

# Eventración recidivada M4W2

## “Técnica de Rives con doble malla Clotteau-Premond ” IPOM + PPL Dynamesh

Fernando Carbonell Tatay

2012

Unidad de Cirugía de Pared

**LaFe**  
Hospital  
Universitari  
i Politècnic



**Paciente de 49 años intervenido en otro hospital de una hernia umbilical con posterior peritonitis por perforación iatrogénica y resección intestinal, eventración recidivada**



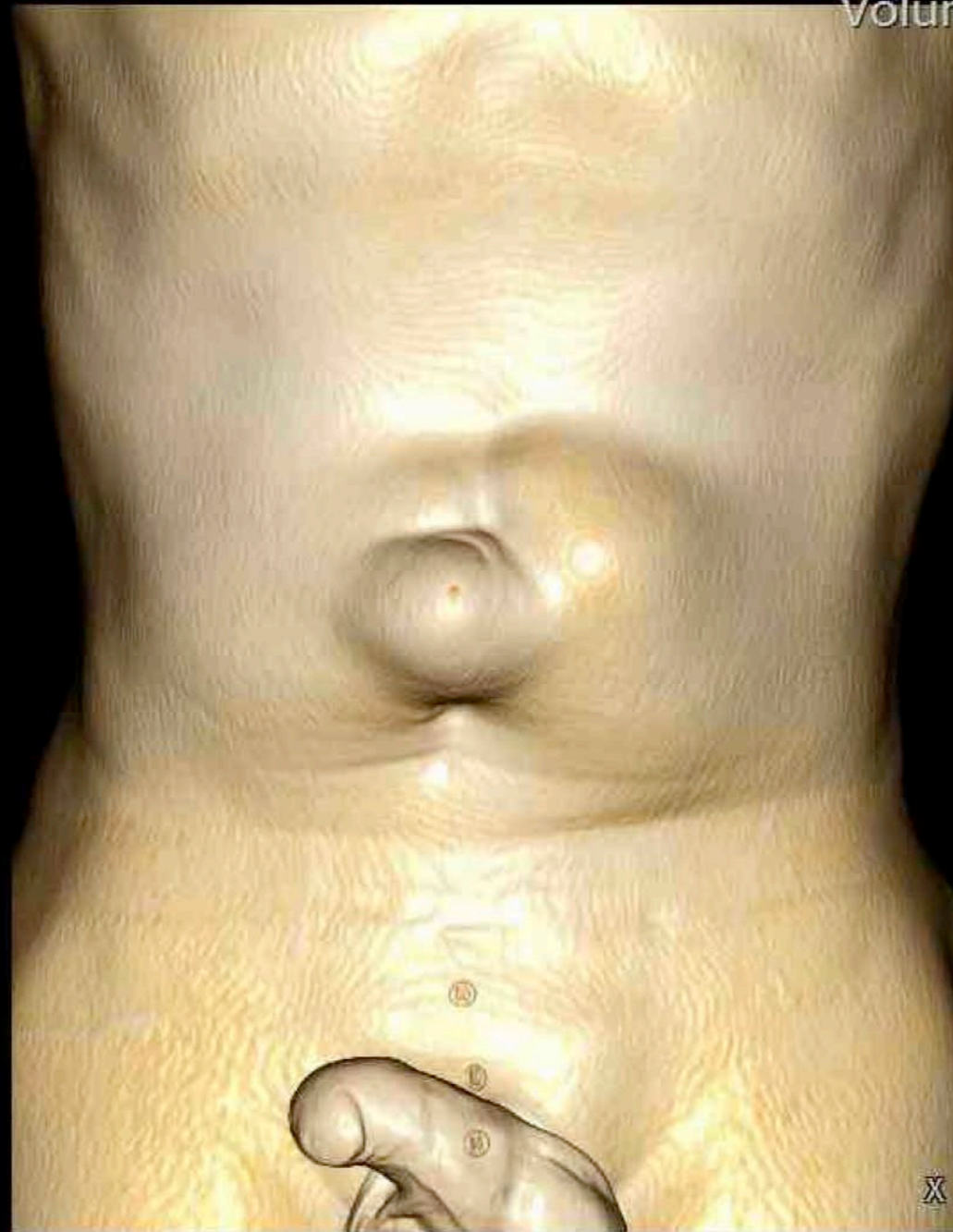
TAC PARED ABDOMINAL  
acc5888494

047Y  
M

Volume Viewing  
SE:1400  
IM:1

R

L



60mm  
prj

kV:  
mas  
DFOV

SL:  
LR

ST: mm

AAG:

CONTRAST:

HF

NHFE\_CT\_05

Esculpir: 0.0%  
modo: DVR

F

Y

Z



**Eventracion M3W2**  
**diámetros orificio herniario 8,6 x 8,8 cm**  
**diámetros saco herniario 8,06 x 5 x 11,2 cm**

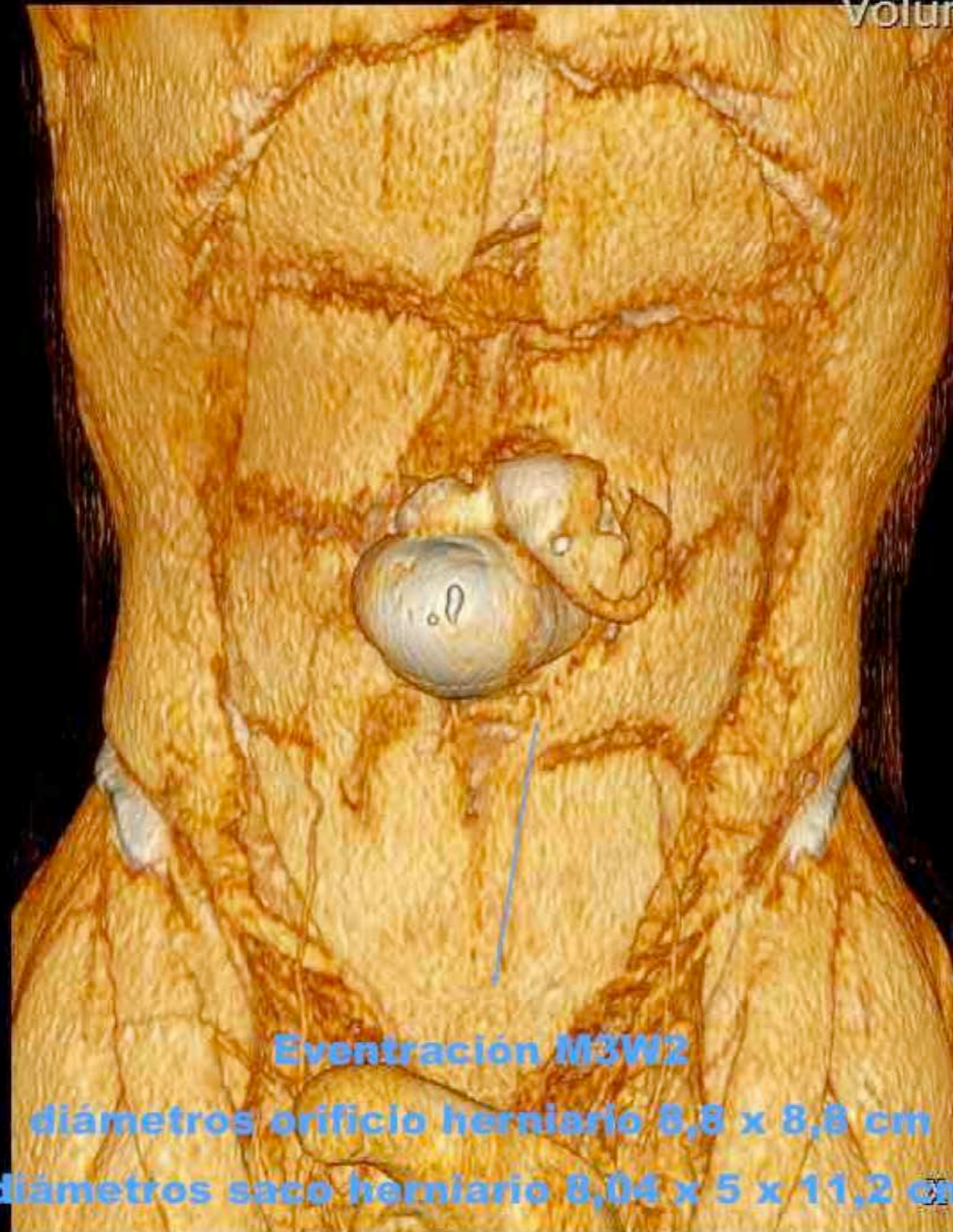
TAC PARED ABDOMINAL  
acc5888494

047Y  
M

Volume Viewing  
SE:1400  
IM:2

R

L



60mm  
prj

**Eventración M3W2**  
**diámetros orificio herniario 8,8 x 8,8 cm**  
**diámetros saco herniario 8,04 x 5 x 11,2 cm**  
**volumen saco 235,75 cc**

kV:

mas

DFOV

SL:

ST: mm

AAG:

CONTRAST:

HF

NHFE\_CT\_05

**volumen cavidad abdominal 5941,34 cc**

**Porcentaje de volumen herniado 3,97 %**

Esculpir: 0,0%

modo: DVR

F

Y

Z



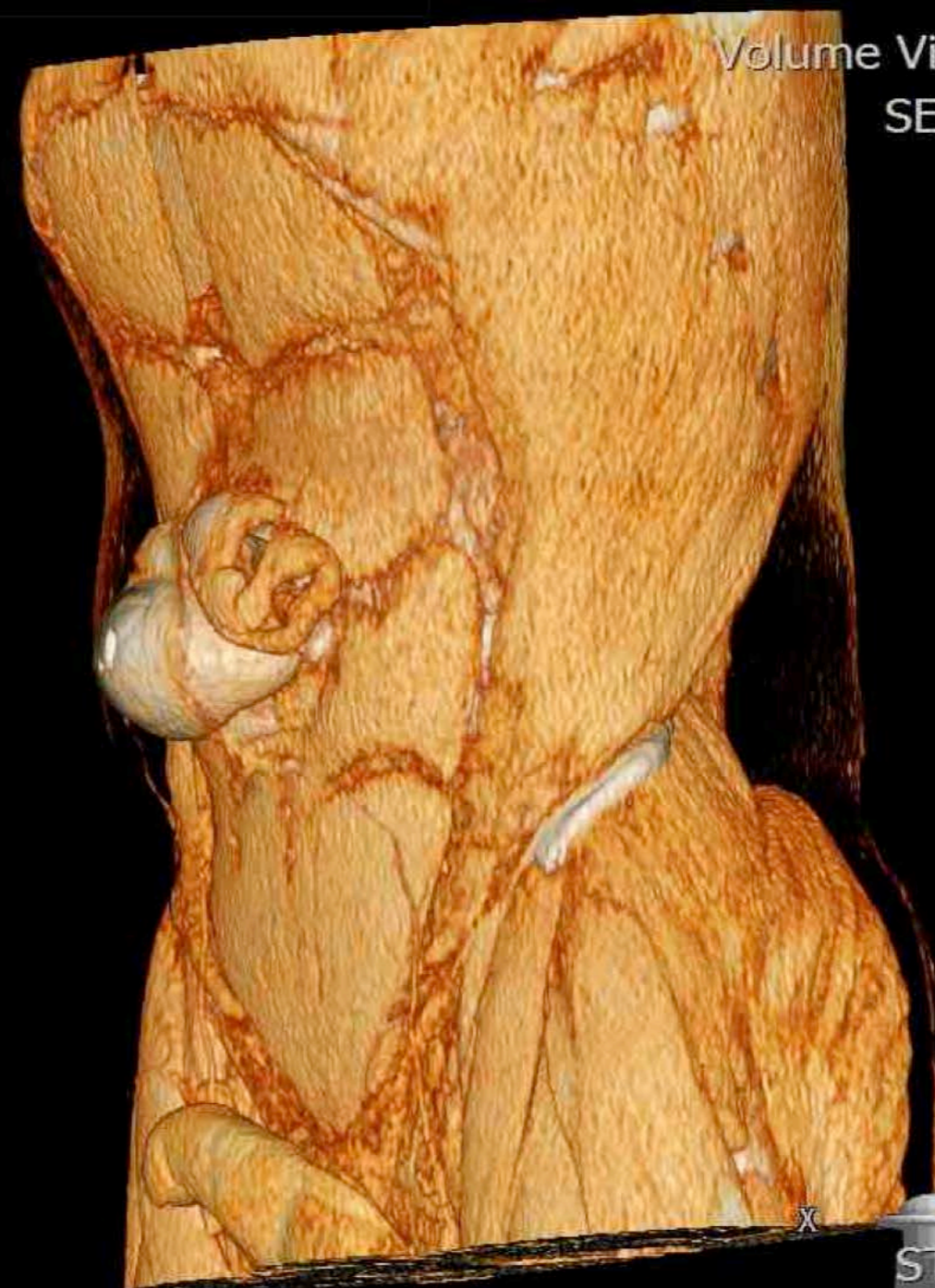
TAC PARED ABDOMINAL  
acc5888494

047Y  
M

Volume Viewing  
SE:1400  
IM:3

R  
A

L  
P



60mm  
prj

kV:  
mas  
DFOV  
SL:  
ST: mm

NHFE\_CT\_05

Y  
CONTRAST:  
Z

Esculpir: 0.0%  
modo: DVR

TAC PARED ABDOMINAL  
acc5888494

05/12/1991  
047Y  
M

Volume Viewing  
SE:1400  
IM:4

R  
A

L  
P

60mm  
prj

kV:  
mas  
DFOV

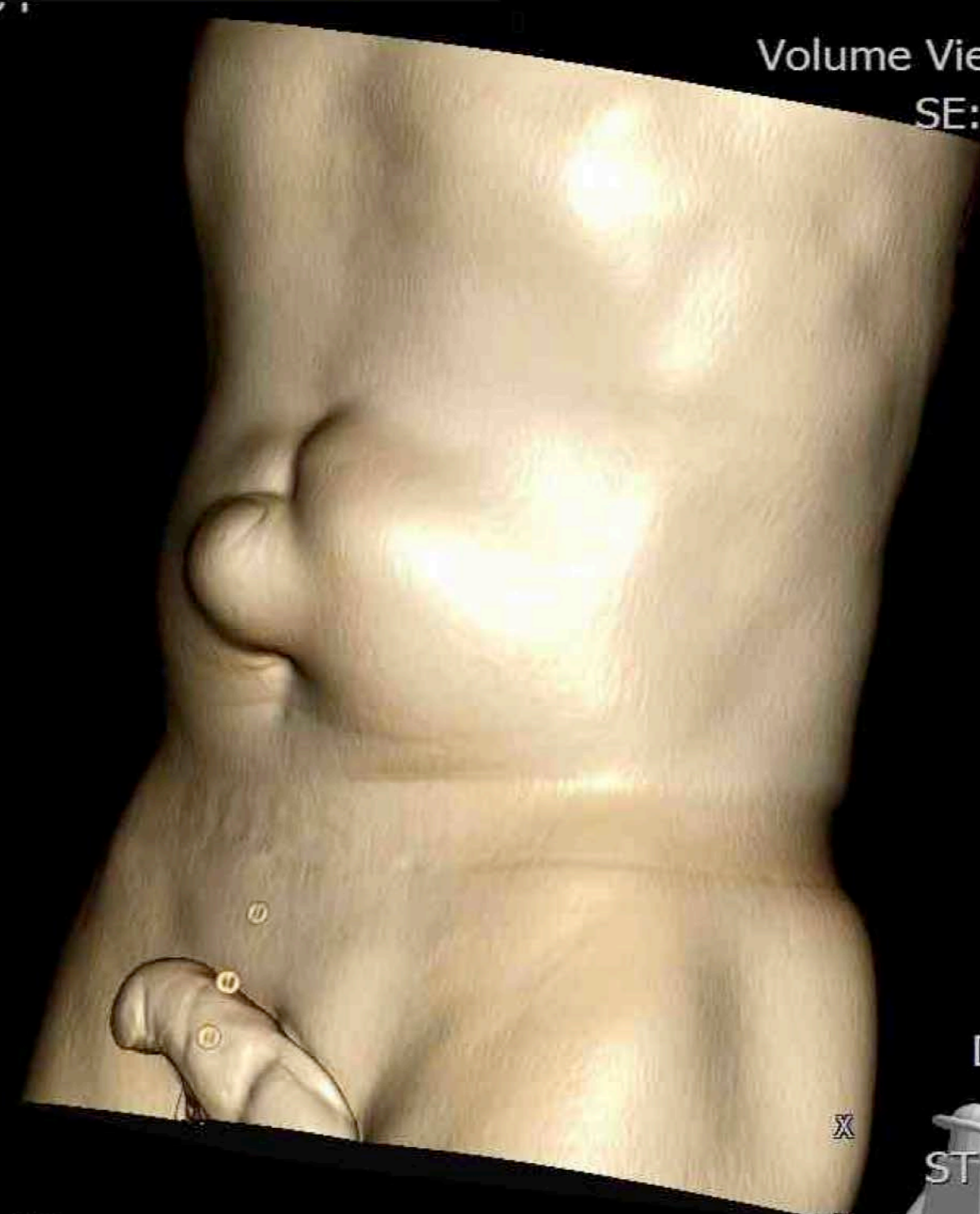
SL:  
ER:  
ST: mm

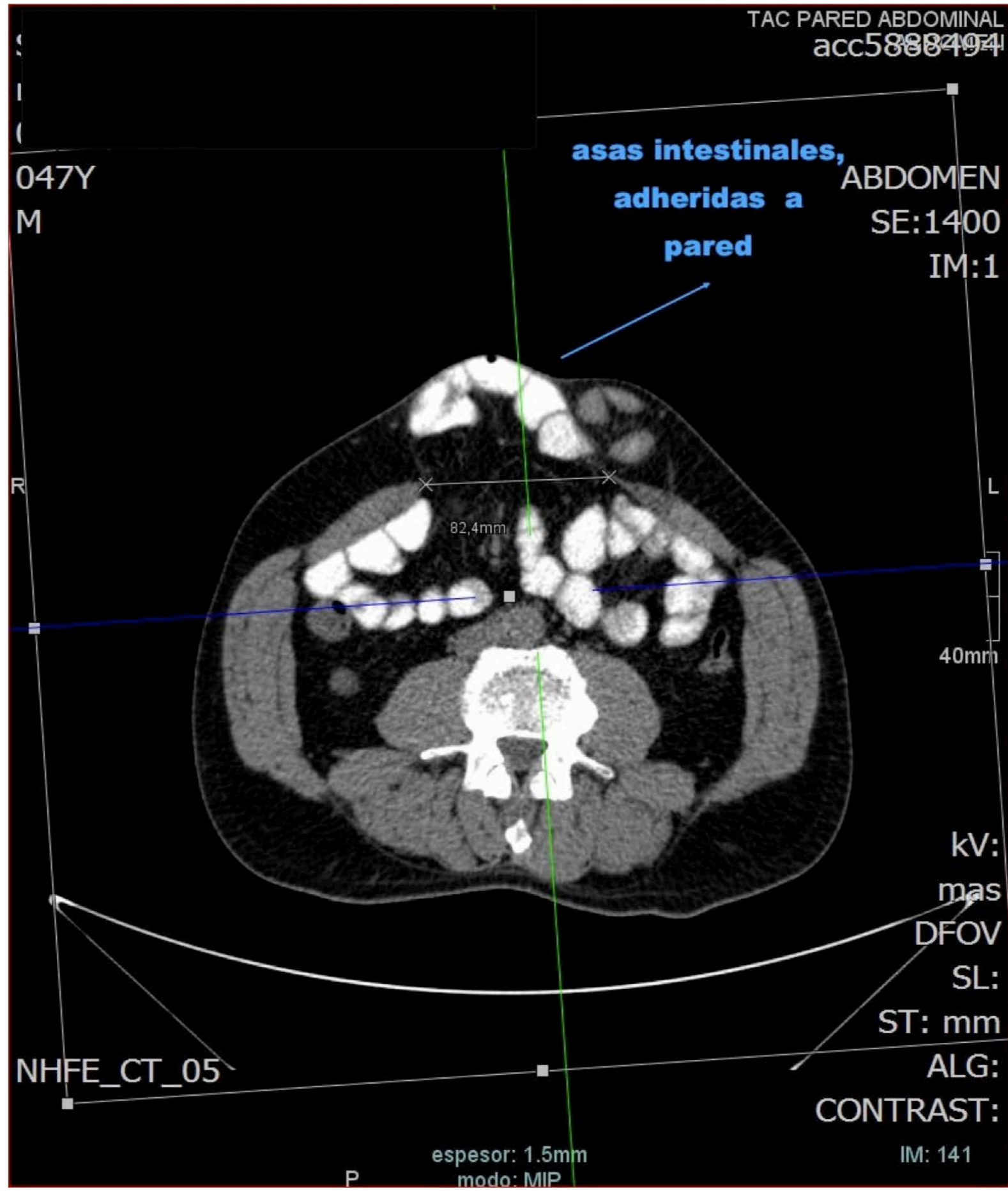
AG:

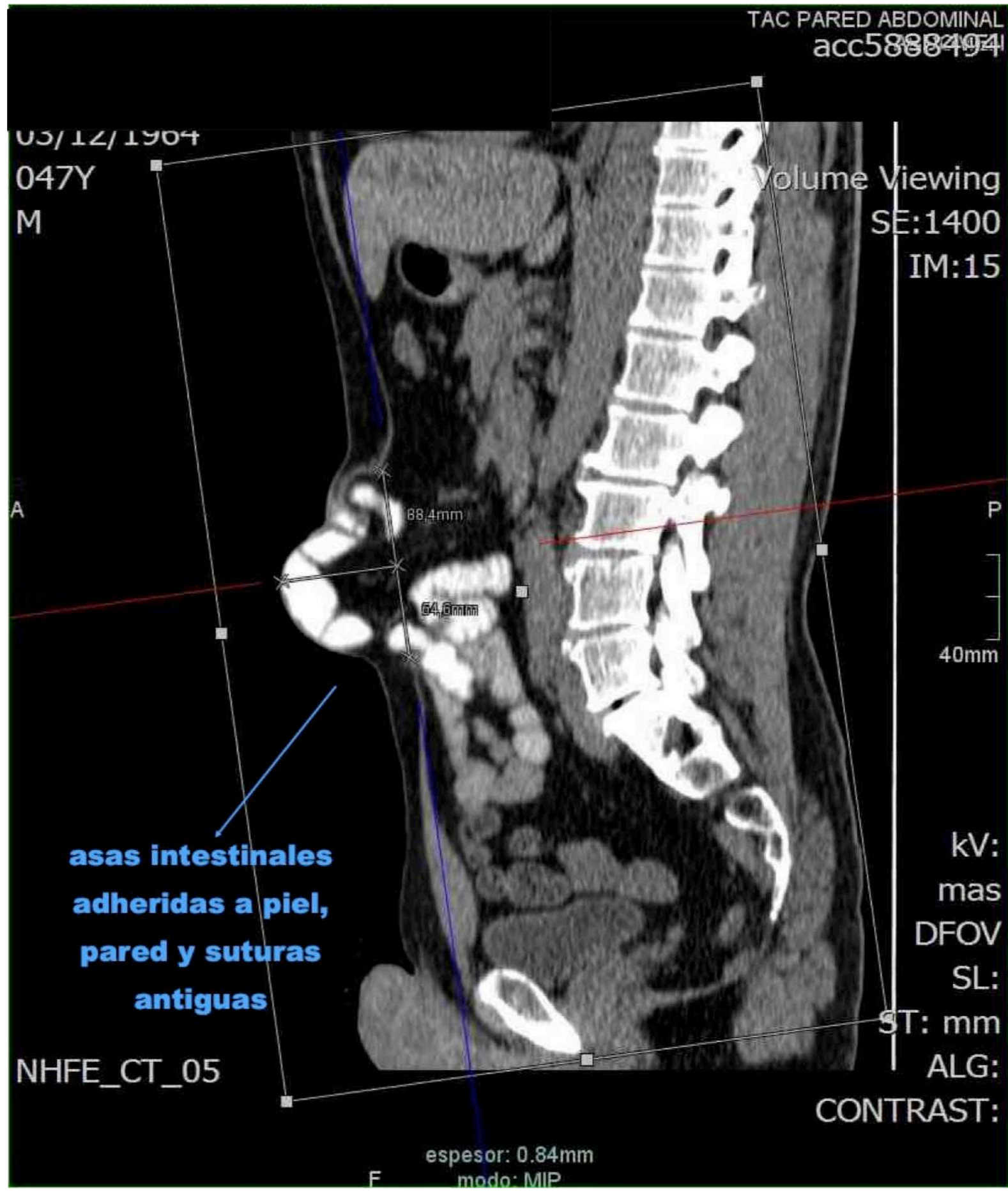
CONTRAST:  
HF

NHFE\_CT\_05

Esculpir: 0.0%  
modo: DVR

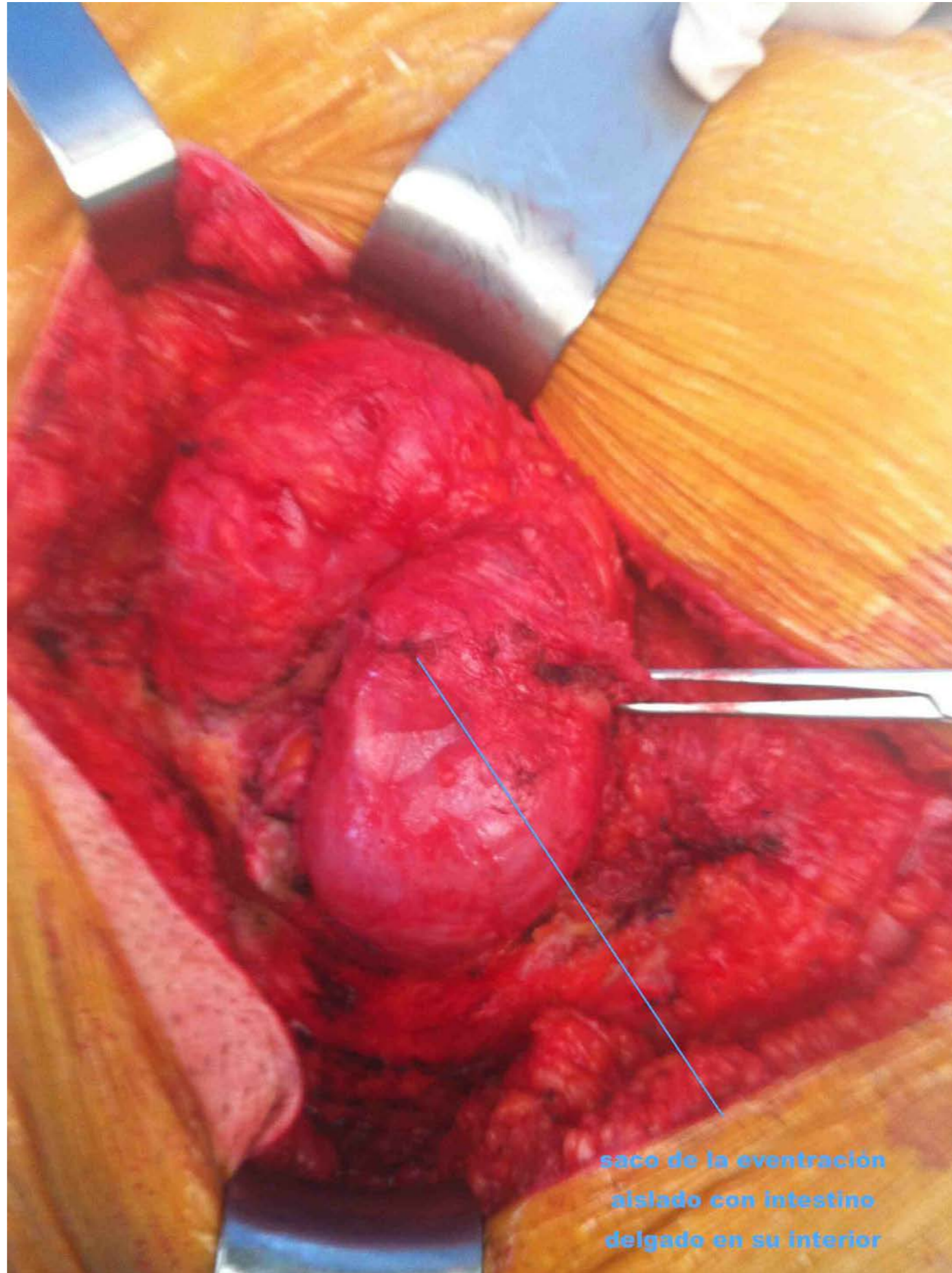




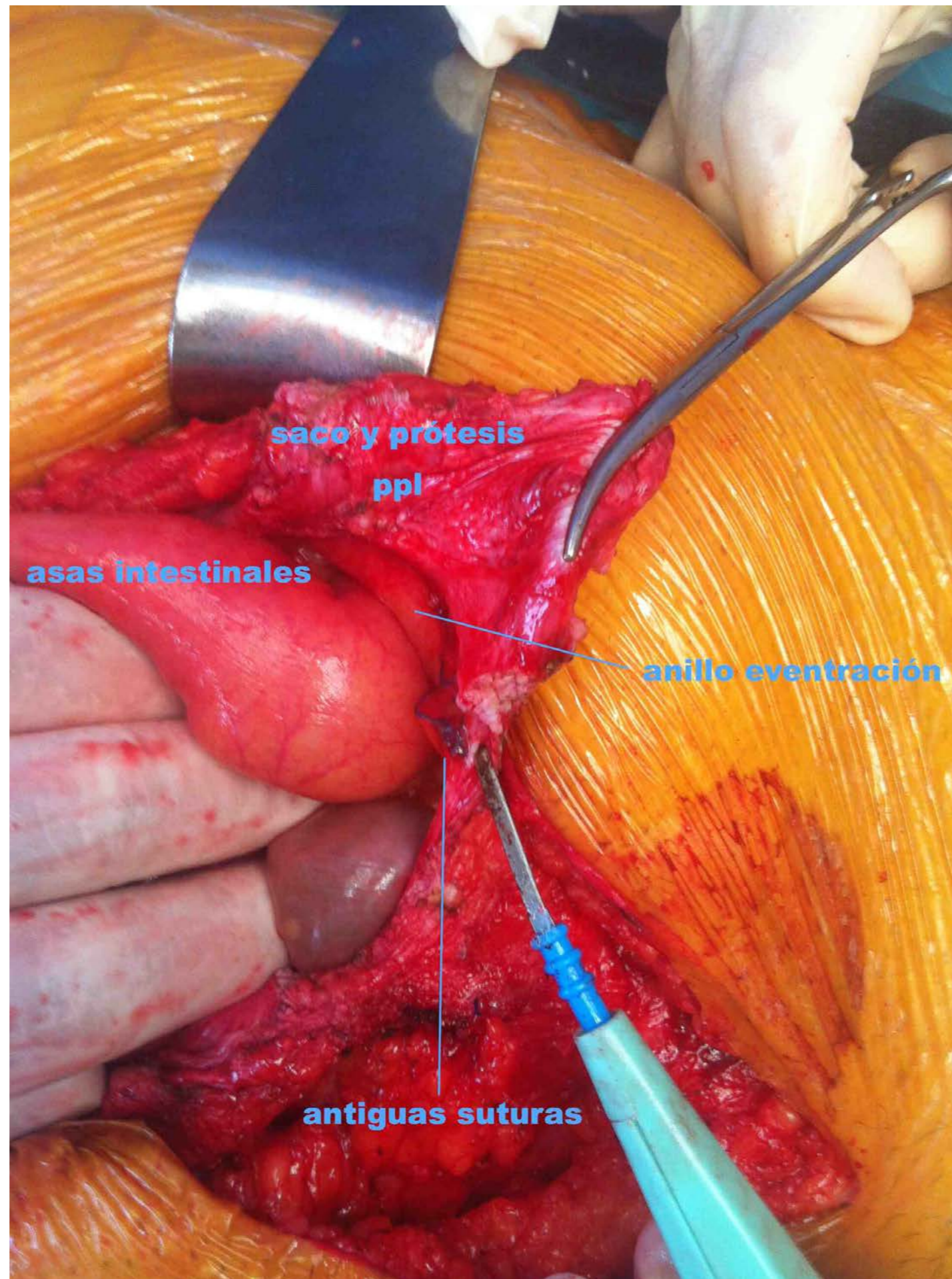


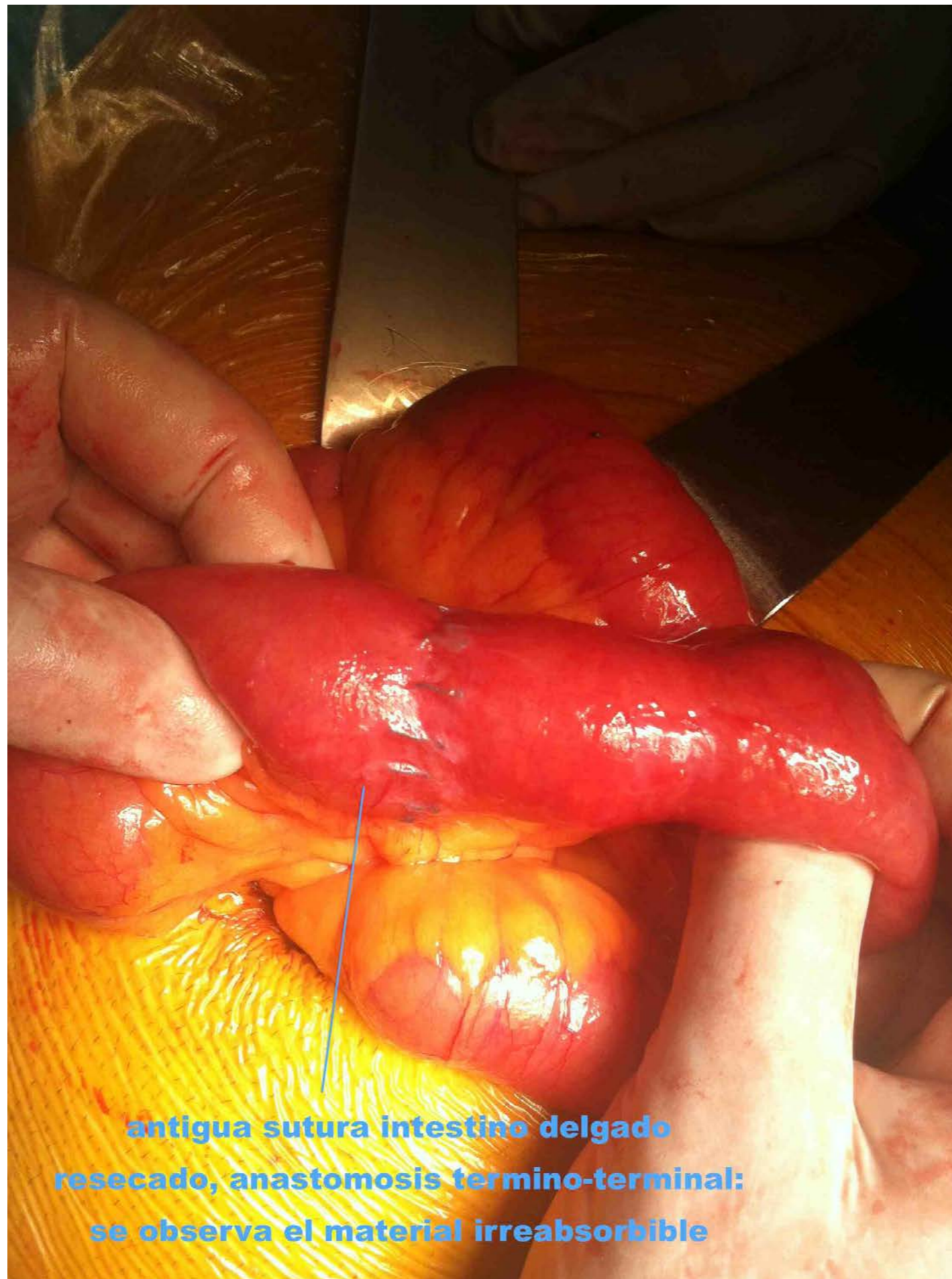


**Cubrimos todo el campo con dobles apósitos de plástico para evitar contacto de las prótesis a implantar co la piel. Se practica profilaxis antibiótica y antitrombótica tanto con medias de compresión como sistema de presión per-operatorio y heparina de bajo peso molecular**

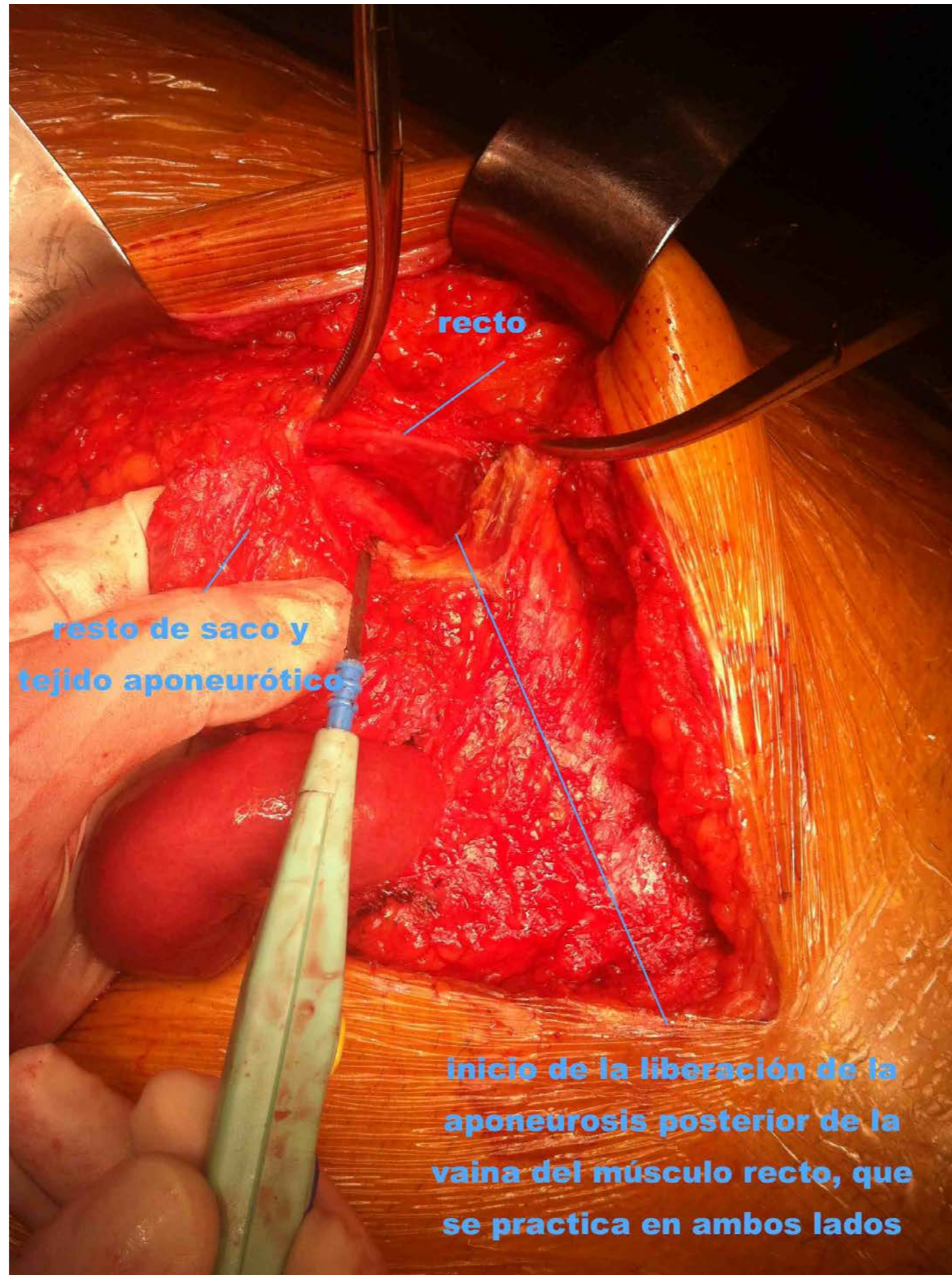


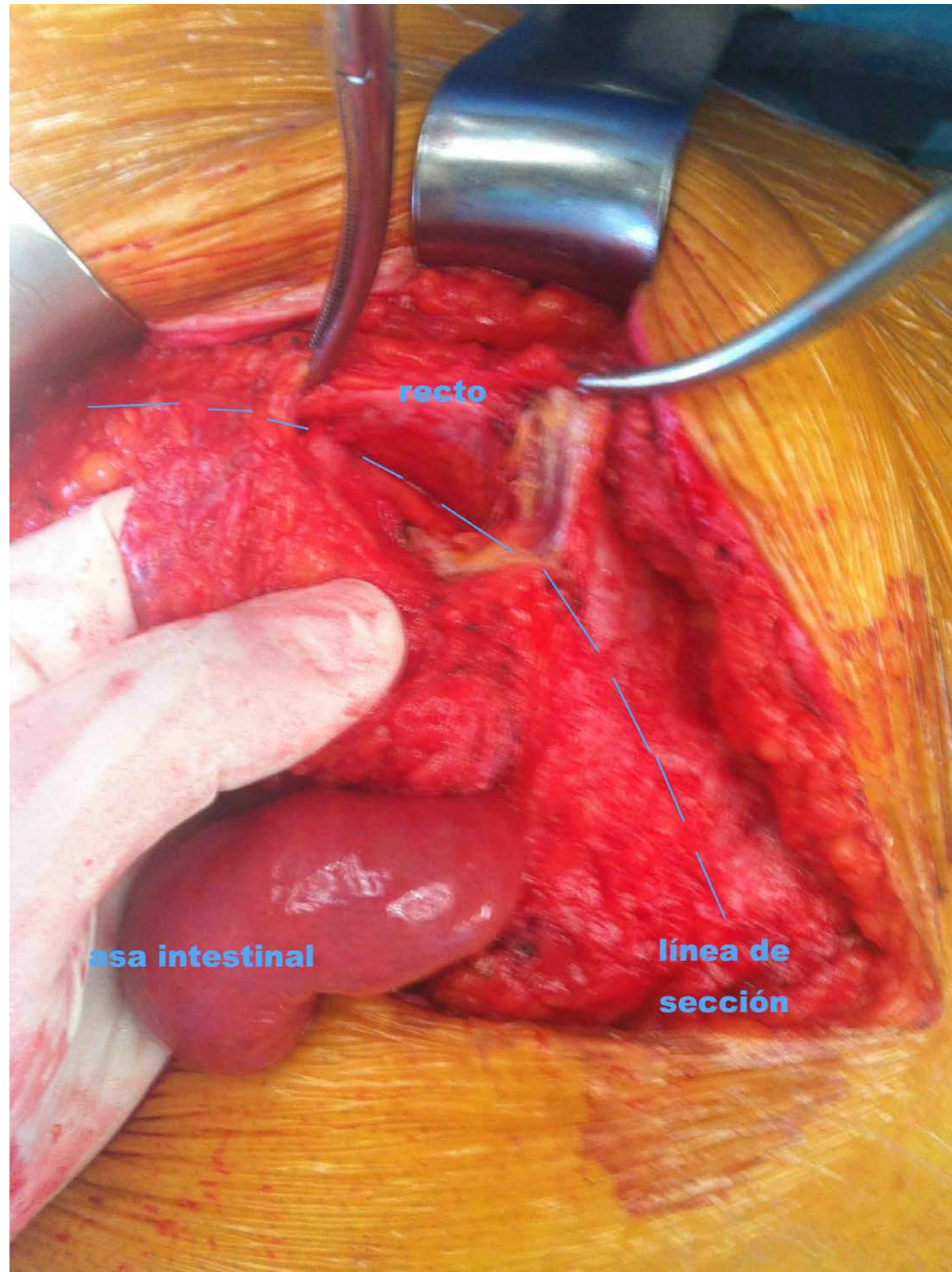
saco de la eventración  
aislado con intestino  
delgado en su interior

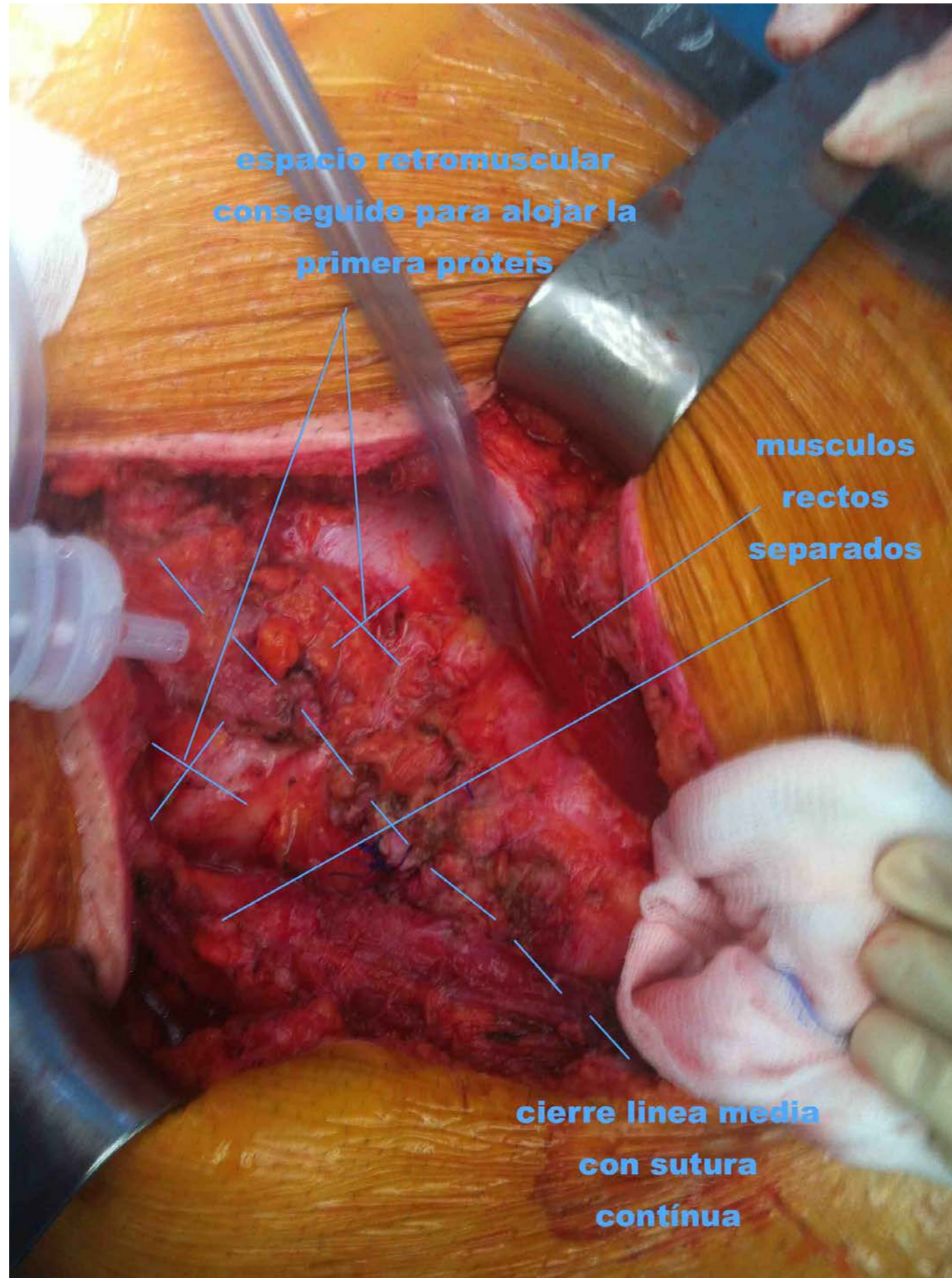


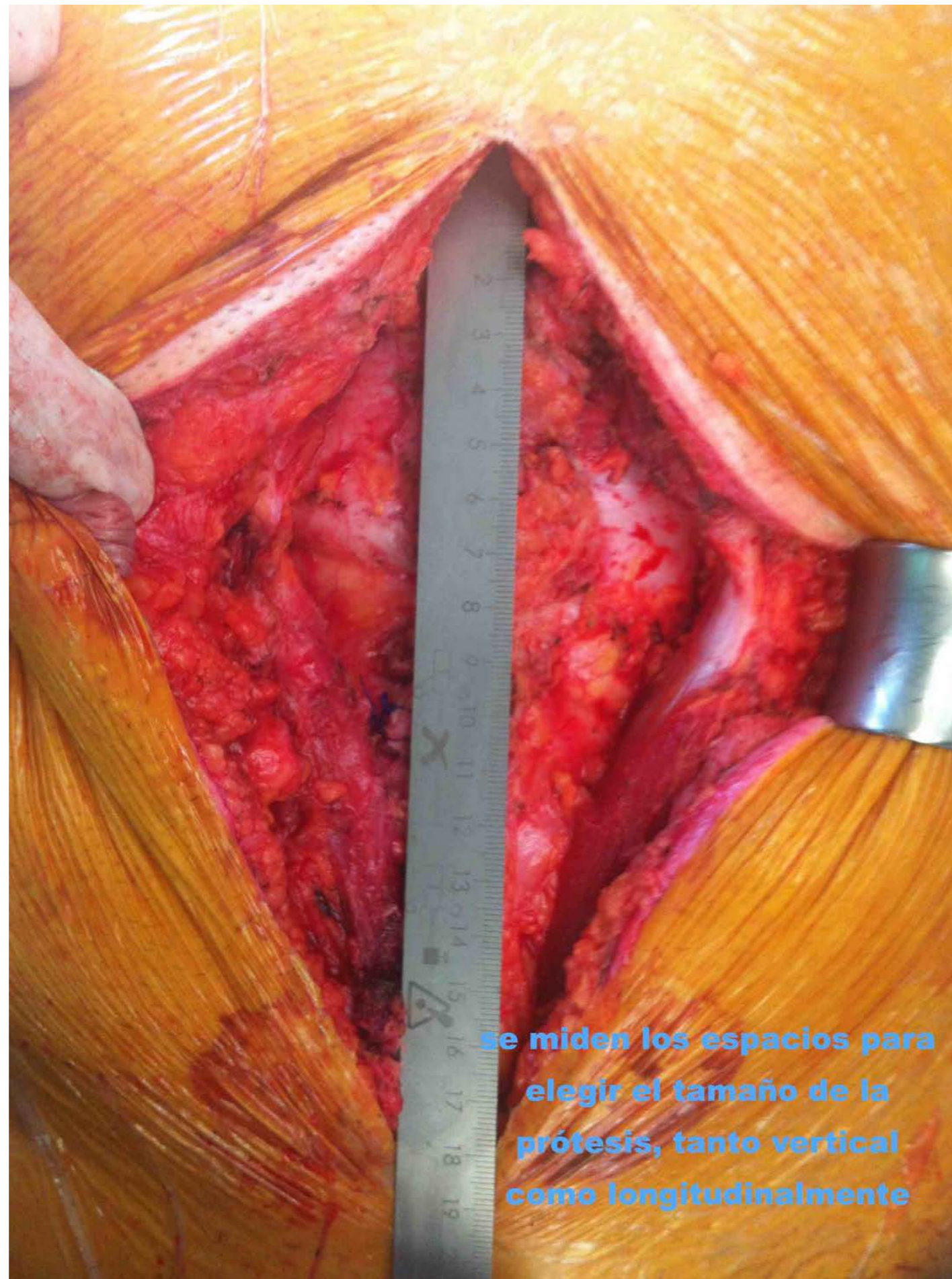


**antigua sutura intestino delgado  
resecado, anastomosis termino-terminal:  
se observa el material irreabsorbible**

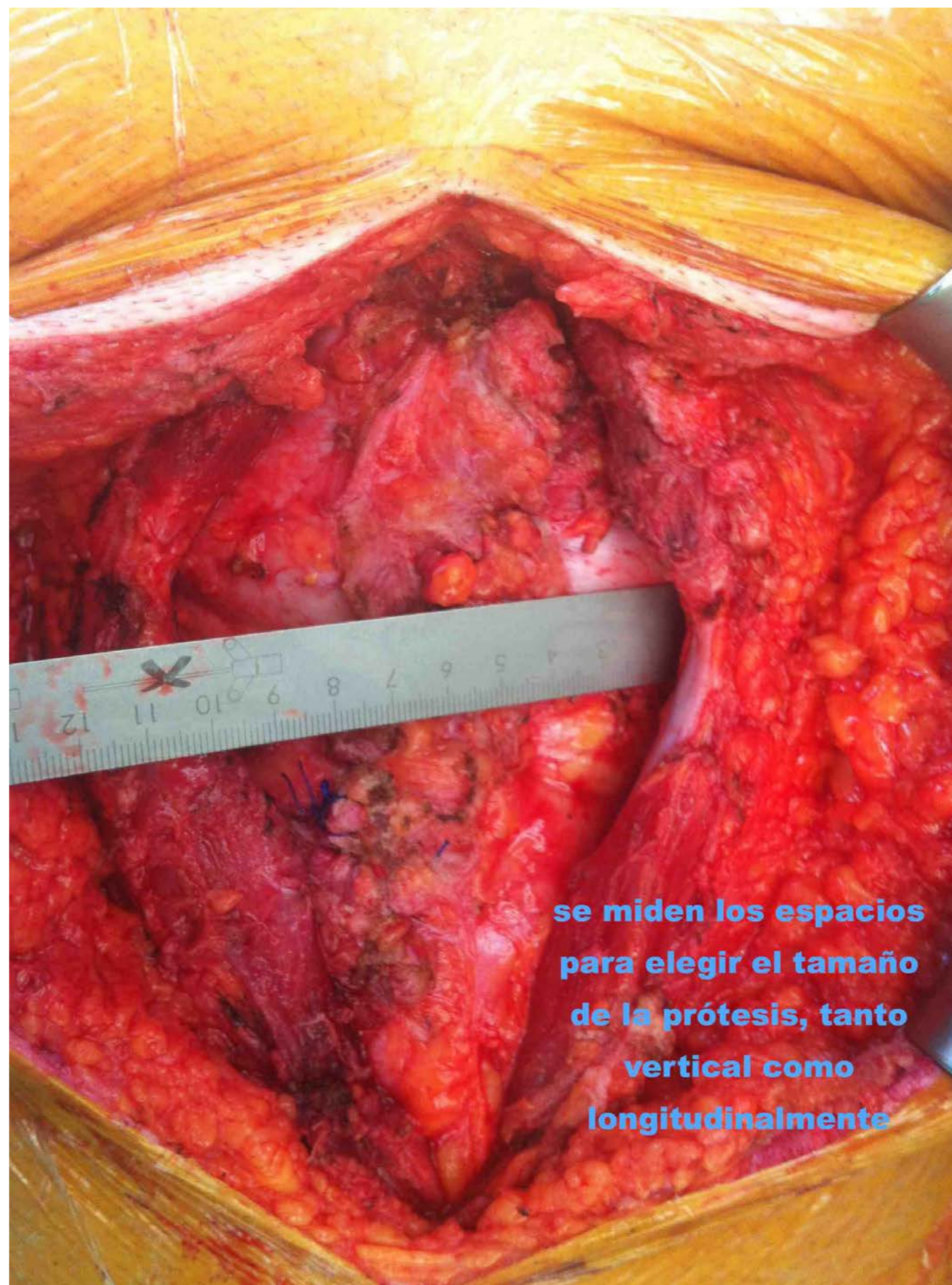




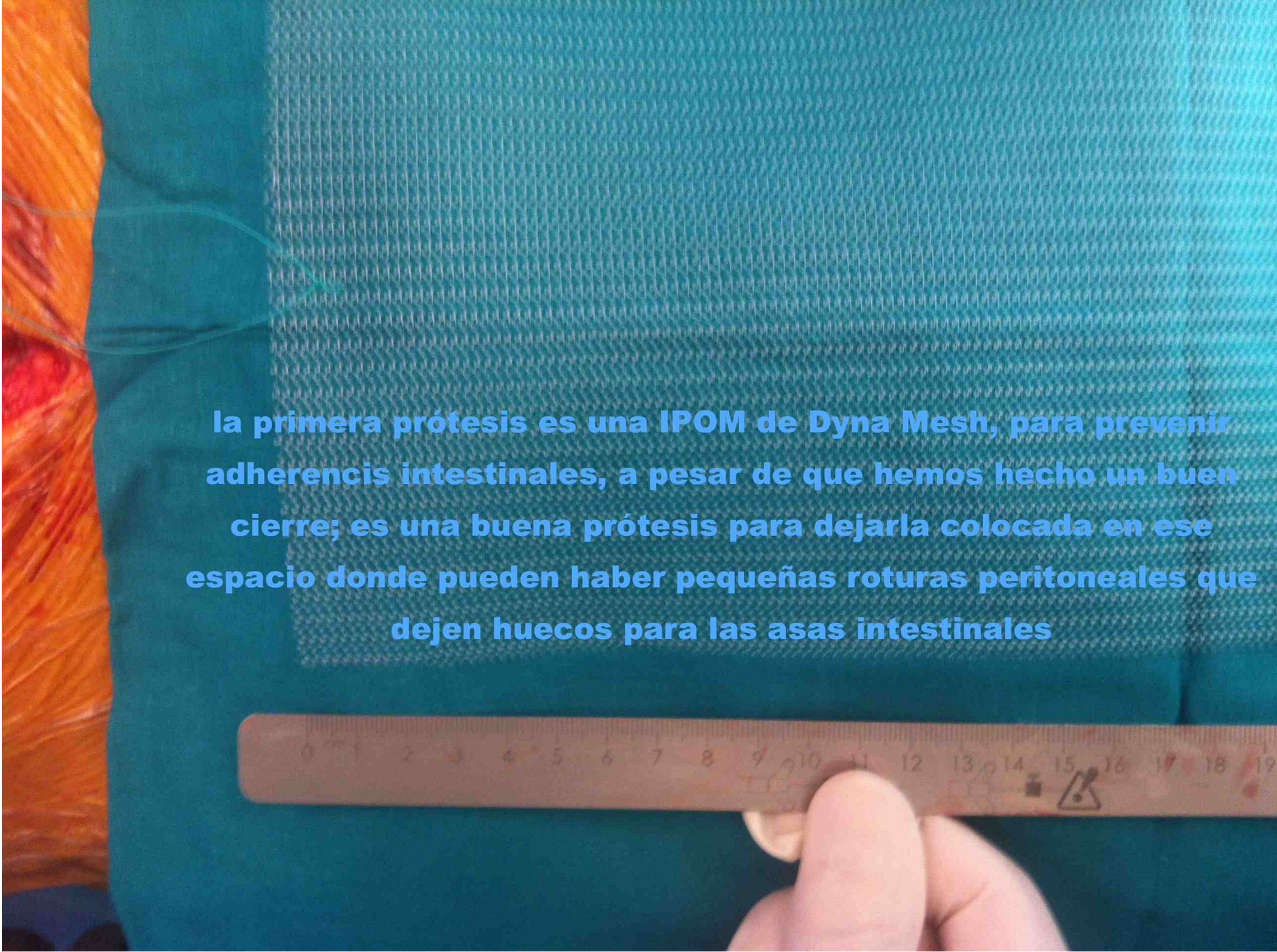




**se miden los espacios para elegir el tamaño de la prótesis, tanto vertical como longitudinalmente**



**se miden los espacios  
para elegir el tamaño  
de la prótesis, tanto  
vertical como  
longitudinalmente**



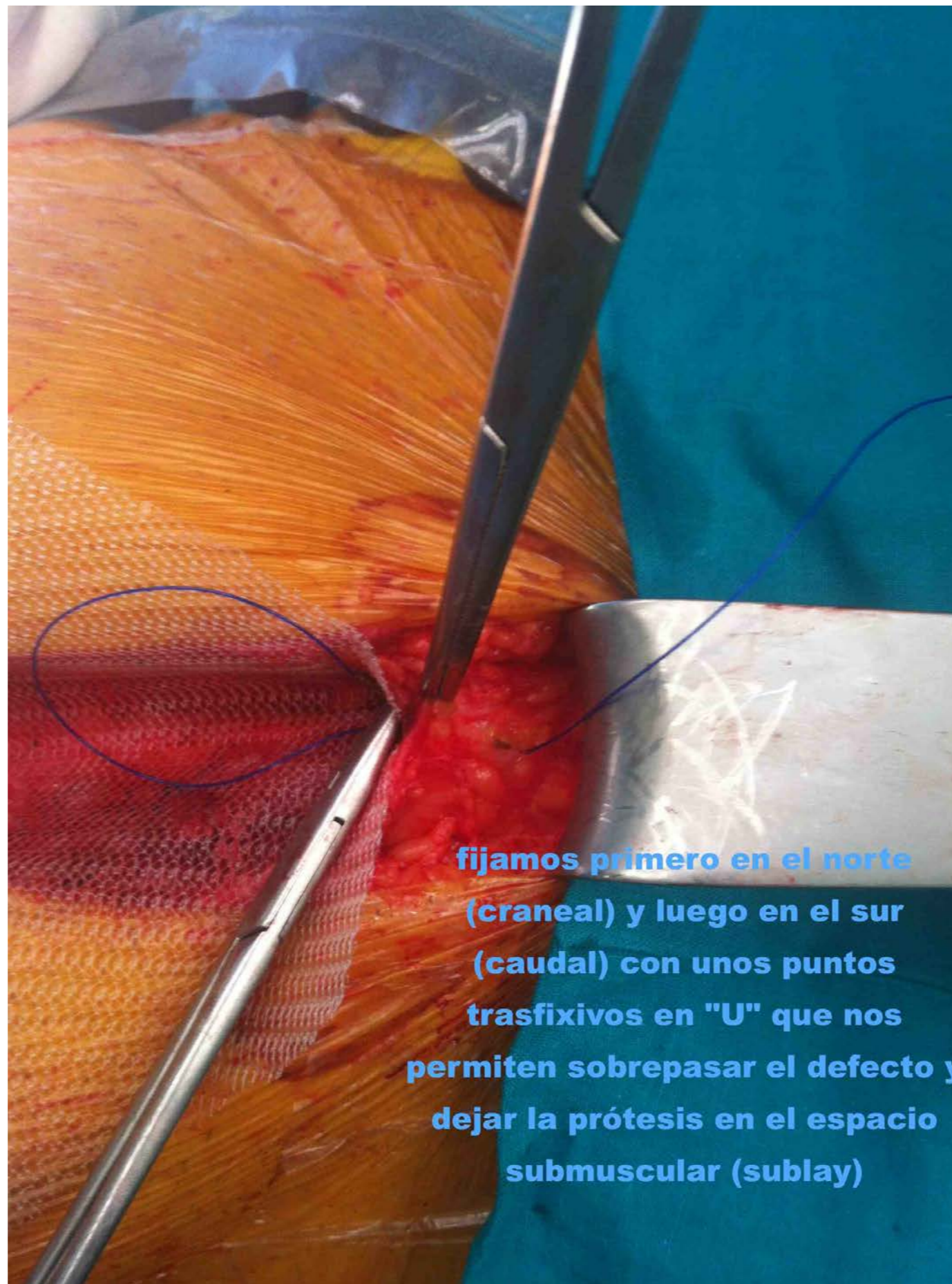
**la primera prótesis es una IPOM de Dyna Mesh, para prevenir adherencias intestinales, a pesar de que hemos hecho un buen cierre; es una buena prótesis para dejarla colocada en ese espacio donde pueden haber pequeñas roturas peritoneales que dejen huecos para las asas intestinales**

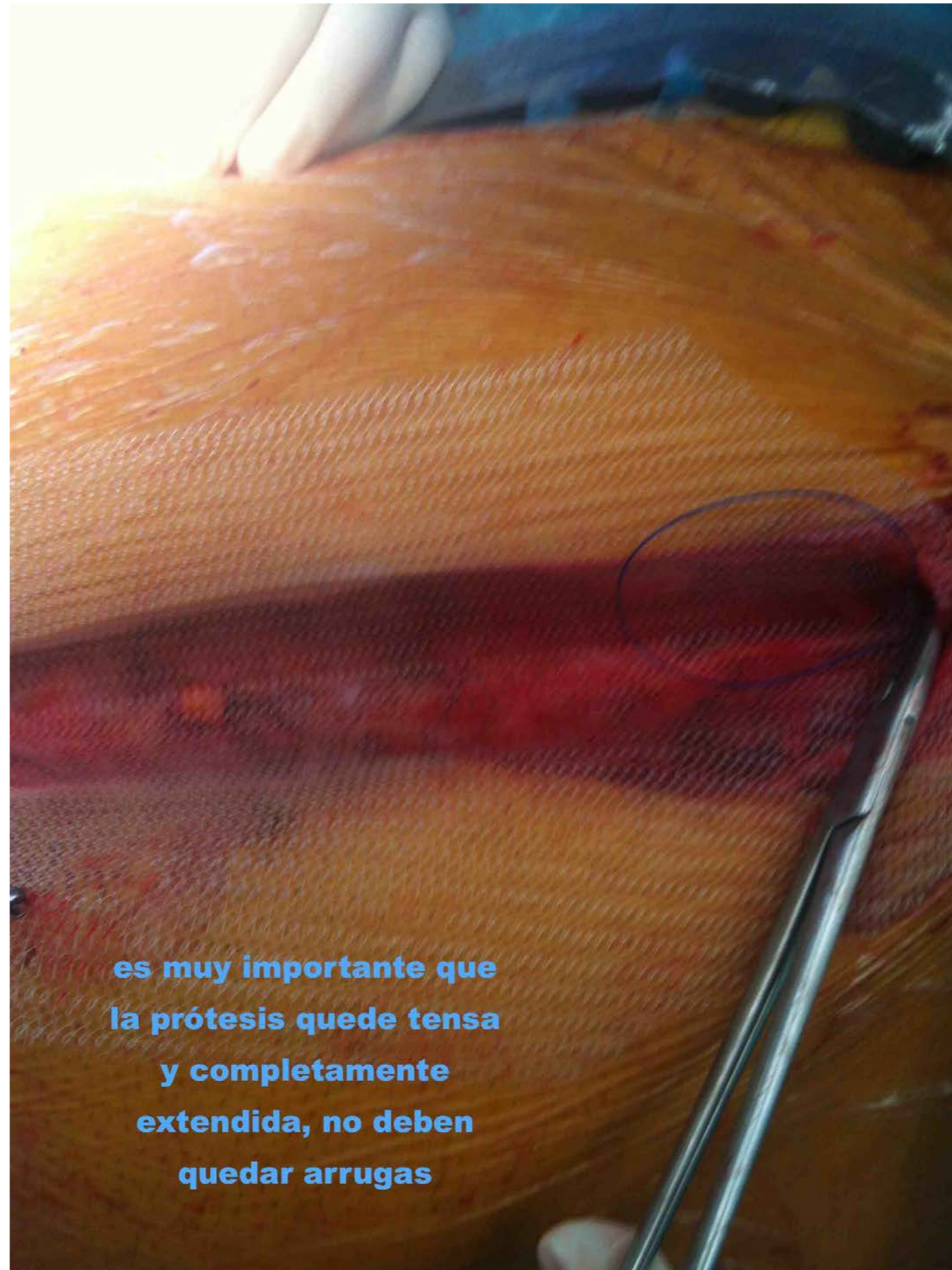


**utilizamos una medida algo mayor de los valores  
obtenidos para poder recortarla y adaptarla al  
paciente, como un "traje a la medida",  
personalizada para cada caso**



**recortamos  
a la medida**

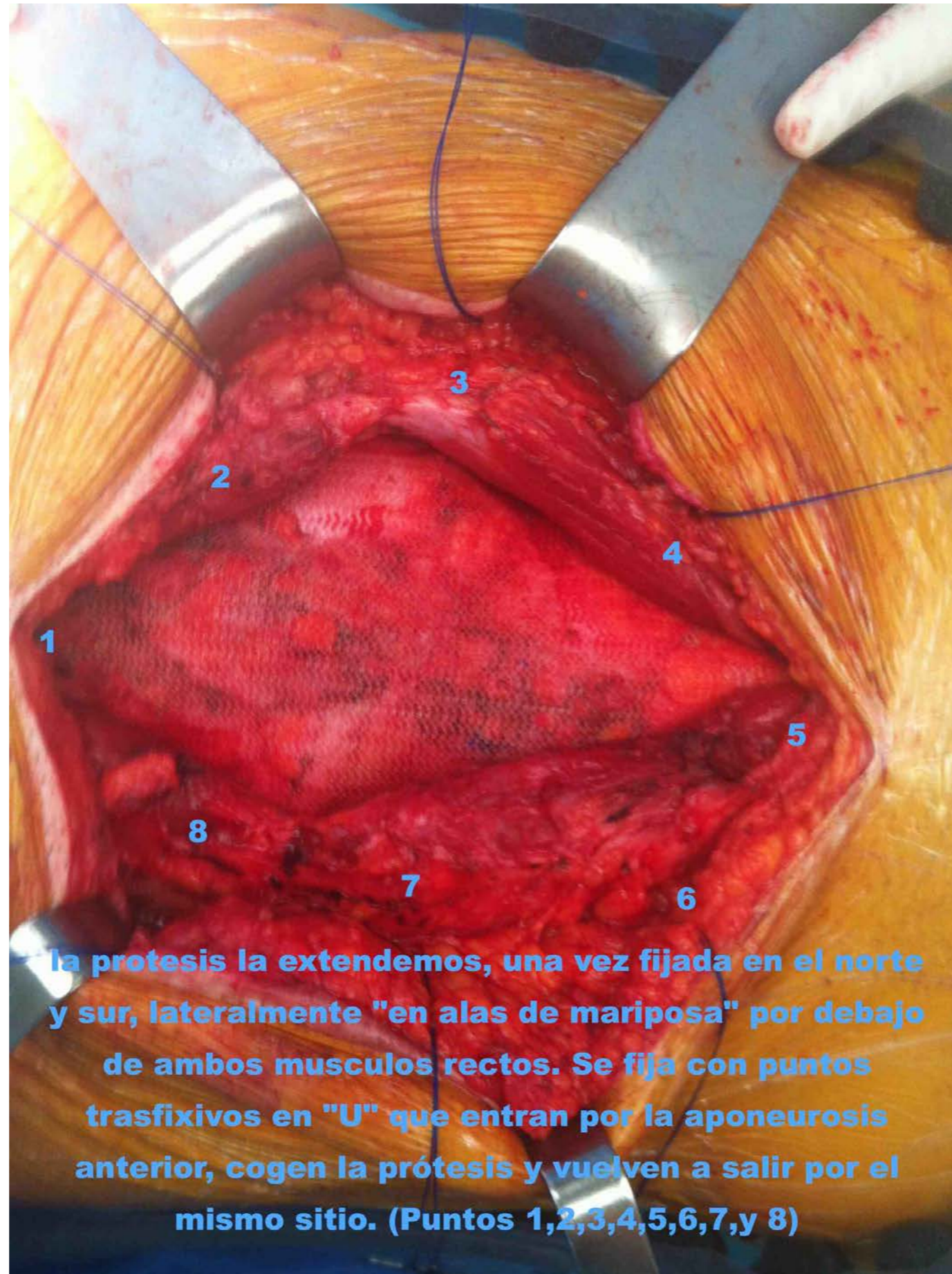


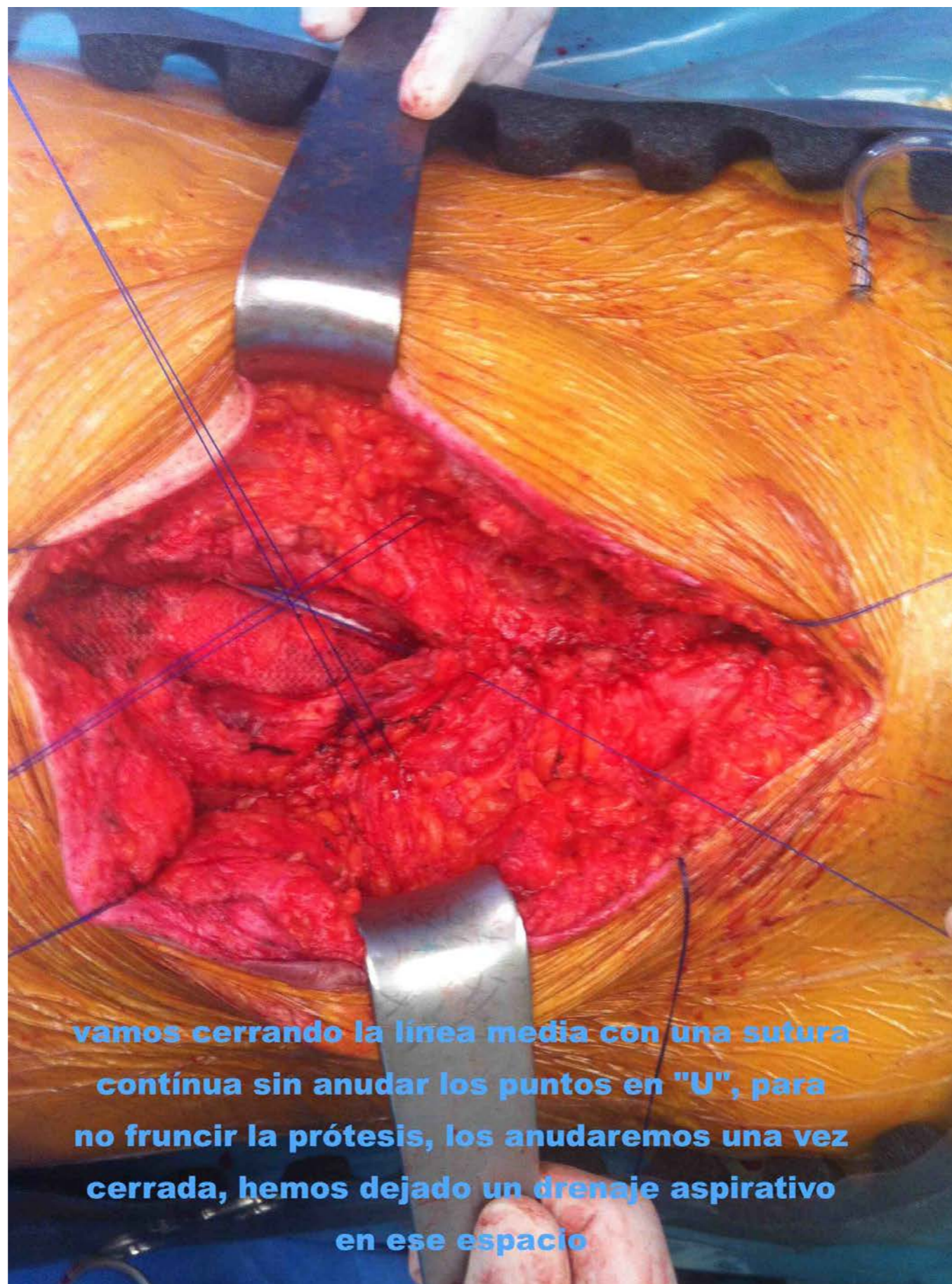


**es muy importante que  
la prótesis quede tensa  
y completamente  
extendida, no deben  
quedar arrugas**



**fibrina en spray en ese espacio para asegurar aún mas el pegado de la prótesis y que no hayan arrugas**



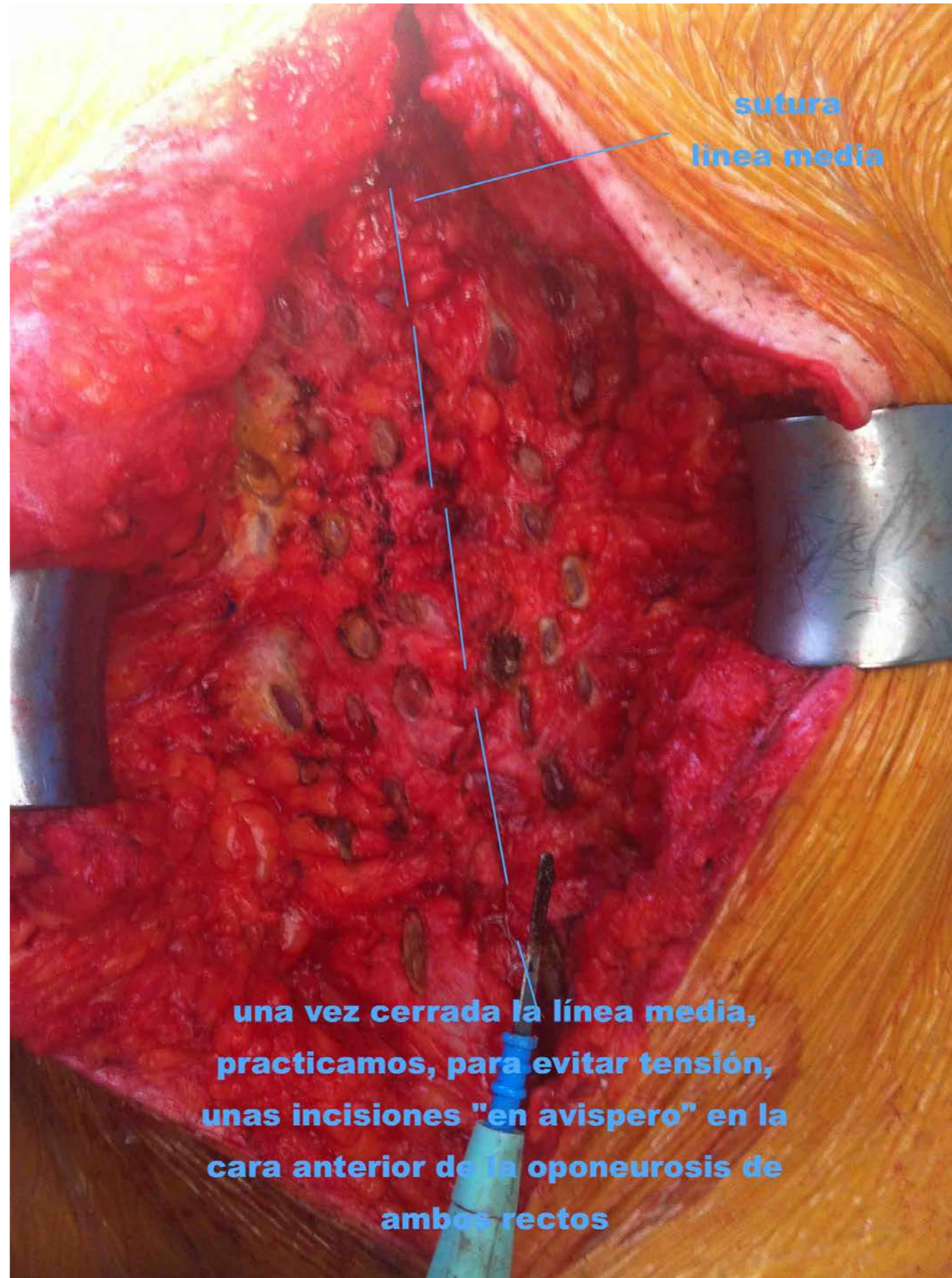


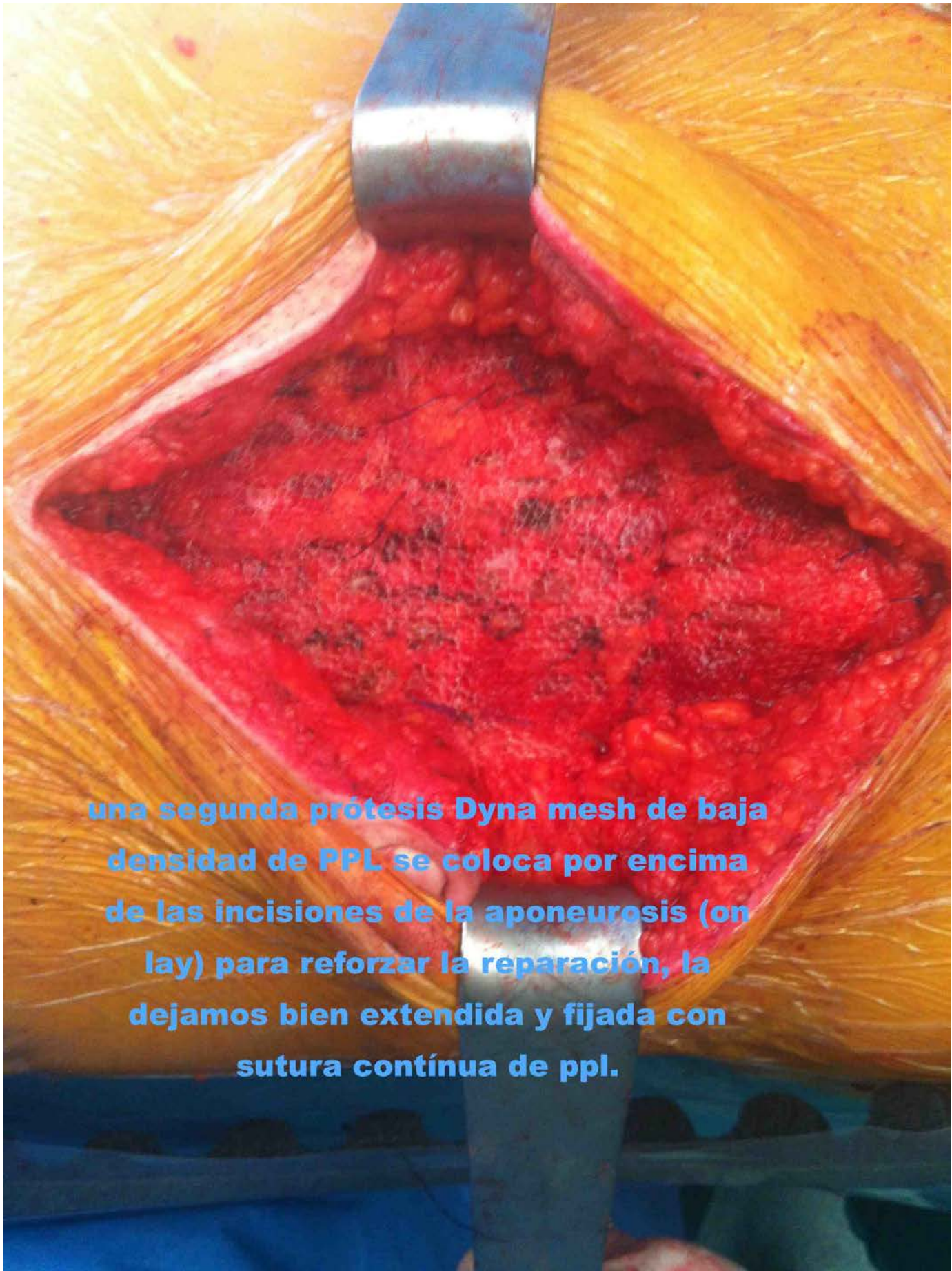
**vamos cerrando la línea media con una sutura  
continua sin anudar los puntos en "U", para  
no fruncir la prótesis, los anudaremos una vez  
cerrada, hemos dejado un drenaje aspirativo  
en ese espacio**



**prótesis**

**musculos rectos aproximados a su posición en la línea media o alba con el cierre, se reconstruye la biomecánica de la pared abdominal**





**una segunda prótesis Dyna mesh de baja densidad de PPL se coloca por encima de las incisiones de la aponeurosis (on lay) para reforzar la reparación, la dejamos bien extendida y fijada con sutura continua de ppl.**



**la prótesis queda adaptada y extendida, es flexible y se comporta bien biodinámicamente apoyando la reparación anatómica y biomecánica de la pared.**



**la intervención termina con la colocación de otro drenaje en ese espacio, se ha conservado el ombligo y se ha reconstruido la pared abdominal.**

La técnica es una variante personal de la de Rives y además hemos añadido unas incisiones múltiples de descarga, en “ojales o avispero”(de Clotteau-Premond) para paliar la tensión de cierre central , otras veces hacemos una Separacion de Componentes Modificada obteniendo dos colgajos de oblicuo mayor y colocando una prótesis de baja densidad que cubrirá como una neo-aponeurosis estas incisiones que dejan fragmentos de los músculos rectos al descubierto.

En nuestra serie, este procedimiento combinado nos ha ido muy bien en eventraciones medianas y recidivadas y tiene claras ventajas sobre la reparación laparoscópica, sobre todo conseguimos una perfecta reconstrucción anatómica y biodinámica de toda la pared.

**Prof. Dr. Fernando Carbonell Tatay. Julio 20012**