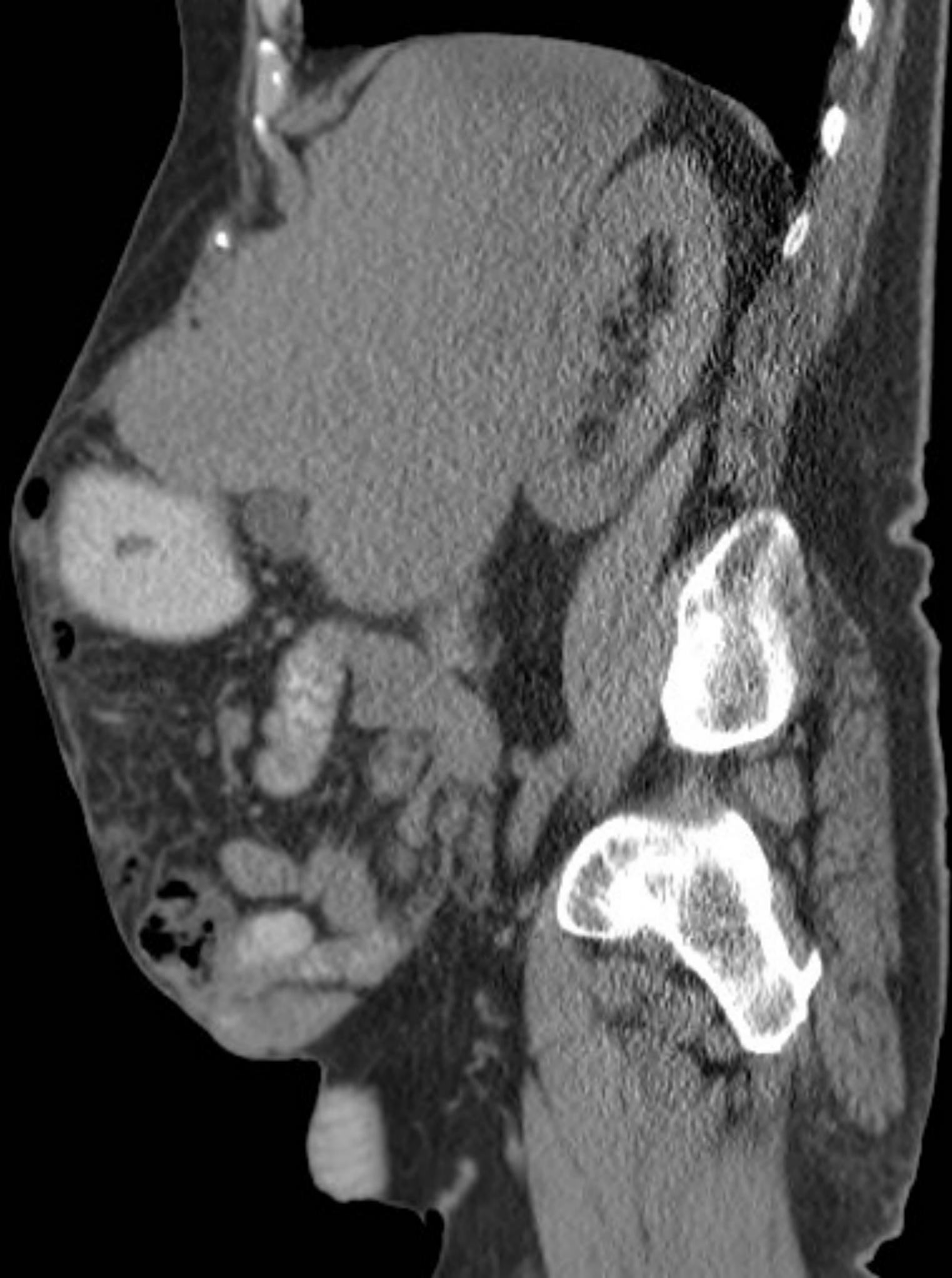






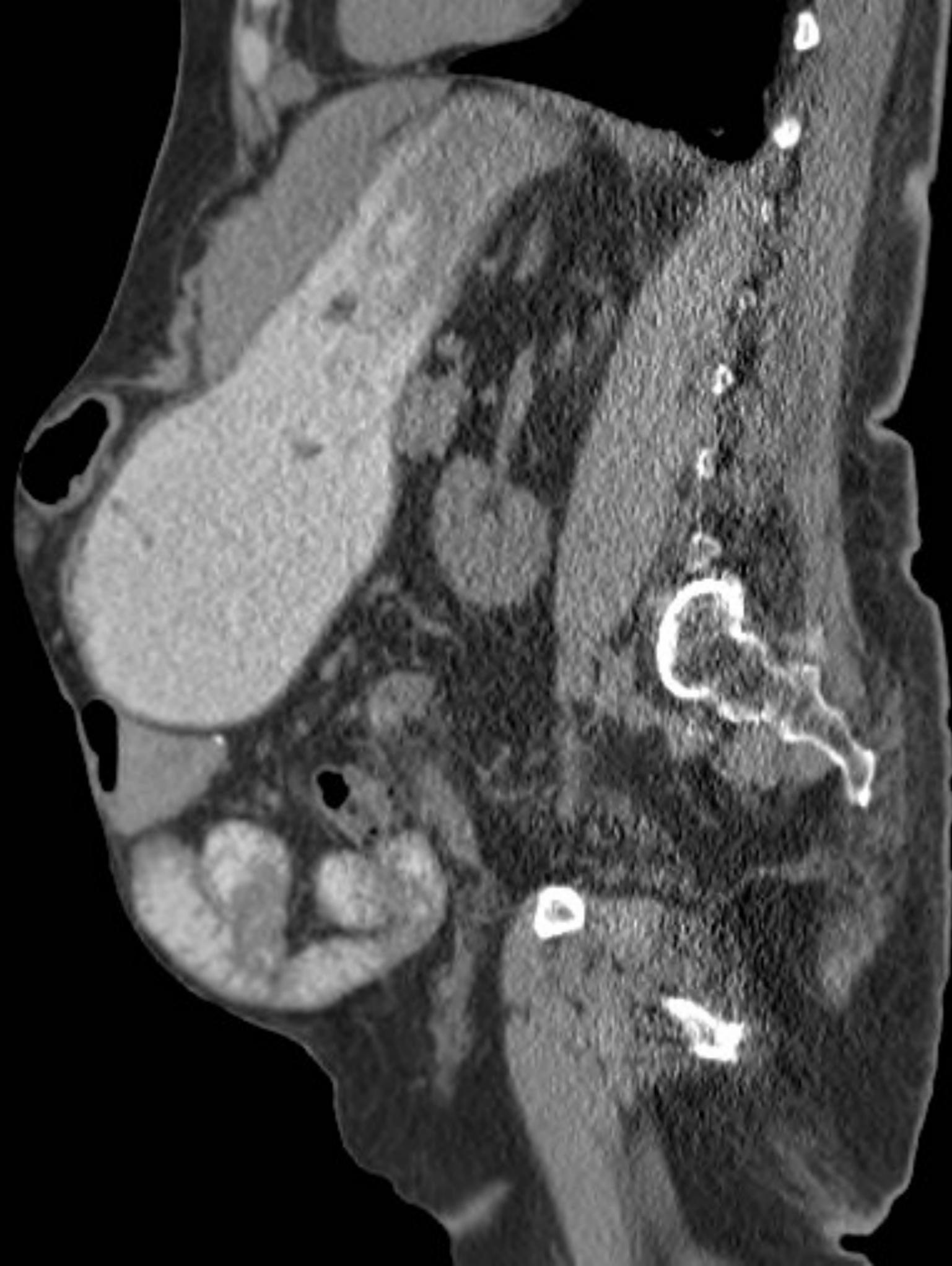


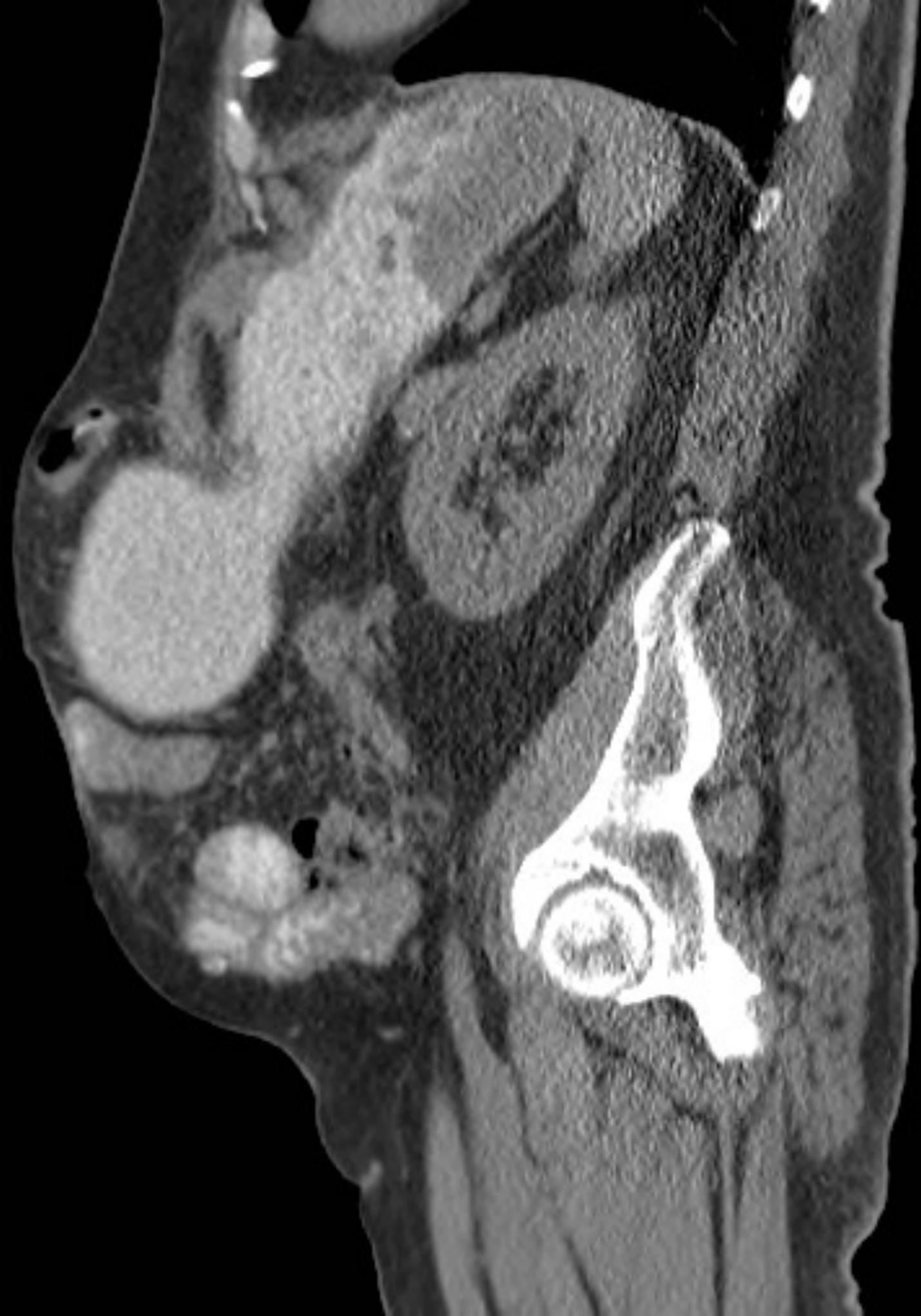












H



R

L

30mm  
prj

LR

AP

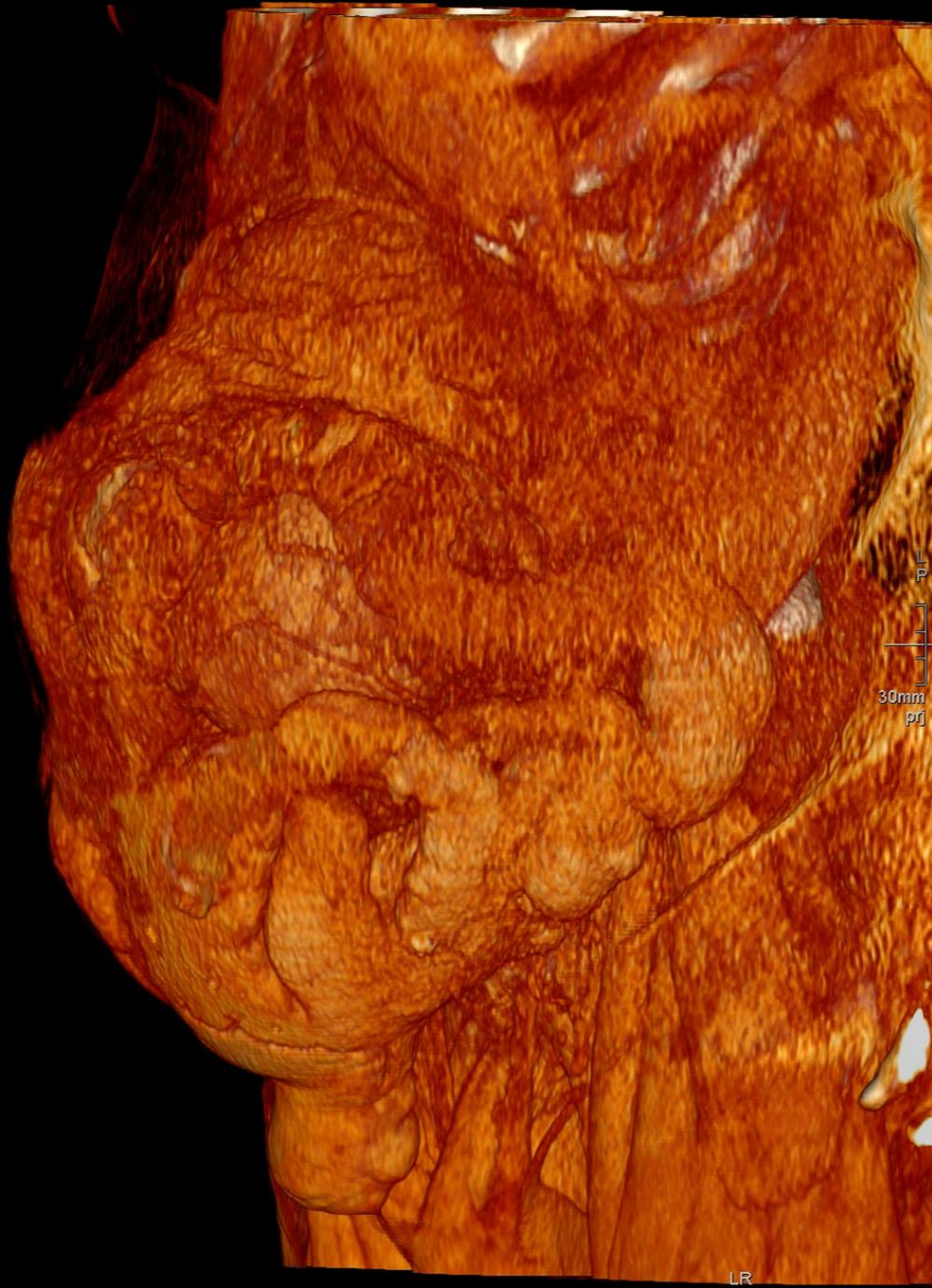
HF



F

H

R  
A



L  
P  
30mm  
prj

LR

AP

HF



F

# Analítica / Bioquímica

Normal a excepción de:

- Glucemia 230mg/dL
- Triglicéridos 196 md/dL
- GGT 65 U/L

# Hemostasia

Normal

- Índice de Quick 100%
- INR 1

# ECG, RxTx y PFR

- No presenta alteraciones que contraindiquen el acto quirúrgico.
- Las pruebas funcionales respiratorias están dentro de límites de normalidad y mejoraran funcionalmente con la Fisioterapia Respiratoria.

# Juicio de tratamiento. Foro de opiniones

- 29/07/2012

Se informa al paciente de la complejidad de la intervención y la posibilidad de que puedan aparecer complicaciones que puedan llevar a un *exitus*. Manteniendo el principio *de primum non nocere*.

**No podemos utilizar para expandir la musculatura ni neumoperitoneo terapéutico ni toxina botulínica, en nuestra opinión.**

El paciente decide que a pesar de nuestras observaciones, si le podemos ofrecer un tratamiento quirúrgico, lo prefiere.

Se solicita opinión y colaboración con Cirugía Plástica.

# Juicio de tratamiento. Foro de opiniones

- Cirugía Plástica Dr. Alvaro Forés:

Este paciente pudiera ser subsidiario de un injerto “ en isla de *latísimus dorsi* (dorsal ancho) con microcirugía vascular en sus vasos nutrientes, con una prótesis submuscular.

Esta opción aunque arriesgada, protegería la prótesis, que se podría poner anclada a relieves óseos, además de separar los componentes musculares.

# Estrategias de tratamiento y actuación quirúrgica

- ¿Protesis de sustitución?
  - Tipo: ¿Biológica o Sintética?
- ¿Colgajos pediculados? (Cirugía Plástica)
- ¿No operar?

