

# Eventración Catastrófica

Laura Gálvez Núñez , Alberto Berbel Bonillo y Neus Ballester Pla  
(Residentes de Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía Cardiovascular y Cirugía General).  
Pofesor: Dr. Fernando Carbonell Tatay.

2013

Unidad de Cirugía de Pared

**LaFe**  
Hospital  
Universitari  
i Politècnic







# Consulta

Mujer de 55 años remitida desde otro Hospital de Valencia, a nuestra Unidad de Cirugía de Pared, para valoración de eventración catastrófica secundaria a varias intervenciones previas a raíz de una Hernia Umbilical la ultima con retirada de malla previa, por infección crónica, con una evolución de 2 meses.

**NHC:** xxxxxxxx

# ANAMNESIS

## ANTECEDENTES PERSONALES

- RAM a la penicilina.
- HTA tratada farmacológicamente, sin tratamiento actual por tensiones estables.
- No Dislipemia. No diabetes mellitus.
- Ex fumadora desde hace 25 años. Consumo moderado alcohol y no otros hábitos tóxicos.
- Padres fallecidos de muerte natural.
- Persistencia de tumoración en zona inguinal y cadera derecha desde hace años, no sabe precisar cuánto tiempo, pero sí estaba antes del 2010.
- No otros antecedentes médicos de interés.

No refiere medicación habitual.

# ANAMNESIS

## ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

- Hernia umbilical hace más de 15 años. Hernioplastia y colocación de malla sintética.
- Dos hijos (1985 y 1989) ambos por parto vaginal.
- Recidiva de la hernia, con eventración incarcerada operada de urgencia en 2010 con colocación de malla. Desconocemos la técnica de reparación de la pared por haberse realizado en otro centro.
- Fistulización de la herida. Cierre quirúrgico en 2012. Permeable desde entonces con salida de material seroso.
- Última intervención. Operada de urgencia el día 27/06/13 por infección de la malla por *Staphylococcus aureus*. Se realiza curetaje y se retira la malla (ambas intervenciones en otro centro hospitalario).

Después de su última intervención (27/06/13) se da el alta a la paciente el día 03/07/13 por mejoría clínica, sin incidencias reseñables durante el ingreso. A los 10 días del alta comienza a aumentar de tamaño la tumoración. La paciente ha acudido a todas las revisiones en consultas externas que le fueron indicadas.

Reunidos en sesión, los cirujanos del Servicio de Cirugía General de su Hospital deciden realizar una solicitud de cambio de centro a nuestro Servicio el día 21/08/13..



El día 30/08/13, debido al aumento de la sintomatología y la incapacidad de deambulaci3n por al exagerado tama1o de su abdomen y de la hernia, que le impide hasta la deambulaci3n, la paciente decide acudir a Urgencias de nuestro Hospital, siendo ingresada en nuestro Servicio para planteamiento de estrategia terap9utica.

# Exploración Clínica

- Eventración catastrófica que afecta a toda la línea media (M1-4 W3).
- Cicatriz de laparotomía media previa.
- Peso: 98'5kg
- Talla: 153 cm
- IMC: 42'1 kg/m<sup>2</sup>
- Perímetro abdominal: 150 cm





# Exploraciones Complementarias

- Estudio Preoperatorio
  - Analítica / Bioquímica / Hemostasia
  - ECG
  - RxTx
- TC Pared Abdominal

# Analítica / Bioquímica / Hemostasia

Valores de interés:

- PCR: 233'8 mg/L
- Hb: 8'5g/dL
- Hto: 29'4%
- Leucocitos: 15930/ $\mu$ L (73% de neutrófilos)
- Plaquetas: 752000/ $\mu$ L
- Fibrinógeno: 1237 mg/dL

# ECG y RxTx

- No presentan alteraciones que contraindiquen el acto quirúrgico.

# TC Pared Abdominal (30/08/13)

Signos de eventración de línea media, en región epigástrica y umbilical (M2-M3), con evidencia de malla quirúrgica previa reeventrada por desinserción del recto derecho.

Herniación de parte del lóbulo hepático izquierdo, colon ascendente, transverso, apéndice vermiforme, asas de íleon distal con contenido graso del omento y abundante mesentérico. No hay líquido libre intraperitoneal ni signos de sufrimiento de asa en las asas contenidas en el saco herniario.

Destaca una gran colección líquida extraperitoneal, entre el tejido subcutáneo y la pared muscular en región umbilical, infraumbilical y pared lateral derecha de flanco y fosa ilíaca derecha. La colección es homogénea, de aprox. 40 x 23.5 x 45cm (T, AP y CC) que sugiere un seroma gigante, en relación con los antecedentes quirúrgicos. No se observan signos de sobreinfección ni aire en su interior.

Hígado homogéneo sin visualizarse lesiones focales hepáticas. Ausencia de dilatación de la vía biliar intra/extrahepática. No se visualizan colelitiasis radioopacas.

Páncreas de morfología, grosor y atenuación normal.

Bazo, riñones y glándulas adrenales dentro de la normalidad.

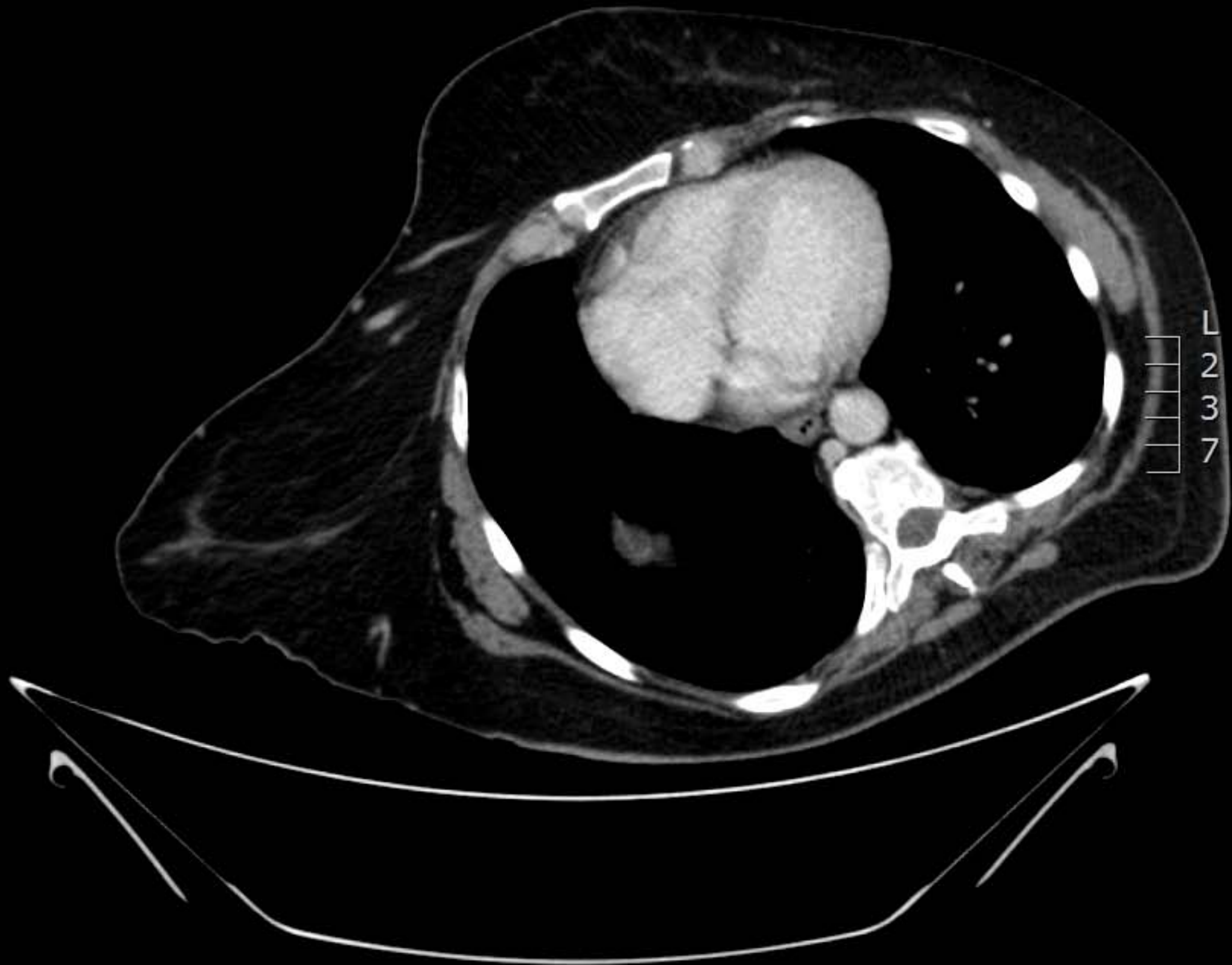
Vejiga sin alteraciones.

No se visualizan adenopatías intraabdominales, retroperitoneales ni líquido libre intraabdominal.

## CONCLUSIÓN:

**- Re-eventración abdominal de línea media M2-3 W3 con seroma gigante en el tejido subcutáneo y pared abdominal sin signos de sobreinfección. No se observan signos de sufrimiento de asas.**





P394

CONTRAST



P394

CONTRAST



125.3 mm

R  
2  
5  
1

L  
2  
3  
7

P394

CONTRAS



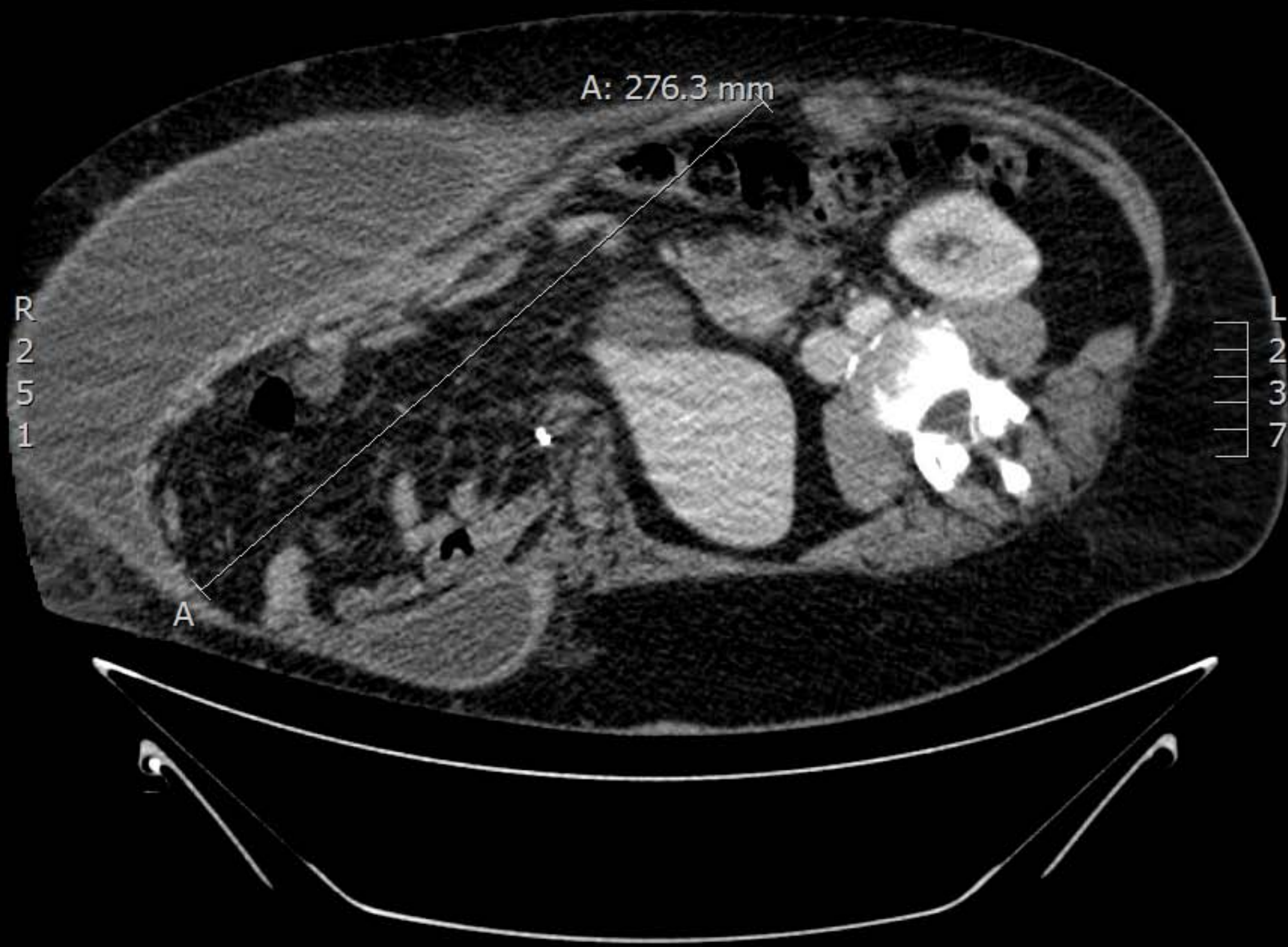
136.1 mm

R  
2  
5  
1

L  
2  
3  
7

P394

CONTRAST



P394

CONTRAST



P394

CONTRAST

R  
2  
5  
1

L  
2  
3  
7

P394

CONTRAST









I49

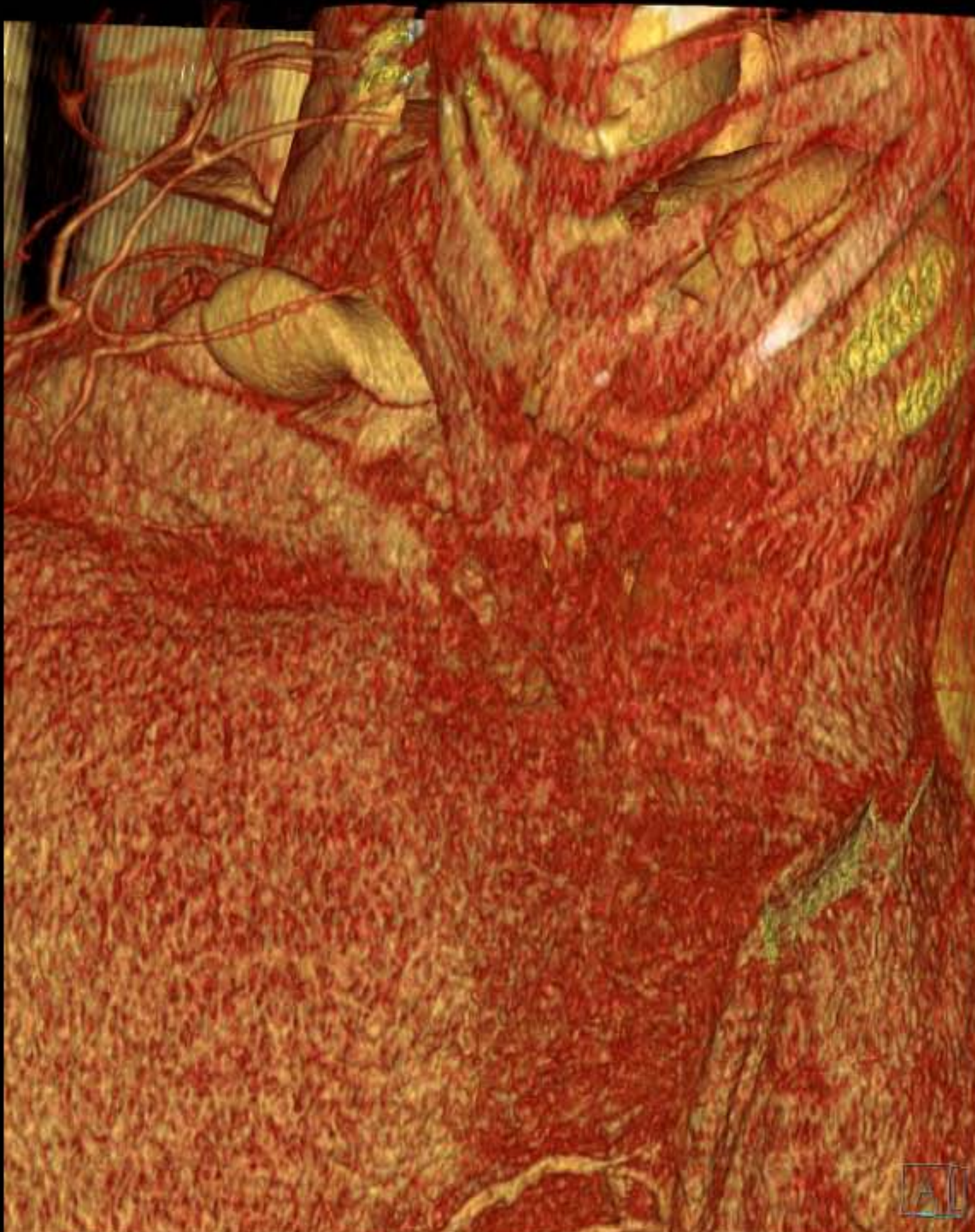
I665

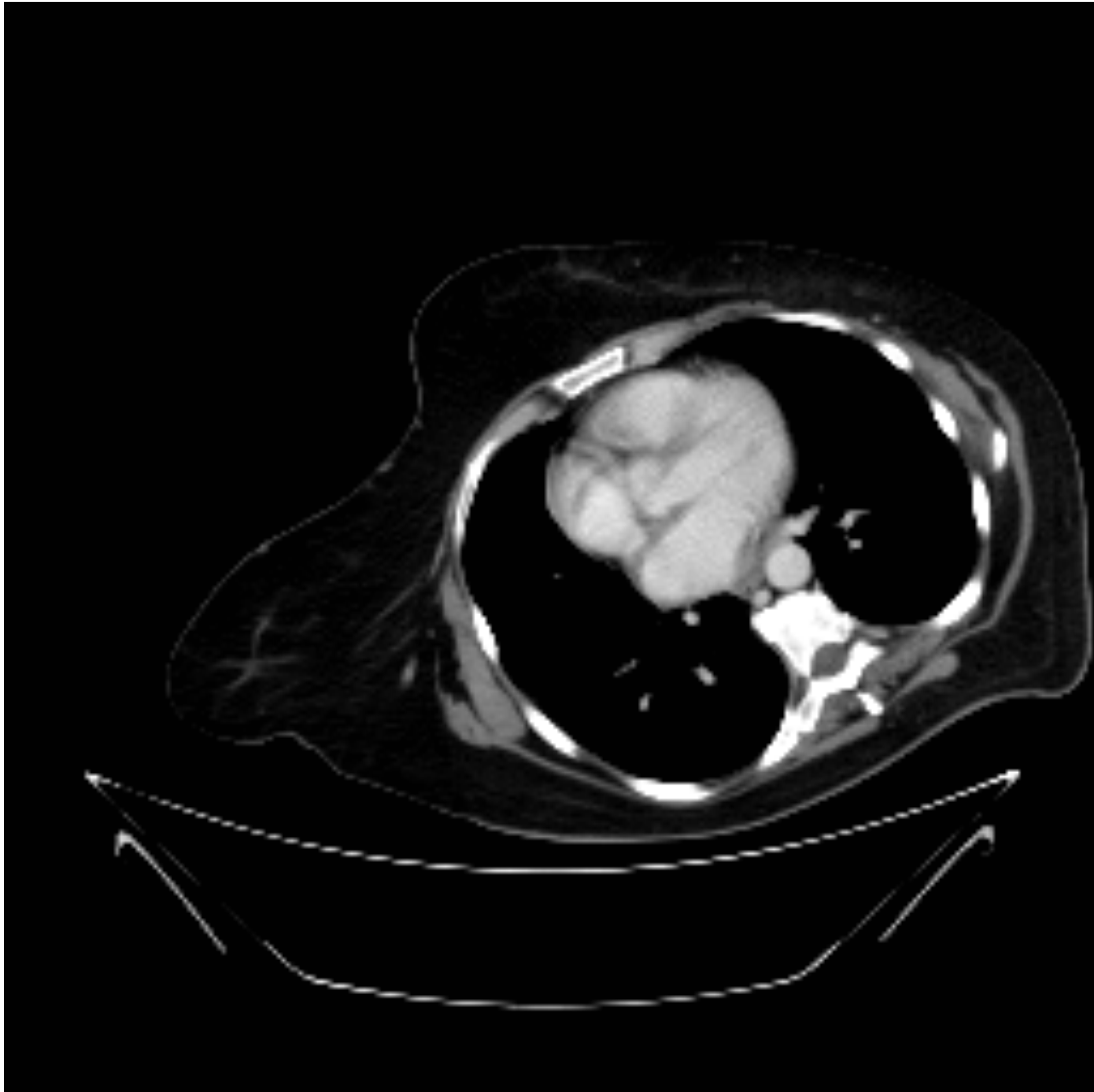


I49



I665





Tras el inesperado hallazgo de una gran colección líquida en el saco herniario en el TAC, se decide realizar punción Eco-dirigida de la misma por Radiología Intervencionista, extrayéndose más de 13 L de líquido serohemático.

## **Líquido drenado al ingreso (03/09/13)**

Cultivo NEGATIVO.

Bioquímica del líquido:

- Leucocitos: 5576/ $\mu$ l (69% Neutrófilos).
- Glucosa: 44mg/dL.
- LDH: 2328 U/L
- Proteínas: 3'8 g/dL.

## **Cultivo del líquido a los 3 días (06/09/13)**

Cultivo NEGATIVO.



Tras la punción evacuadora y el estudio microbiológico negativo, el control por Intervencionismo determina la existencia de un seroma tabicado con múltiples septos que impiden un definitivo drenaje, por lo que repetimos el TAC.



# TAC dinámico (Valsalva)

Gran eventración abdominal de línea media. **CLASIFICACIÓN DE LA EVENTRACIÓN: M1-2-3-4-5 W3**

DIÁMETROS DEL ORIFICIO HERNIARIO: 28x16.7 cm (CC y T). DIÁMETROS SACO HERNIARIO: 30x12.5x23 cm (CC, AP y T). VOLUMEN SACO HERNIARIO: 4.516 cc. VOLUMEN CAVIDAD ABDOMINAL: 7.966 cc. **PORCENTAJE DE VOLUMEN ABDOMINAL HERNIADO: 56%**

CONTENIDO DEL SACO HERNIARIO: parte del lóbulo hepático izquierdo, estomago, colon ascendente, transverso, apéndice vermiforme, asas de íleon distal con contenido graso del omento y abundante mesenterio. No hay líquido libre intraperitoneal ni signos de sufrimiento de asa en las asas contenidas en el saco herniario.

ESTADO DE LA MUSCULATURA: La musculatura lateral izquierda presentan buen trofismo, ambos rectos y la musculatura lateral derecha se encuentran plegados rechazados por la eventración.

Persiste el seroma de grandes dimensiones localizado entre el tejido subcutáneo y la pared muscular en región umbilical, infraumbilical y pared lateral derecha de flanco y fosa ilíaca derecha. Actualmente el seroma presenta aire en su interior secundario a la punción del mismo y a la presencia de drenaje en su interior y ha disminuido de tamaño aunque persiste aun gran cantidad de liquido en su interior , las medidas aproximadas actuales son 27 x 11 x 33 cm (antes 40 x 23.5 x 45cm ).

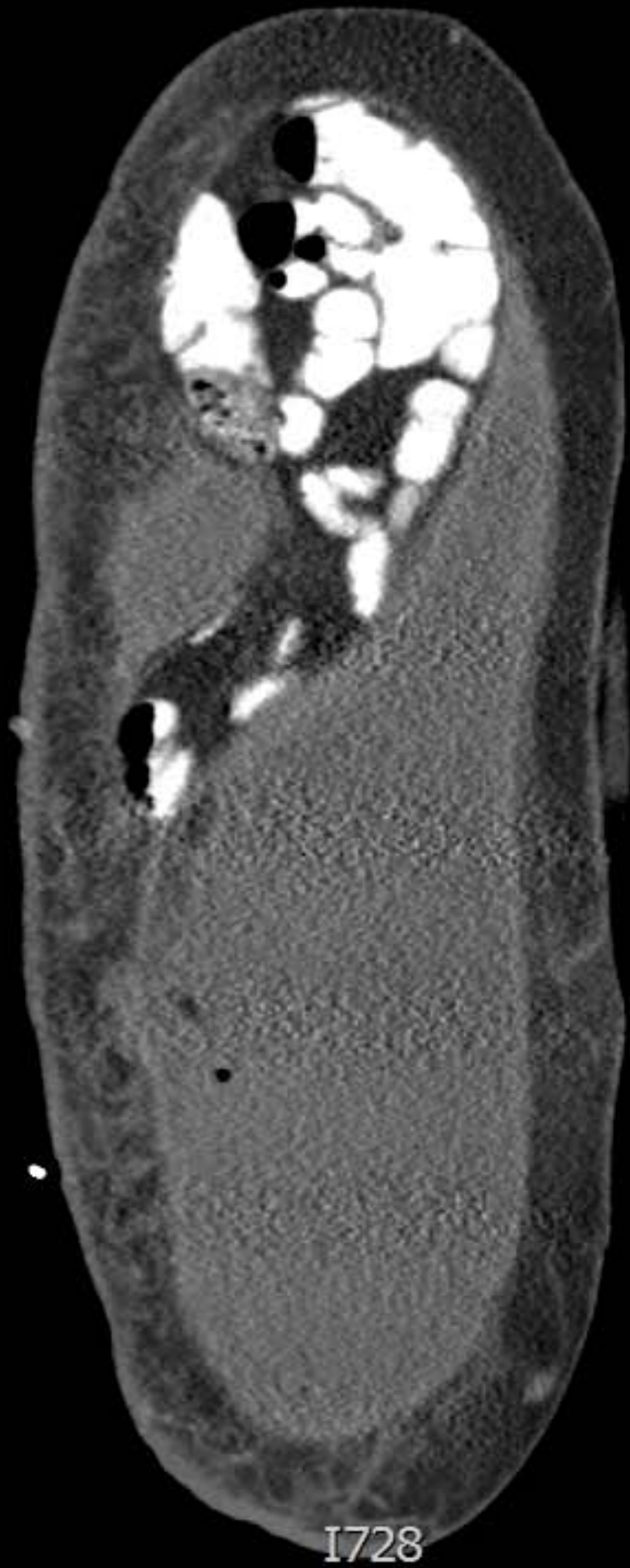
OTROS DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL: No

ÁREA INGUINAL: sin evidencia de hernias

## **CONCLUSIÓN:**

**Gran eventración de línea media M1-2-3-4-5 W3.**

**Enorme seroma, que ha disminuido de tamaño respecto a control previo, aunque persiste gran cantidad de liquido en su interior con aire por la puncion reciente.**

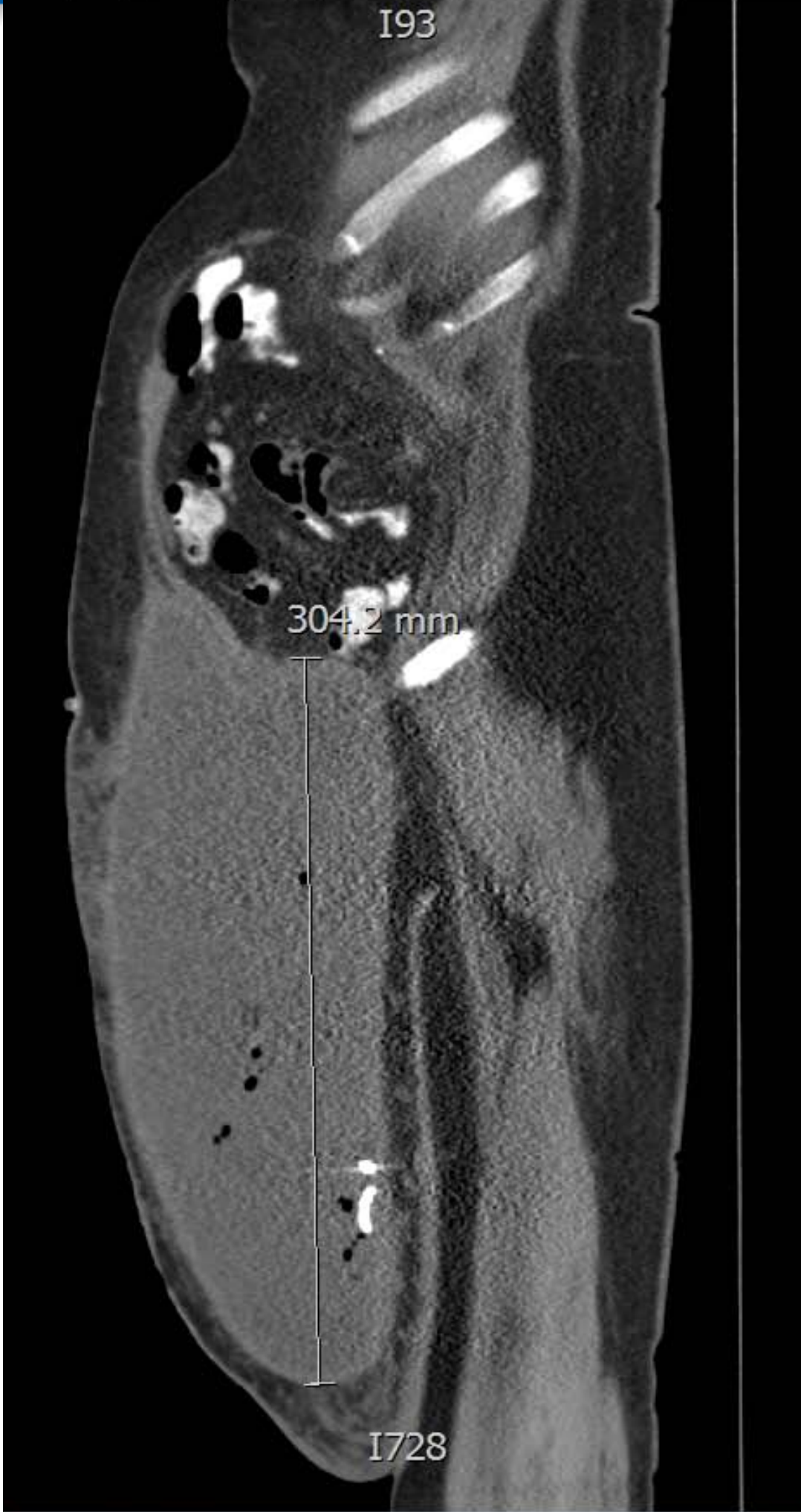


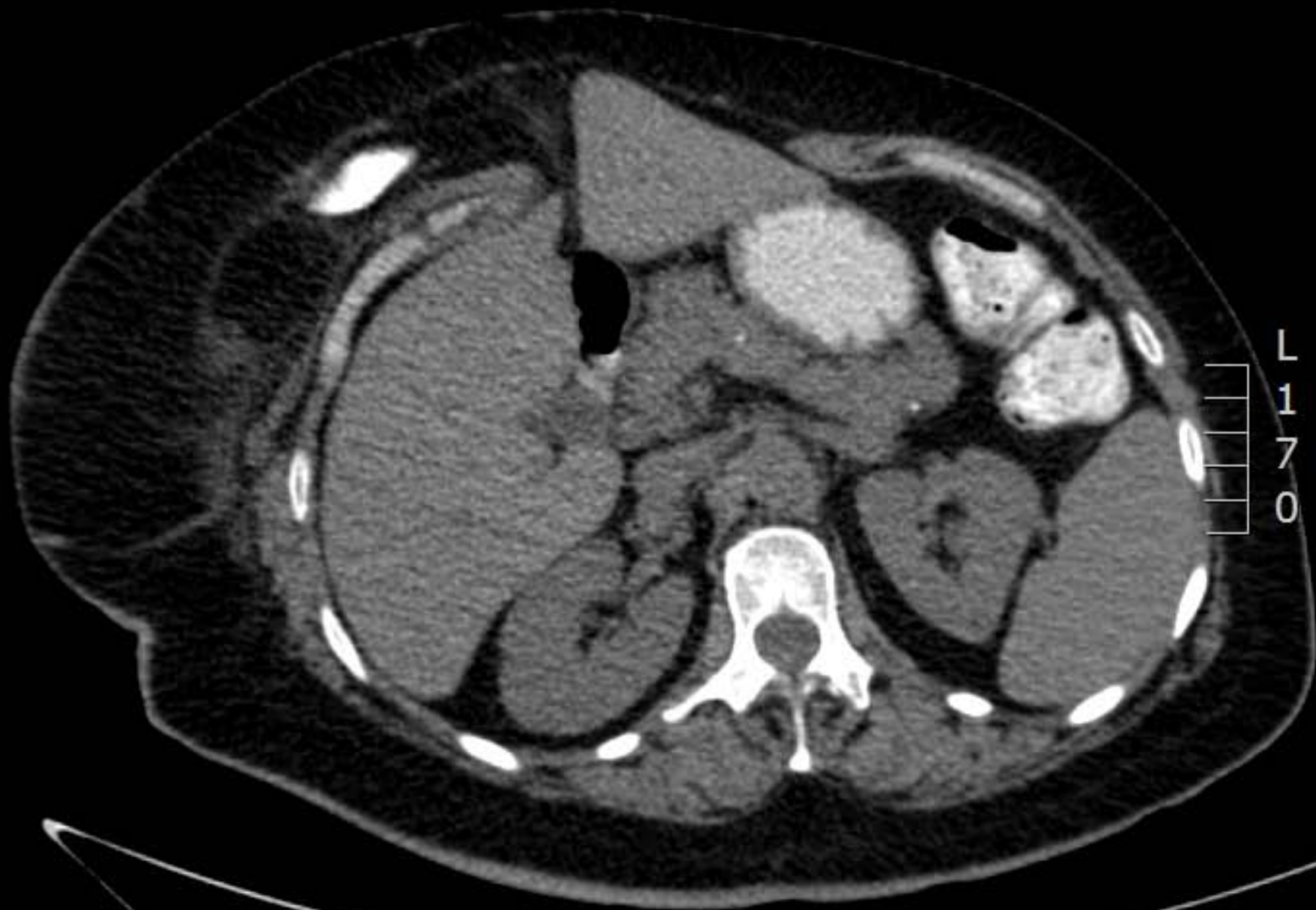
I728



I728

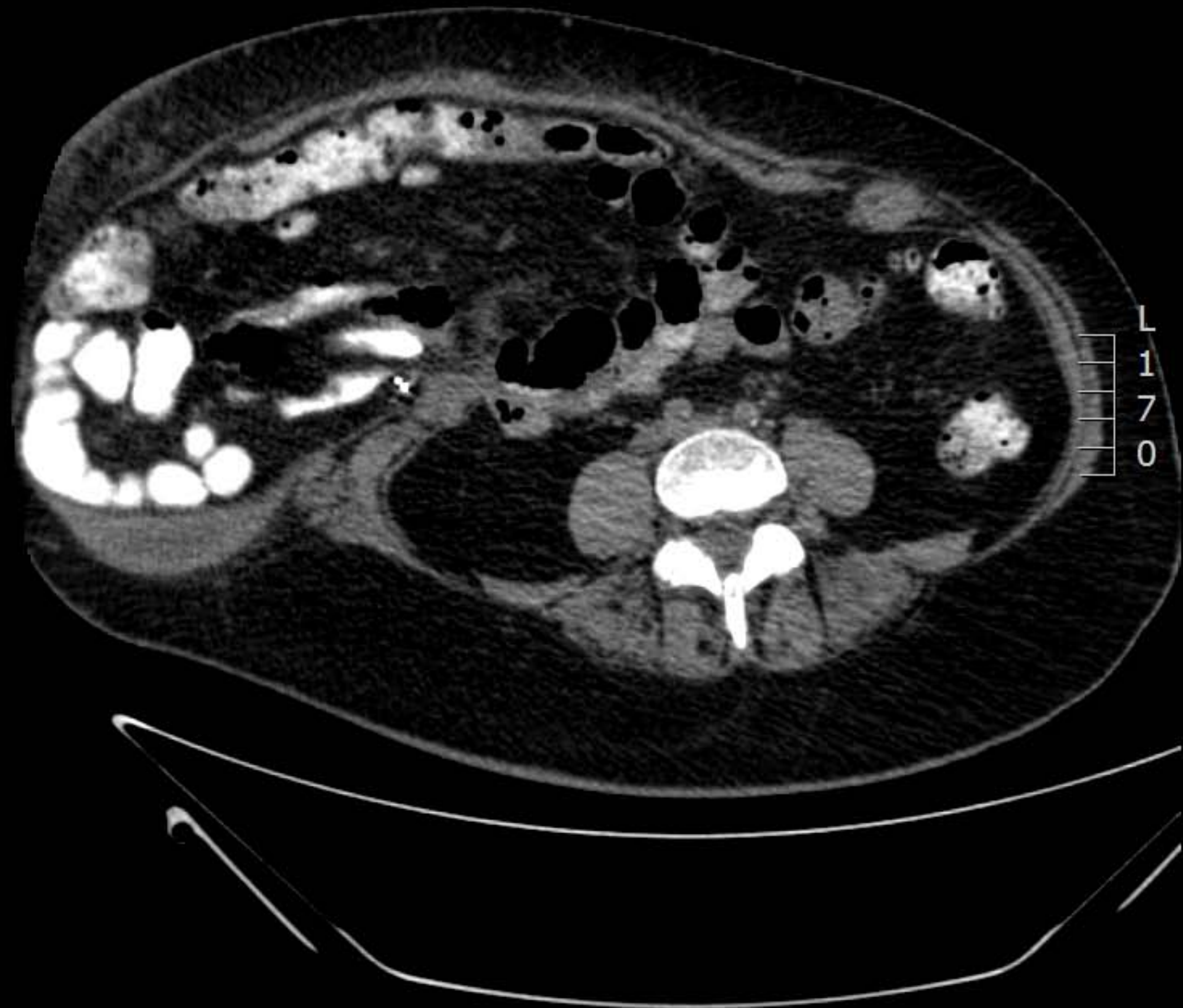
I93





L  
17  
0







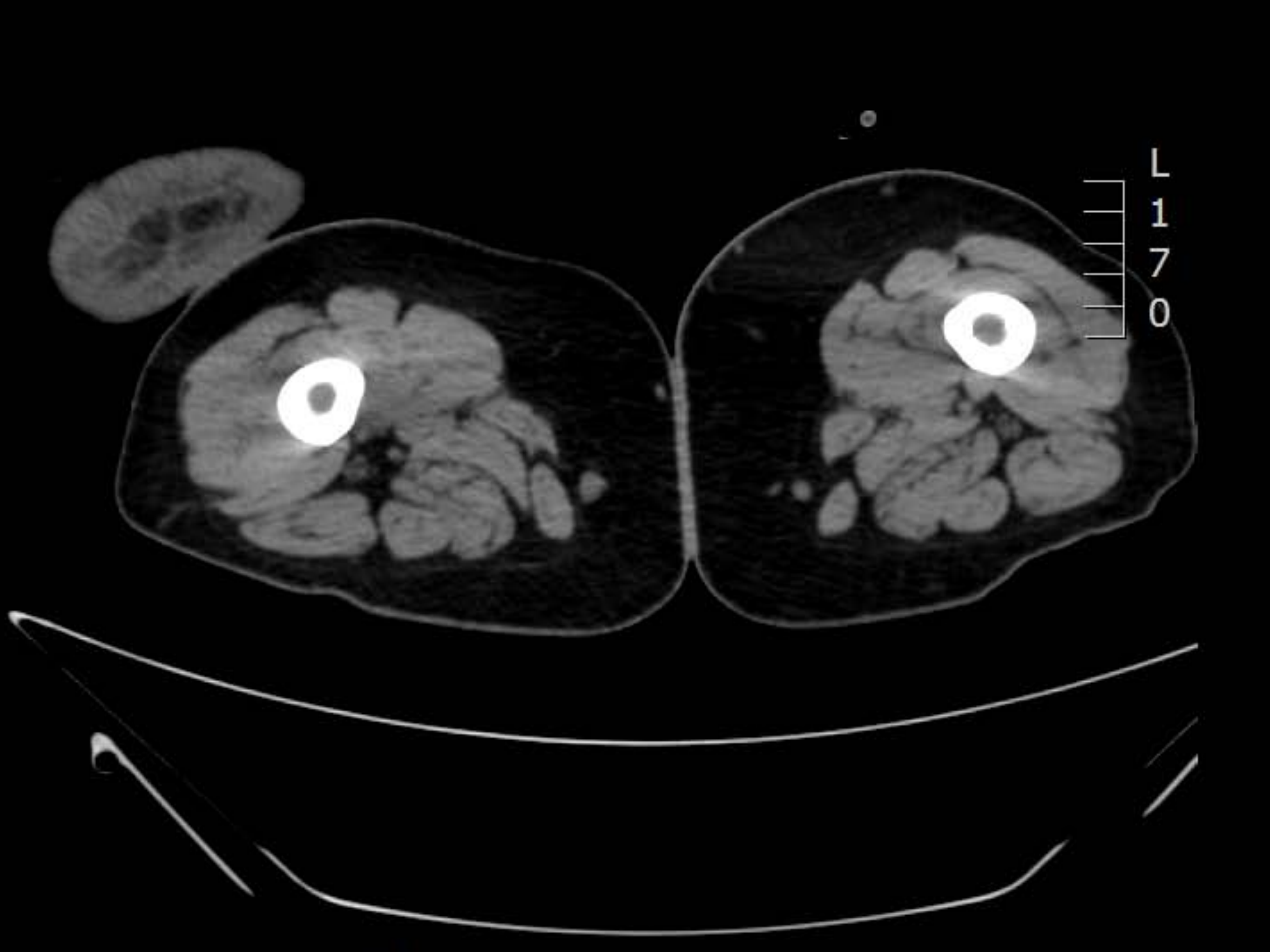






L  
1  
7  
0





# Especialistas consultados:

- Cirugía Plástica y Reparadora
- Endocrinología y Nutrición.
- Radiología Intervencionista.
- Rehabilitación Médica.
- Fisioterapia.
- Psiquiatría.

# Posibles estrategias preoperatorias y preguntas a los especialistas:

- 1.- ¿Cirugía en uno o en dos tiempos? Limpieza seroma y retirada de antigua prótesis y cierre sin prótesis.
- 2.- Cirugía definitiva, con abdominoplastia, resección de piel, retirada de prótesis antigua, limpieza seromas y septos y Separación Anatómica de Componentes en uno o dos niveles o prótesis puente + SAC. Midiendo la Presión Intraabdominal.
- 3.- Debe emplearse una técnica (Toxina botulínica o Neumoperitoneo) de preparación de la musculatura antes del intento de reparación.
- 4.- ¿Qué otras alternativas pueden aconsejarse?