

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

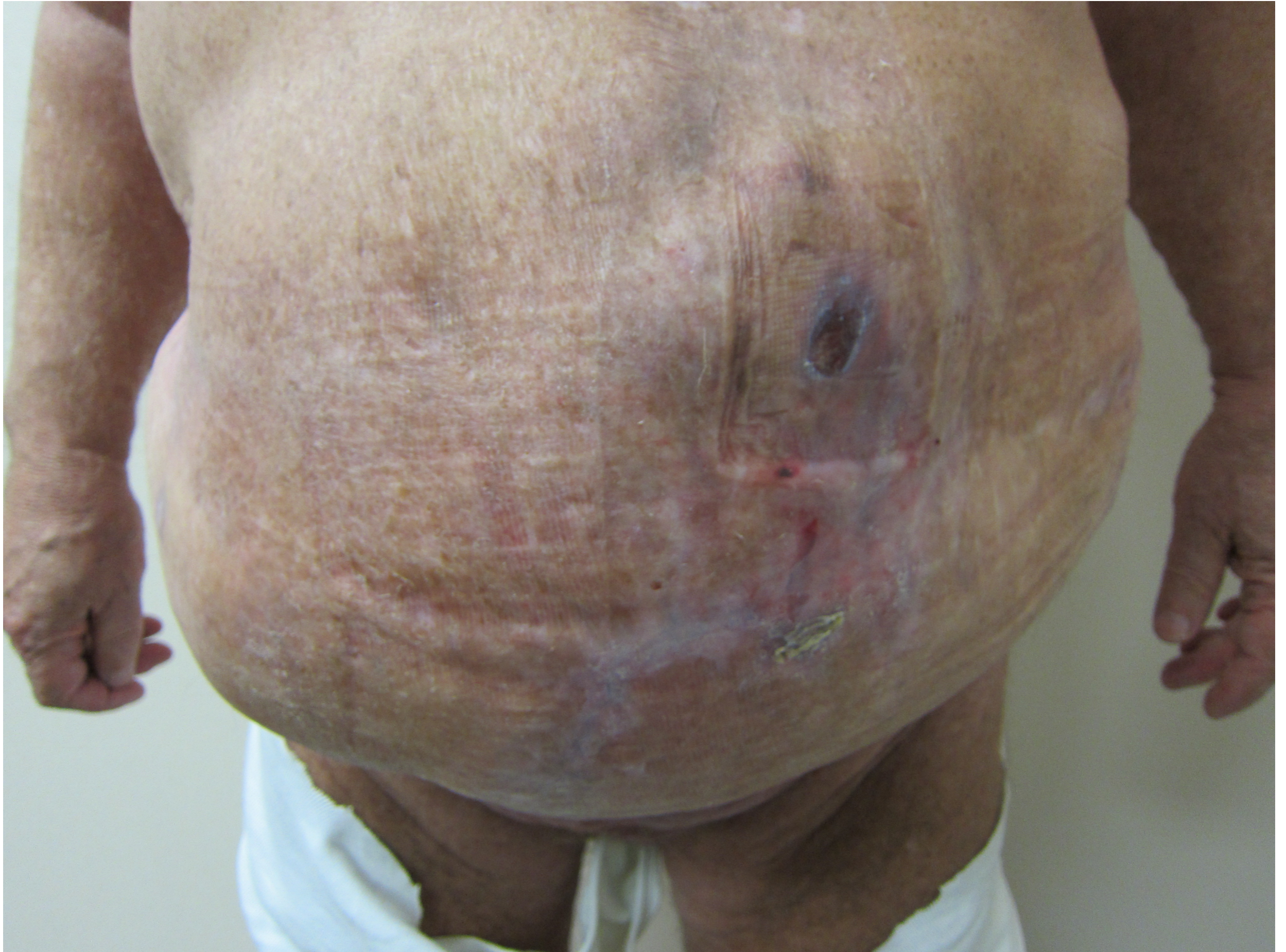
Consulta

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, resecaando 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**

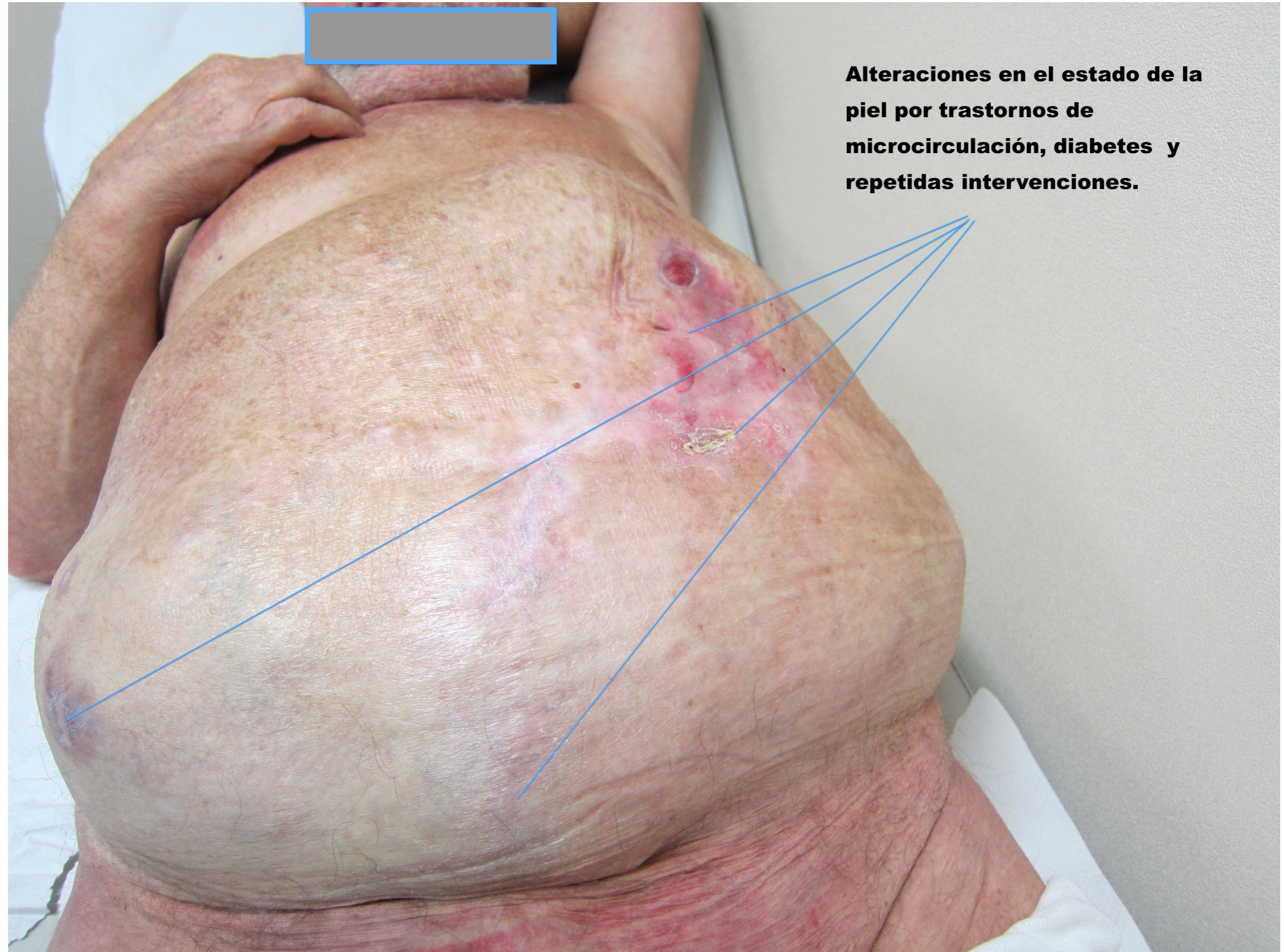


**Asas intestinales subcutáneas.
Trastornos tróficos en la piel.**





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:

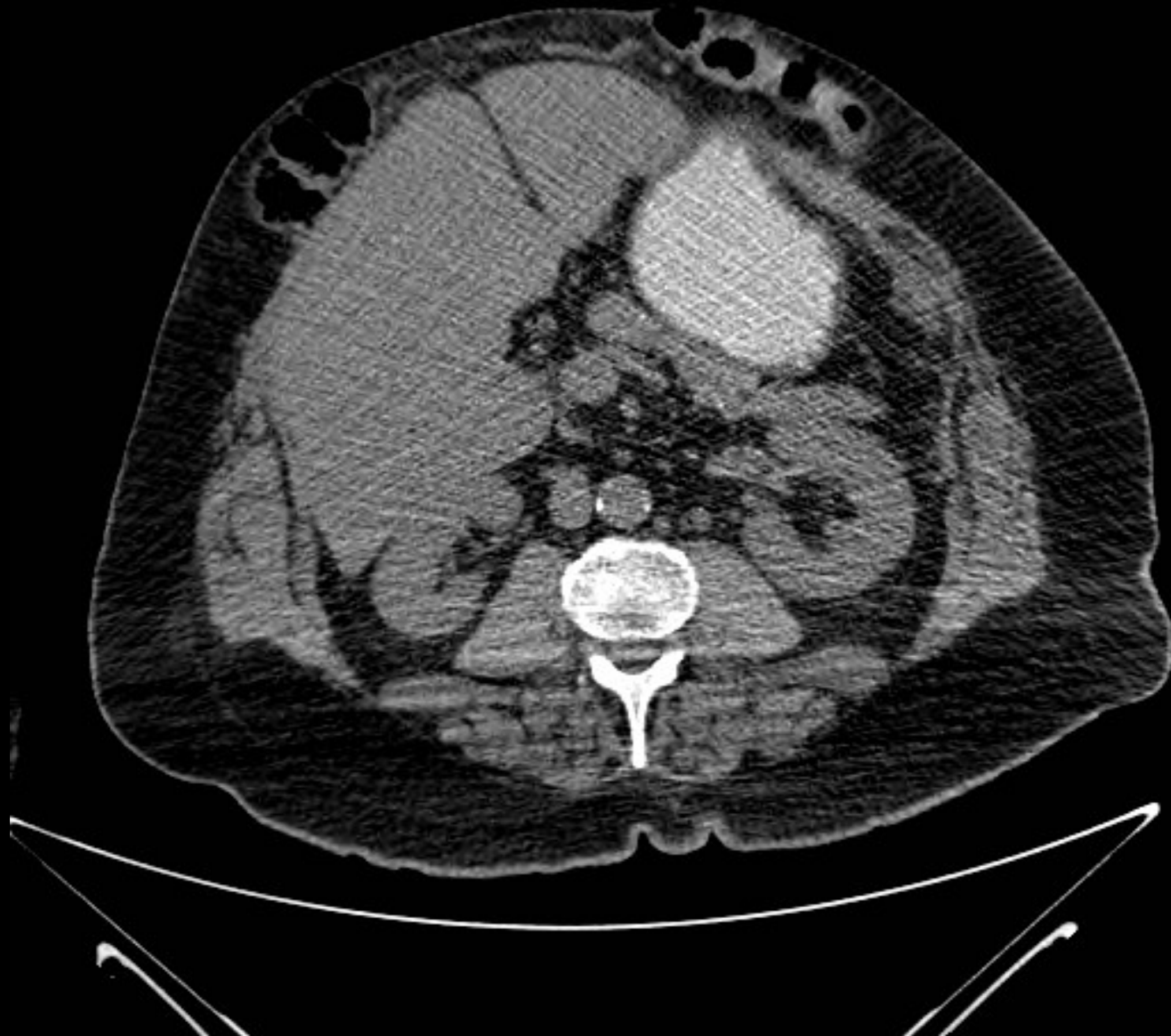
- Gran hernia que ocupa la práctica totalidad de la pared anterior del abdomen (**M1 a M5 - W3**), con un porcentaje de volumen abdominal herniado del **85,86%** (Lóbulo hepático izquierdo y parte de lóbulo hepático derecho, estómago, colon ascendente, transverso y descendente, casi todas las asas de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

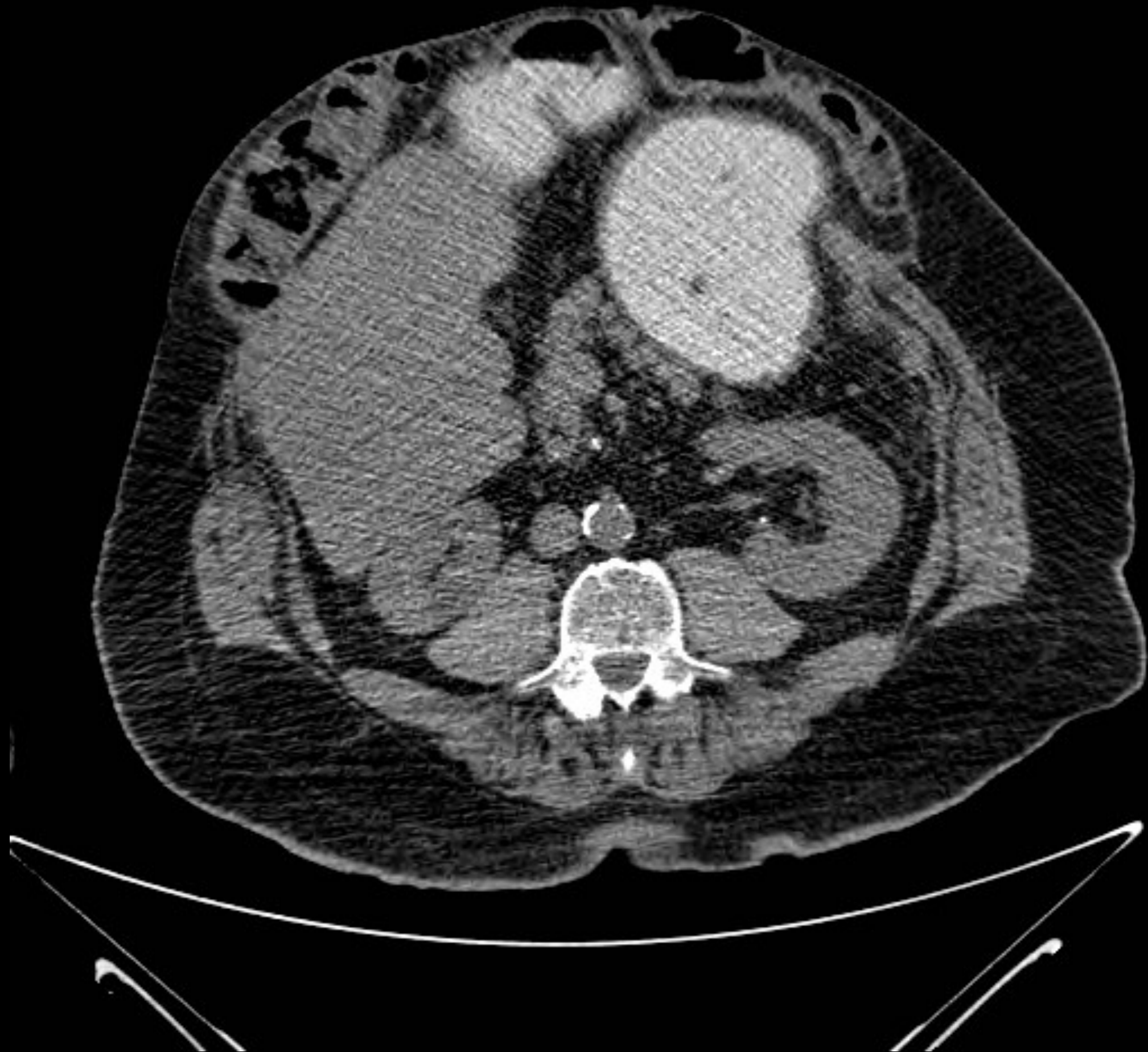


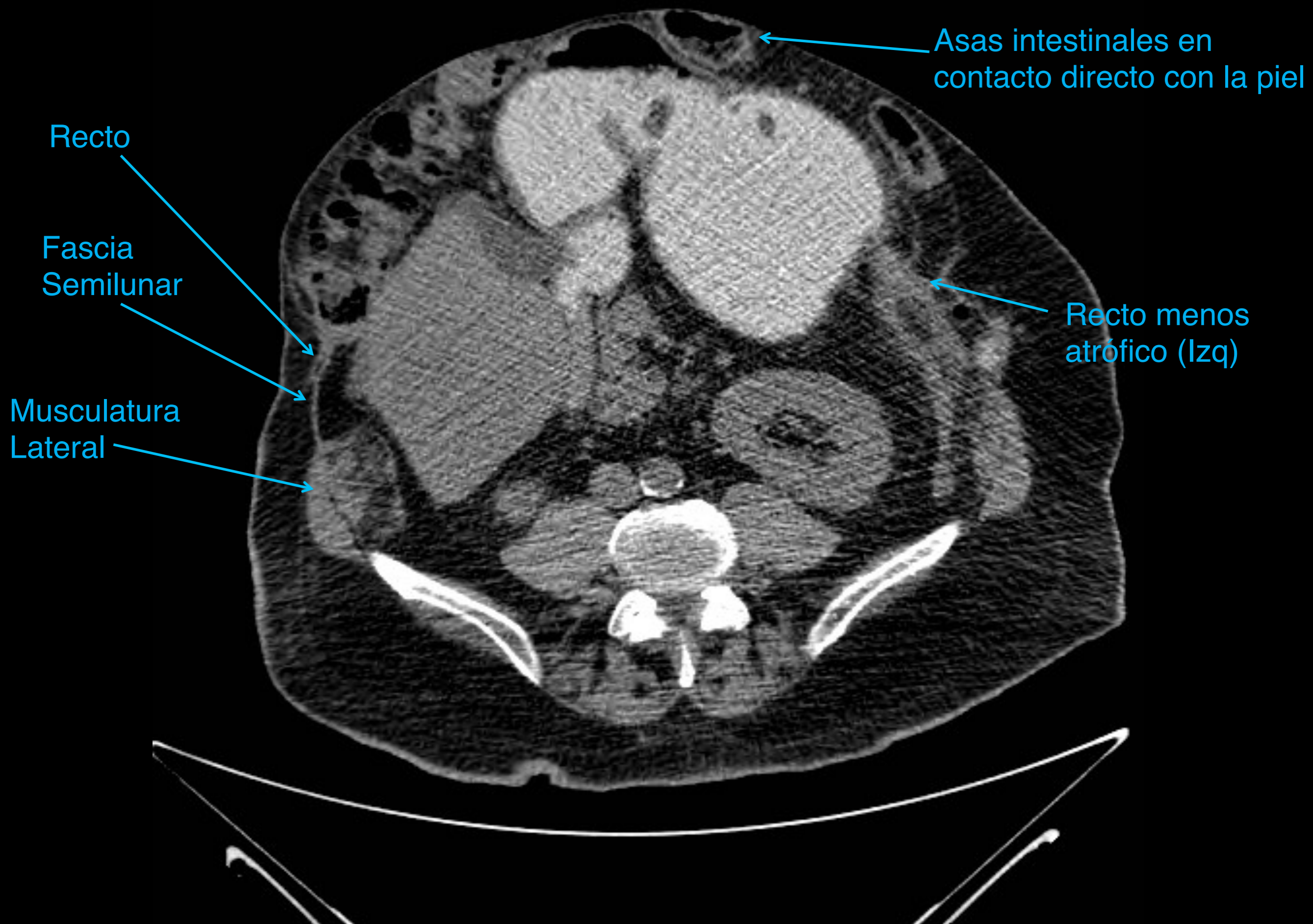












Asas intestinales en contacto directo con la piel

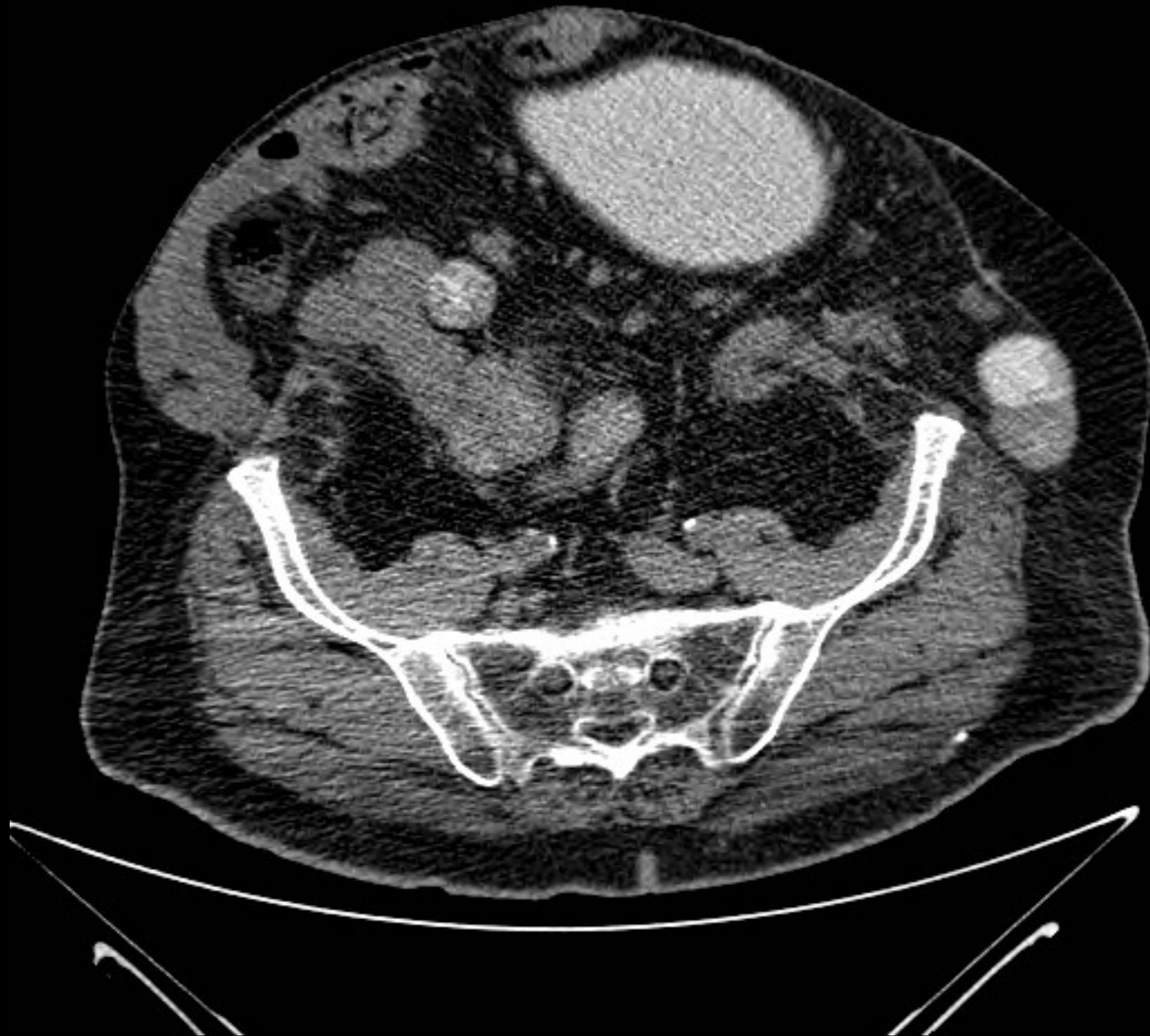
Recto

Fascia Semilunar

Recto menos atrófico (Izq)

Musculatura Lateral









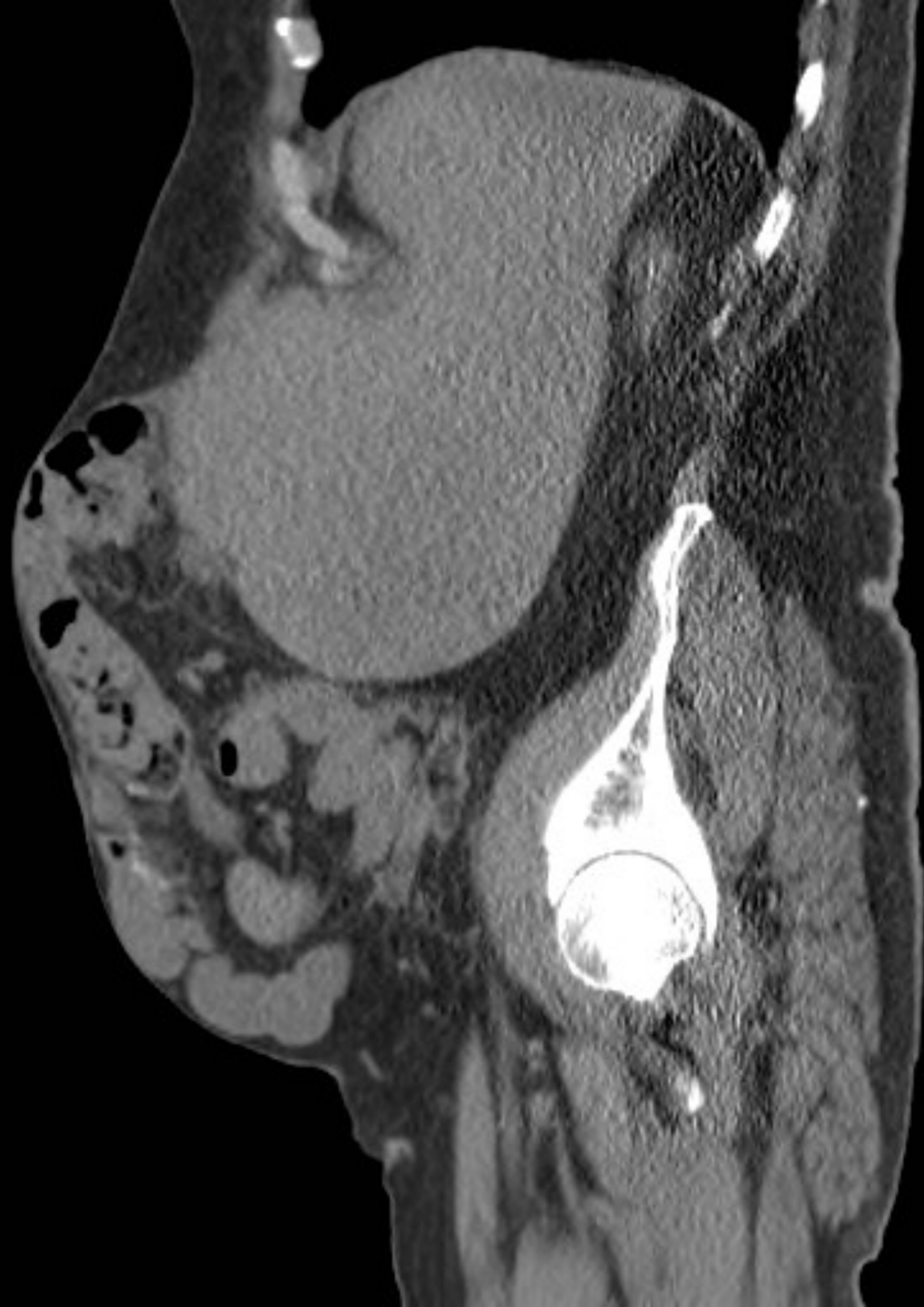


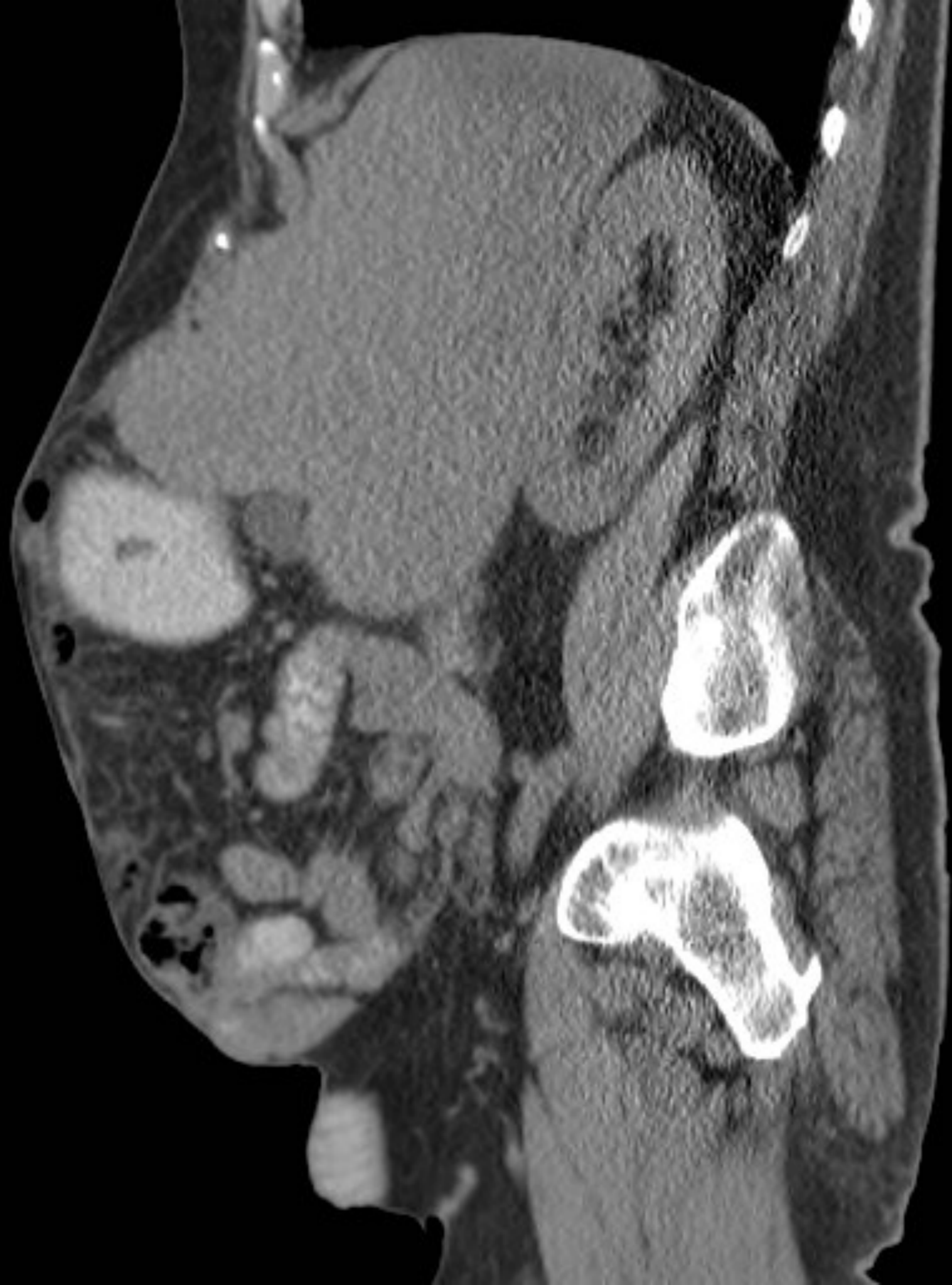


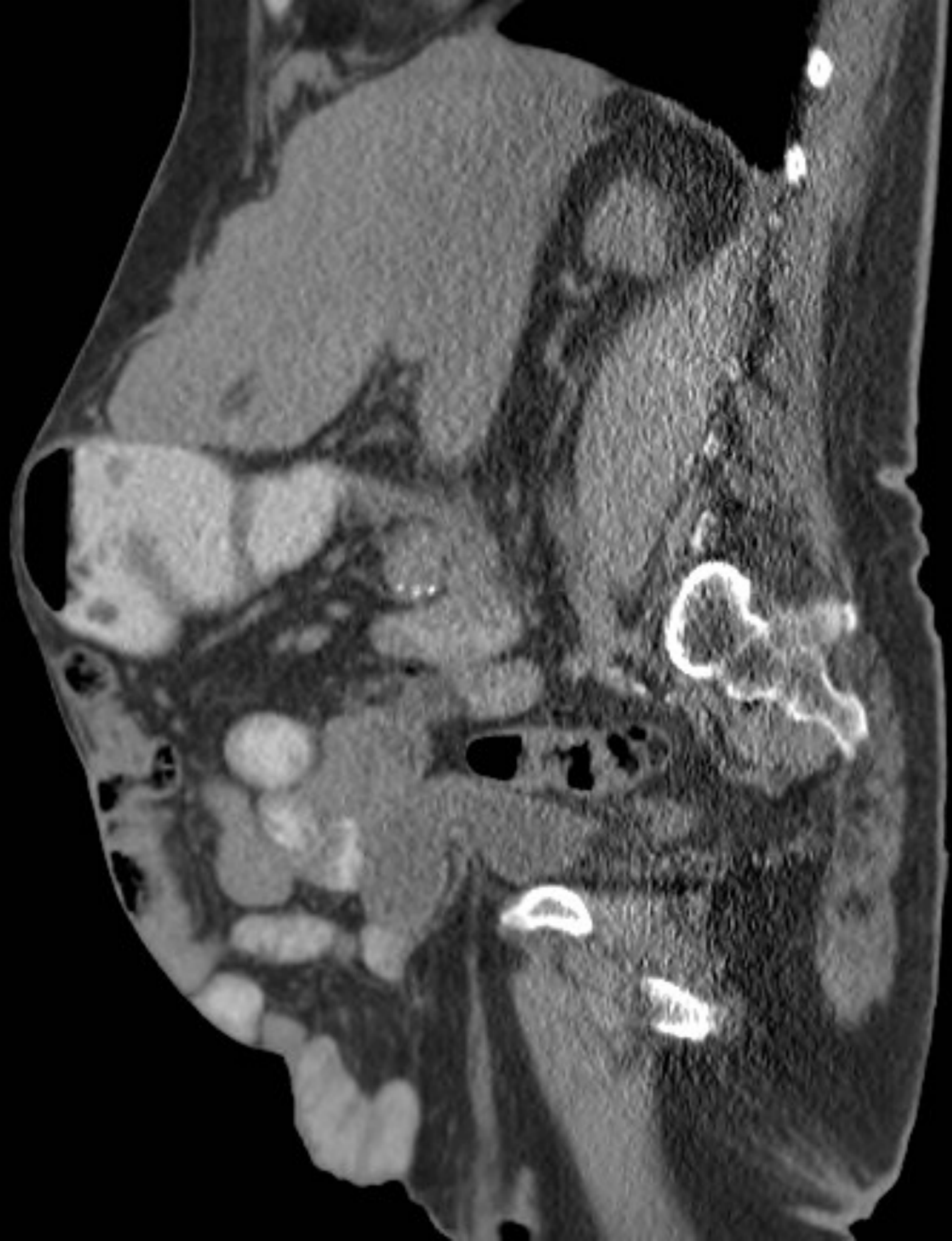


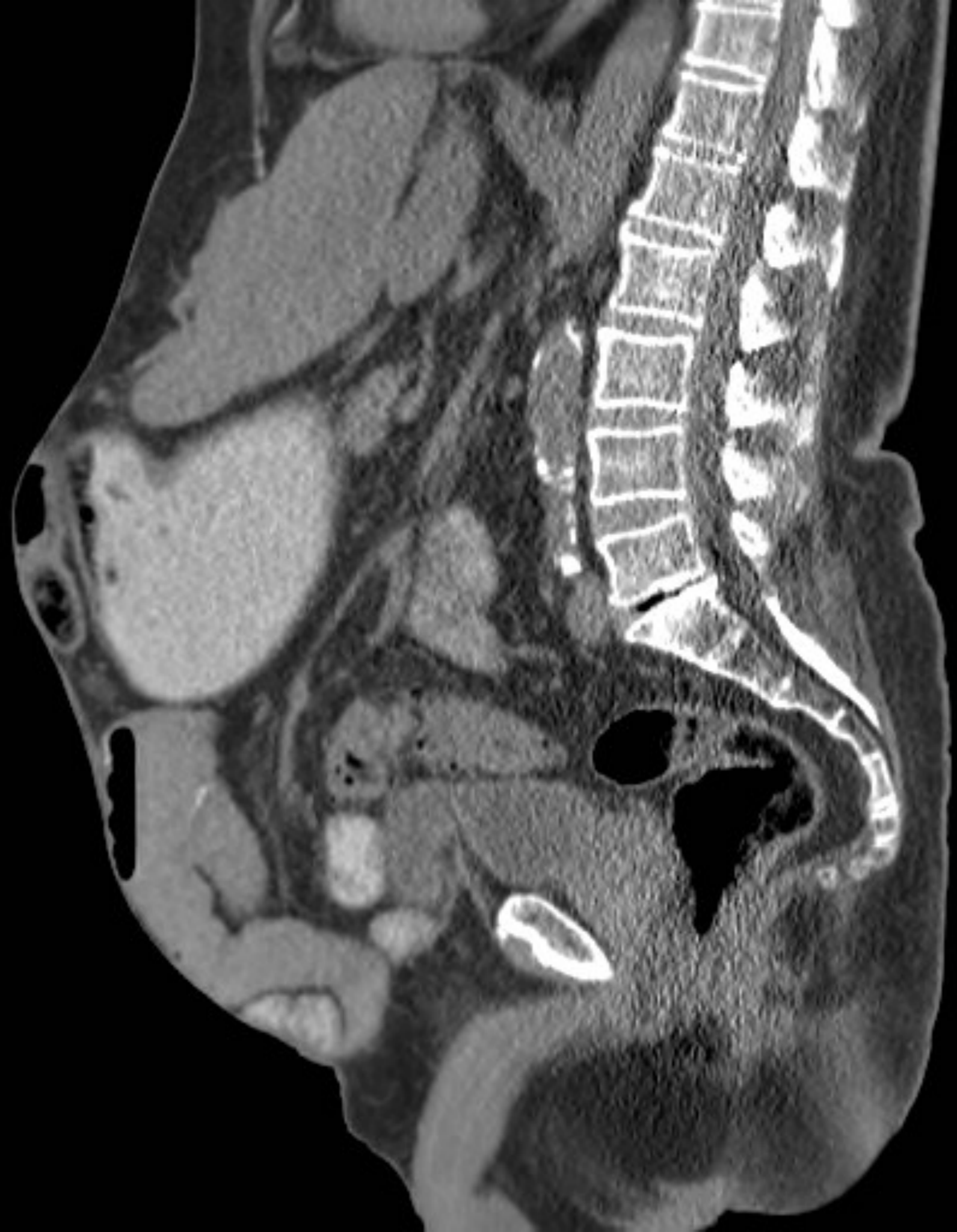


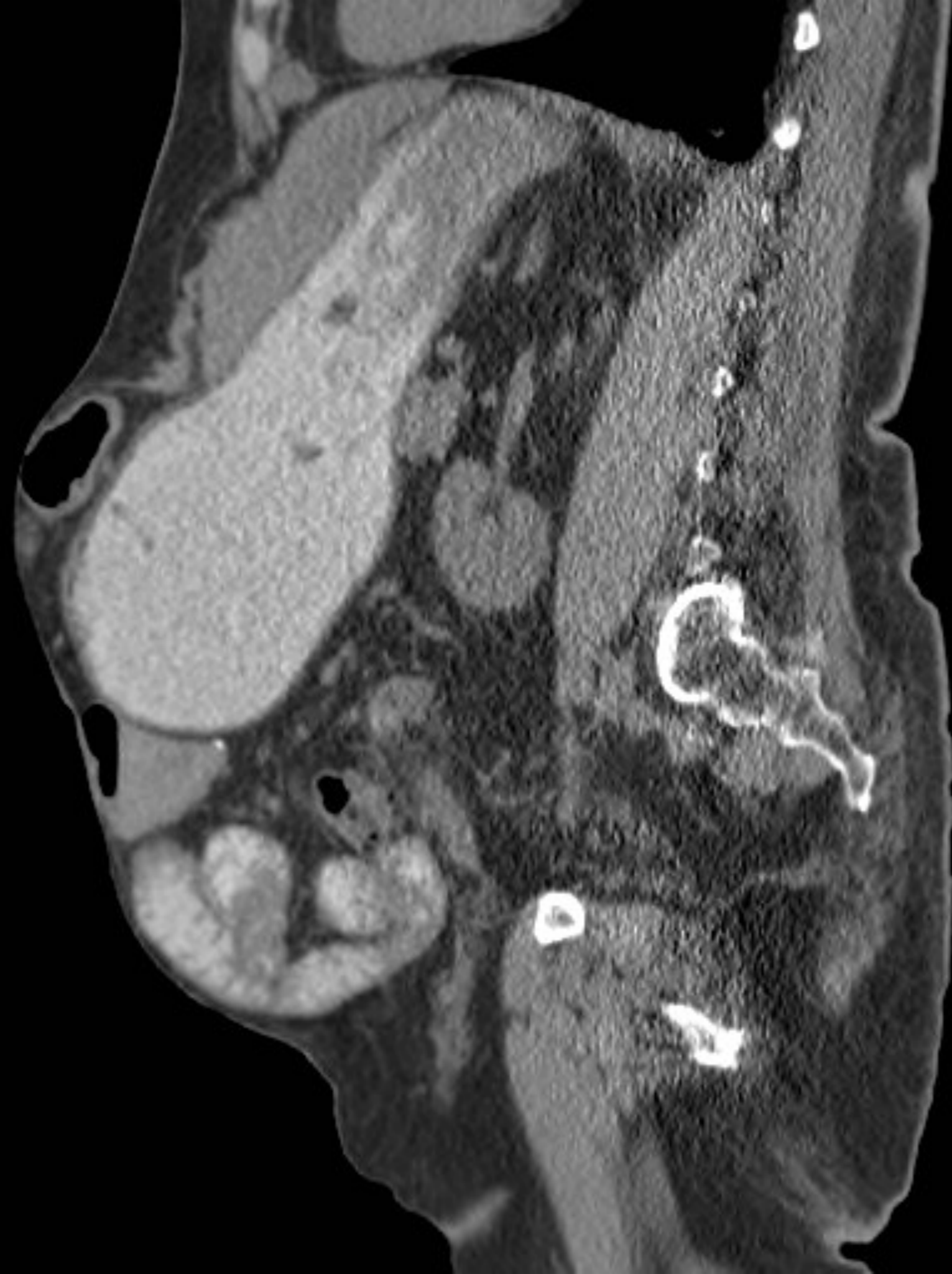


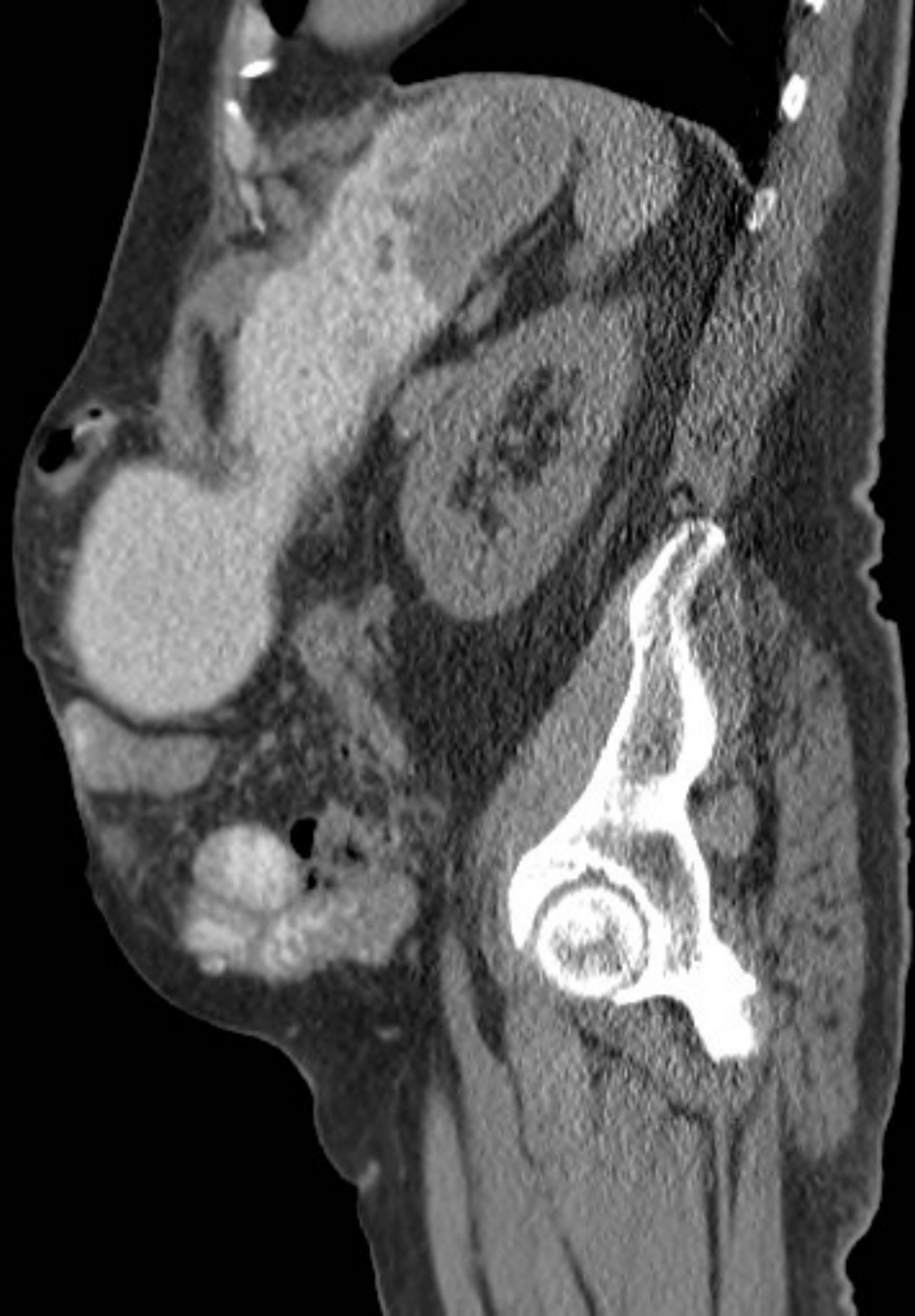




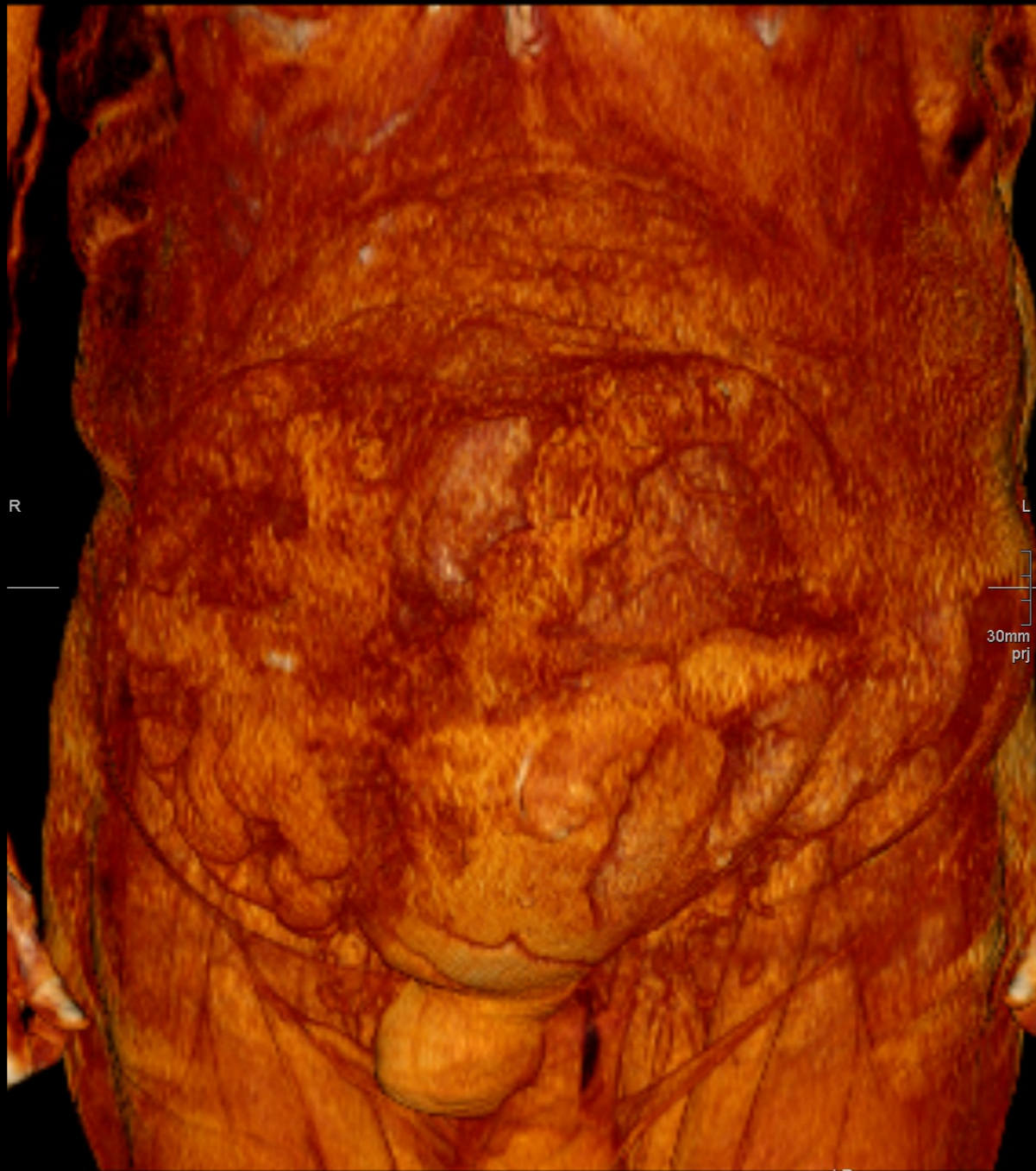








H



R

L

30mm
prj

LR

AP

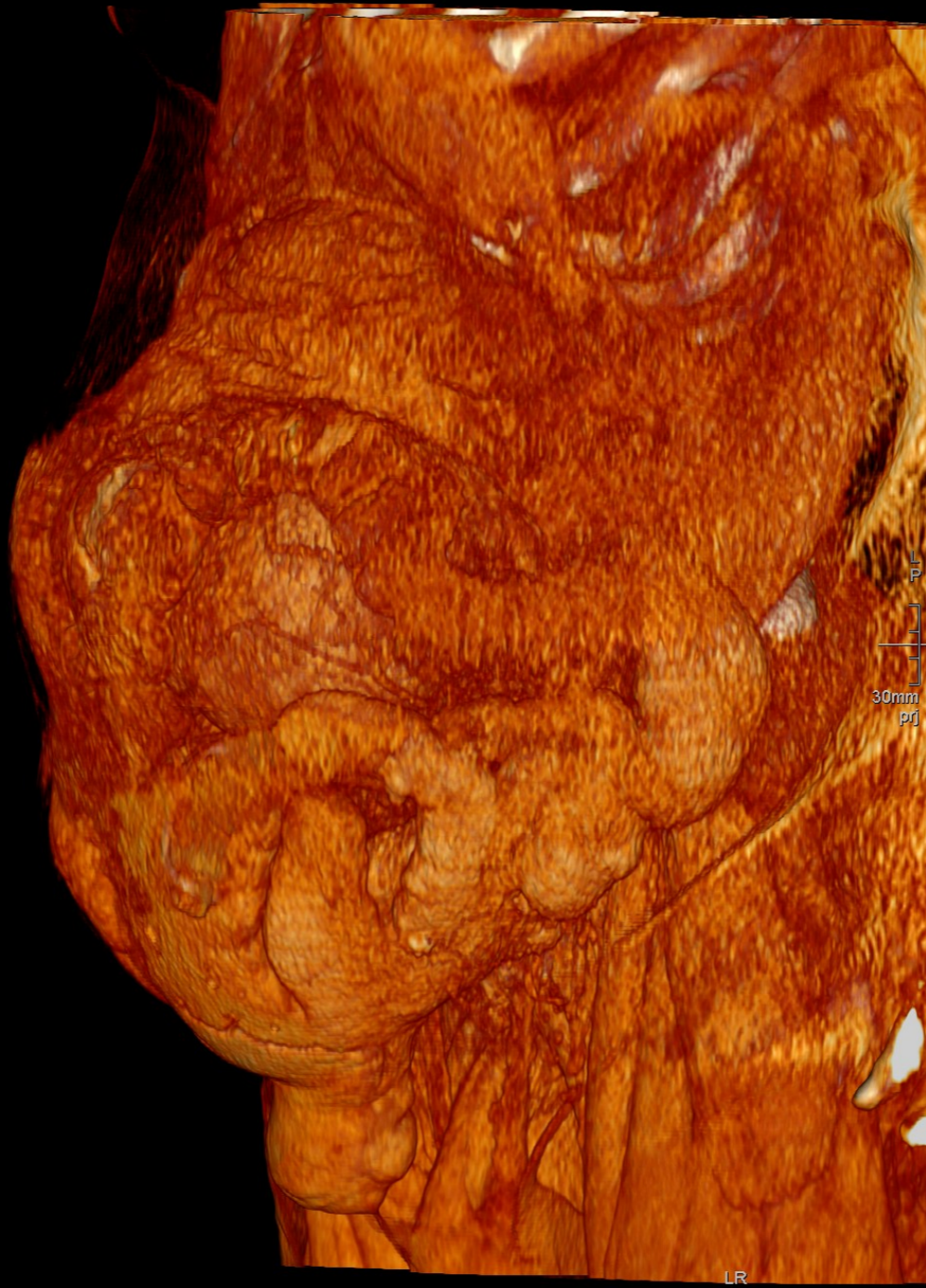
HF



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?

