

Eventración Lateral (L3W3) post - apendicectomía (Mac Burney)

Dr. Fernando Carbonell Tatay
Dr. Alfonso García Fadrique

Septiembre 2014



ivo

FUNDACIÓN

INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA

Servicio Cirugía Dr. Rafael Estevan Estevan



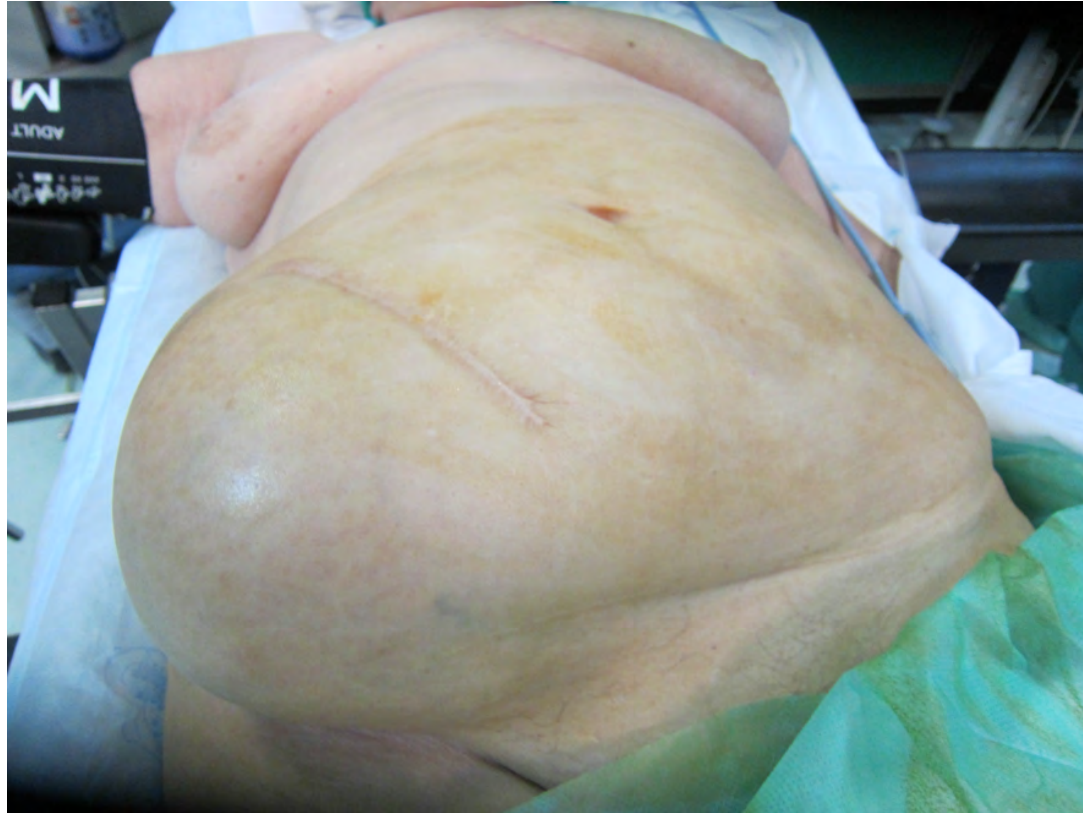
Paciente de 70 años con carcinoma neuroendocrino de células pequeñas pulmonar en LSI. Tratada con radioterapia mas quimioterapia. Revisada en febrero 2014, libre de progresión tumoral. Presenta eventración lateral L3 W3 post- apendicectomía e infección herida.



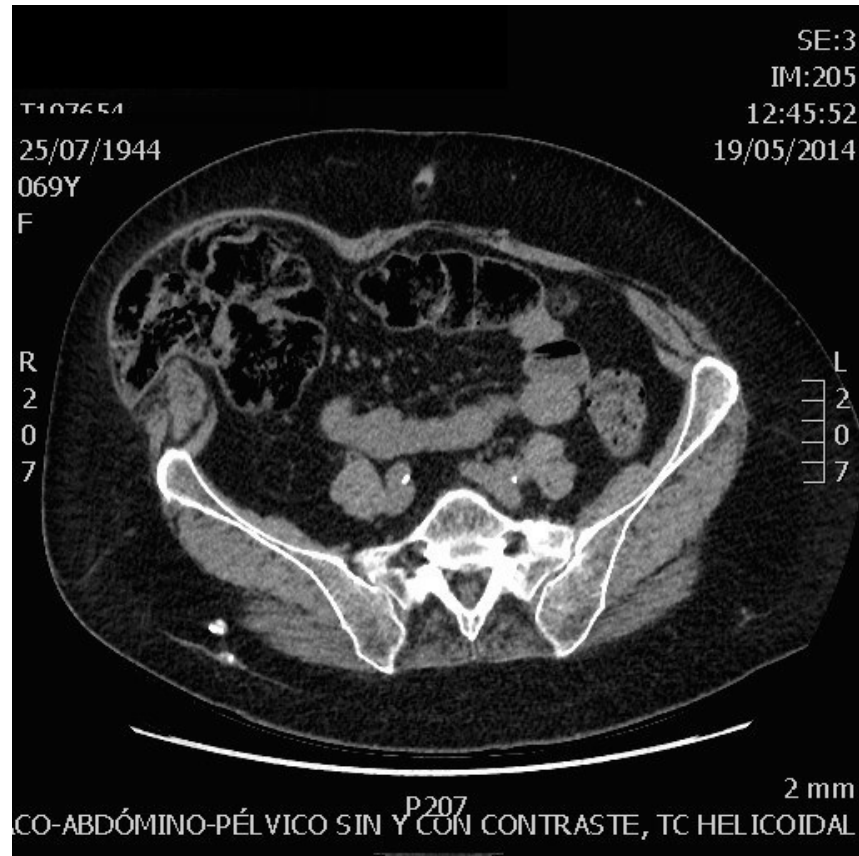
TAC

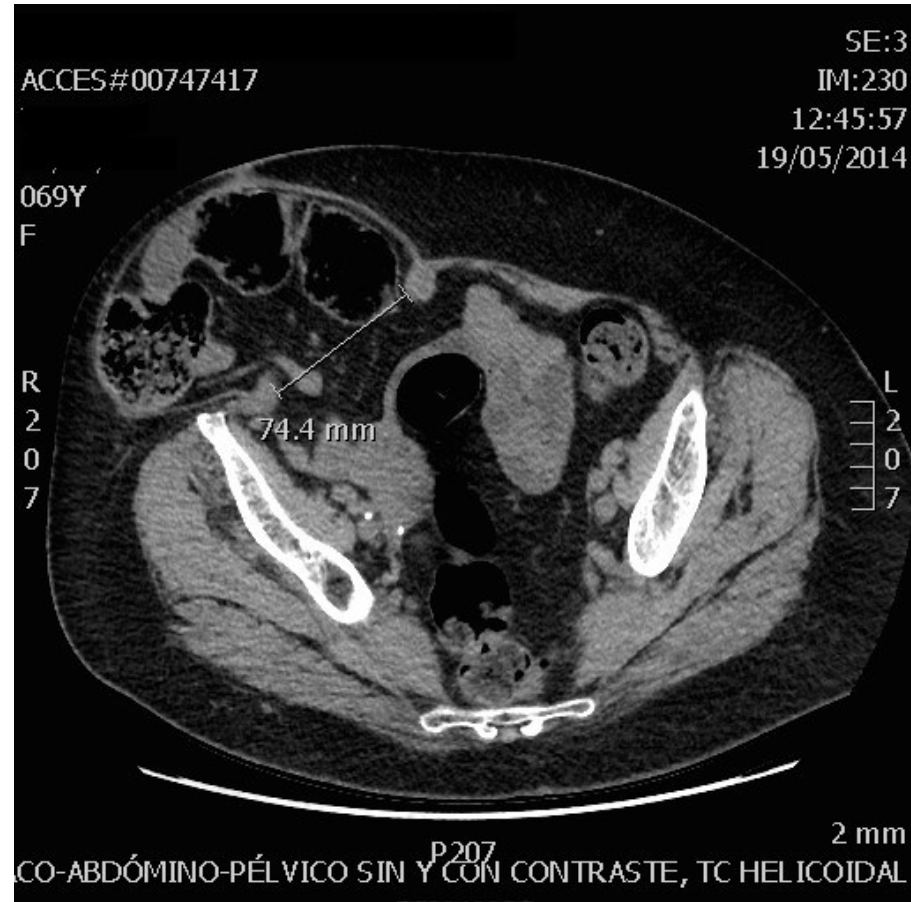
Hernia de pared abdominal lateral izquierda a nivel ilíaco con orificio herniario de unos 7,4 mm que contiene asas de destino delgado y colon (parte del colon transverso y ciego) sin signos de complicación en la actualidad. Volumen aproximado de 813 ml.

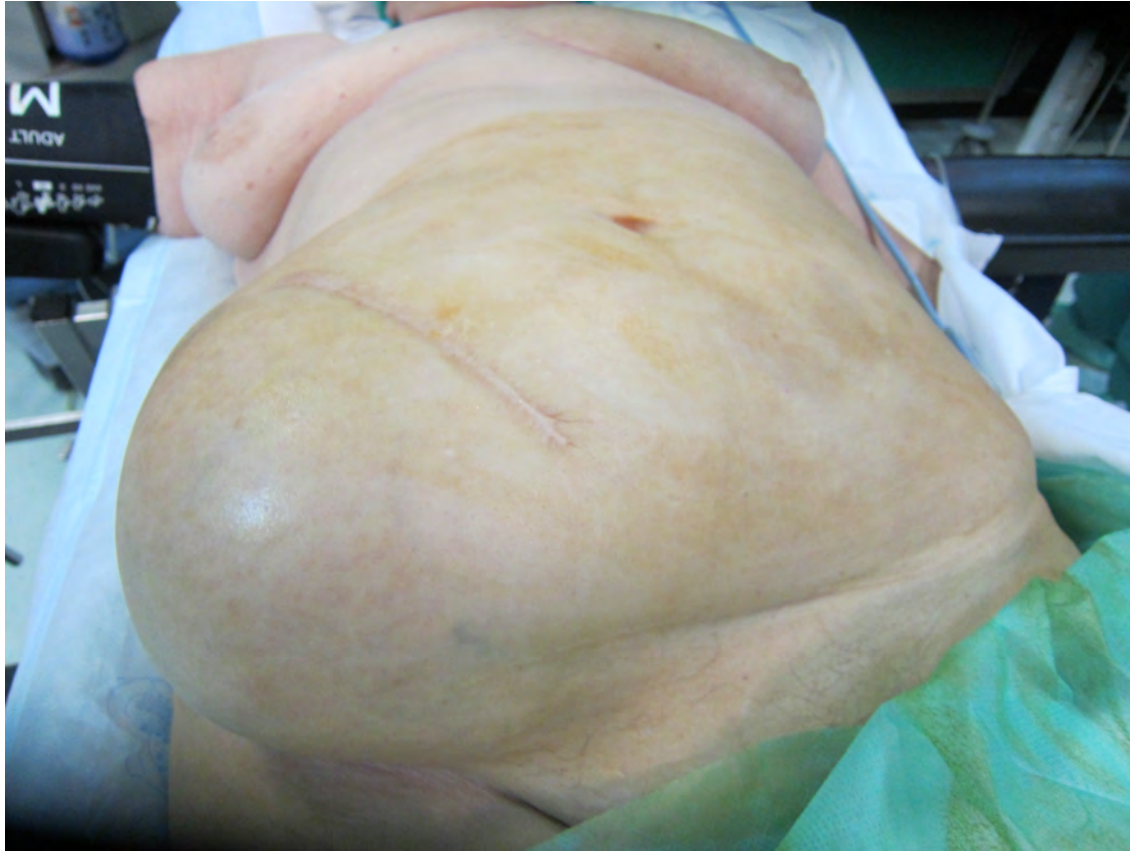


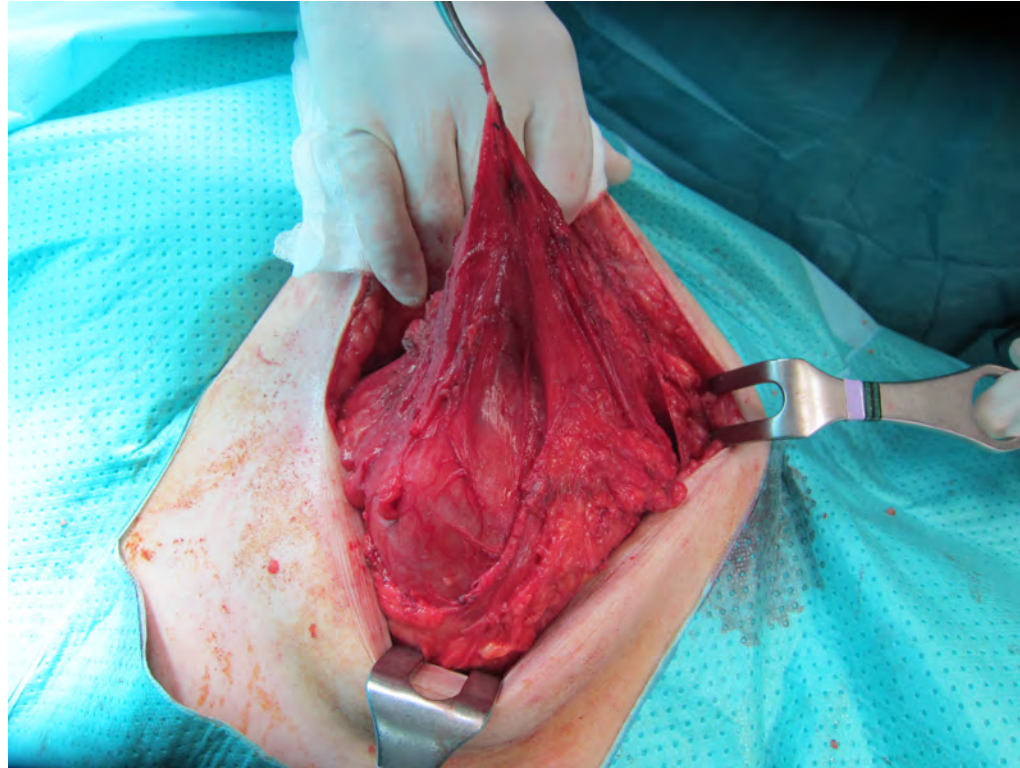












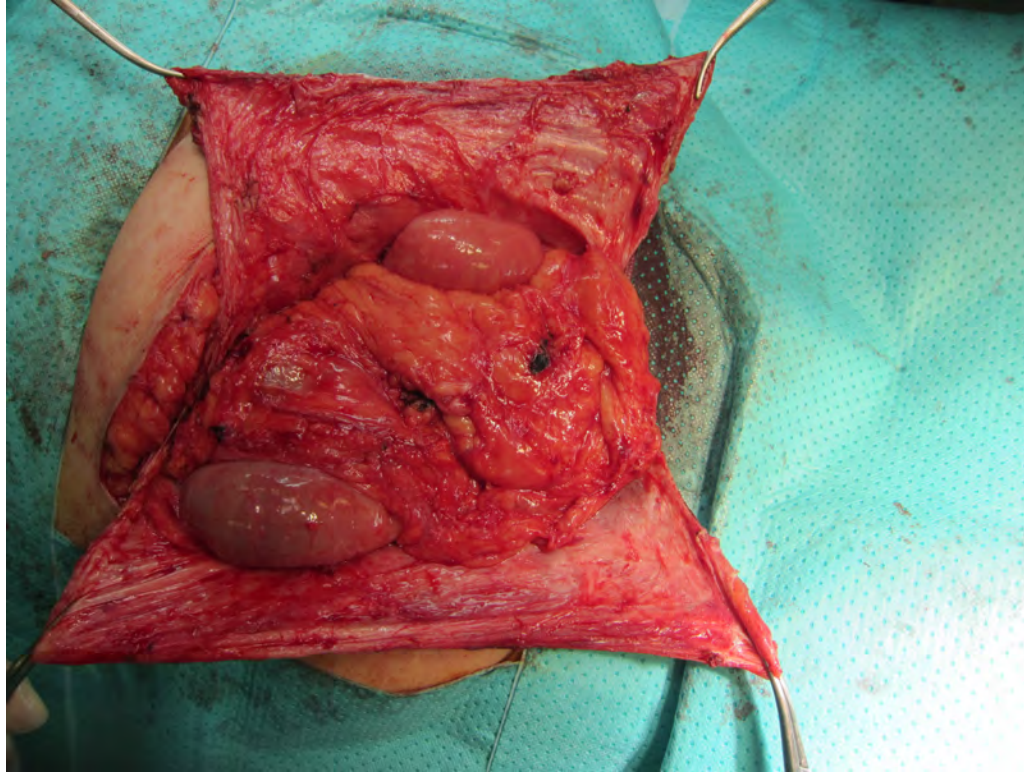
Se ha aislado la piel con paños y apósitos plásticos adhesivos. Profilaxis antibiótica de amplio espectro. Asepsia máxima. Resección cicatriz anterior . Saco subcutáneo





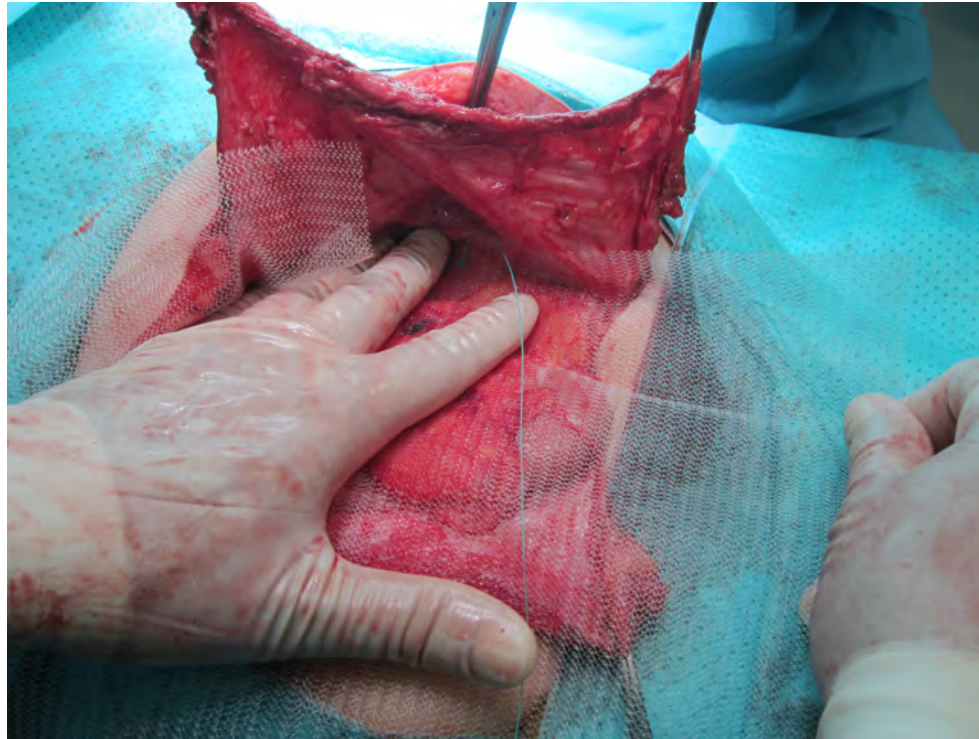
Asas de delgado adheridas al saco, por lo que decidimos abrir y entrar en cavidad para practicar una adhesiolisis completa, si es posible.





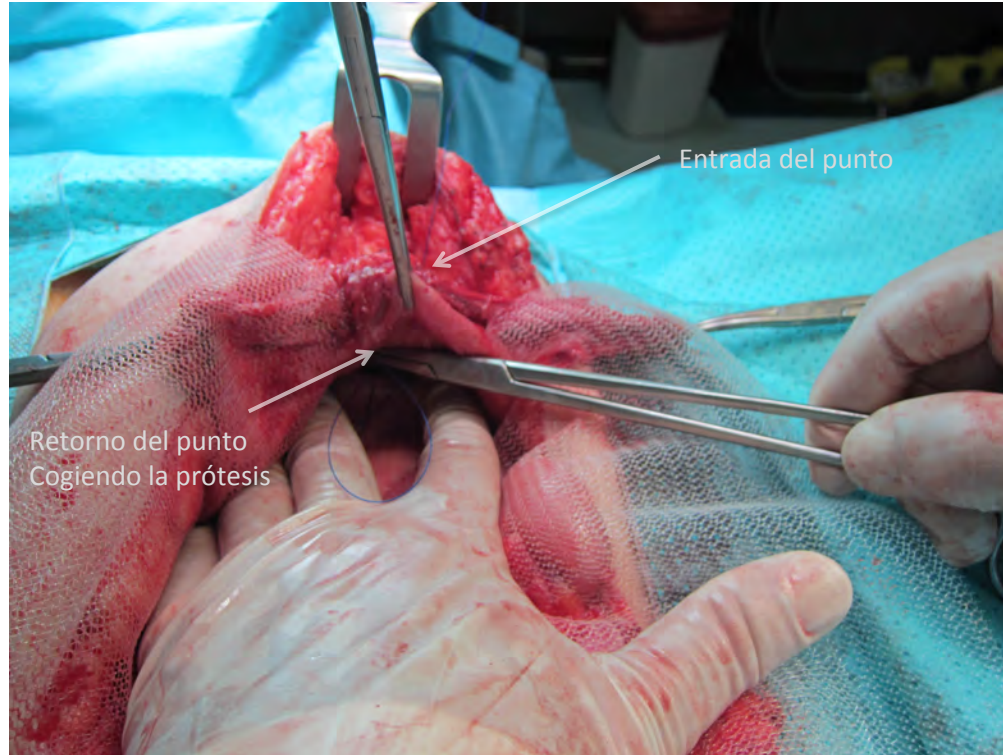
Asas de delgado muy adheridas al saco, por lo que decidimos abrir y entrar en cavidad para practicar una adhesiolisis completa. Mantenemos el saco, por si hace falta y lo abrimos por su mitad.





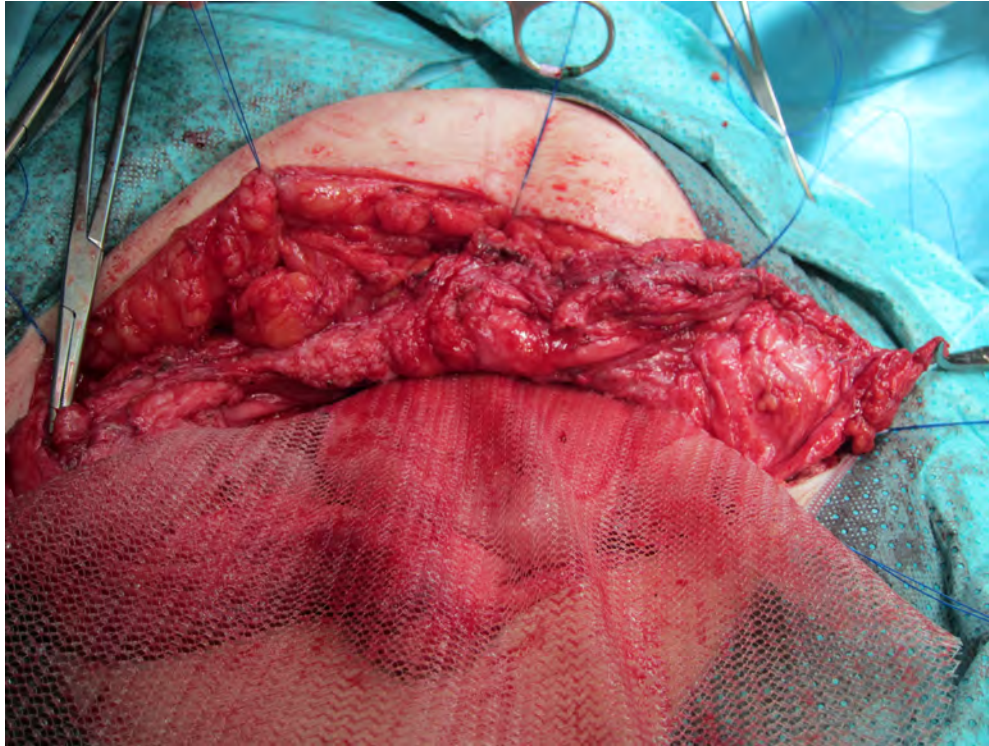
Al estar cerca de la EIAS como relieve óseo y no poder conseguir una buena disección en el plano submuscular, preperitoneal, para ubicar la malla. Optamos por colocar una prótesis intraabdominal, intraperitoneal diseñada para ello.





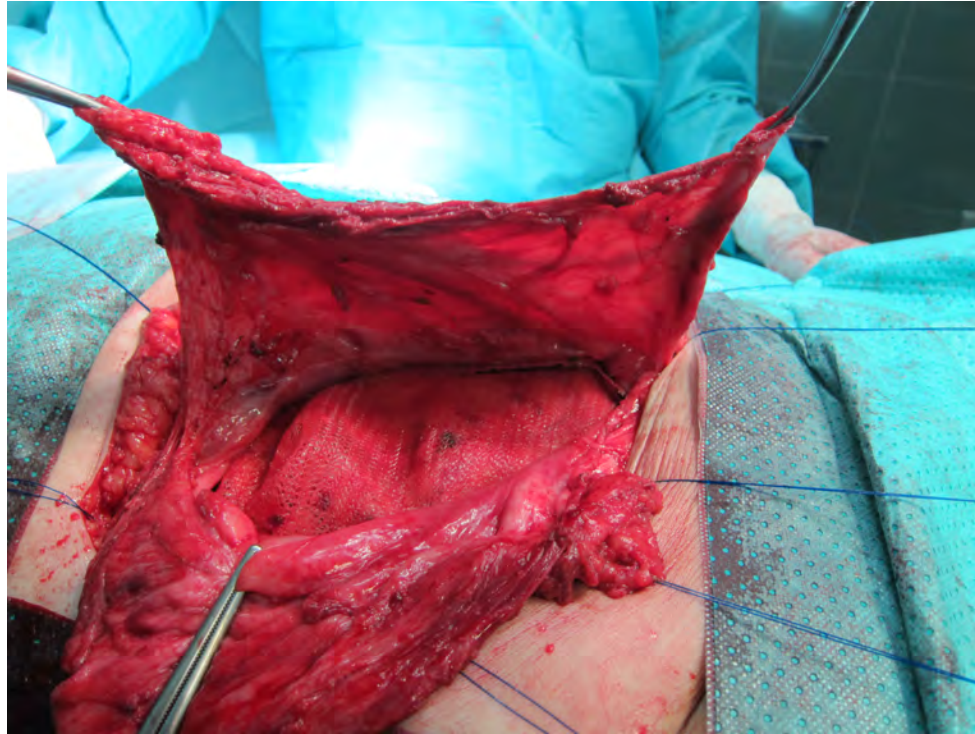
La fijamos con puntos transfixivos, sobrepasando mas de 5 cm el borde del defecto, que entran de fuera a dentro cogiendo la prótesis, como se observa..





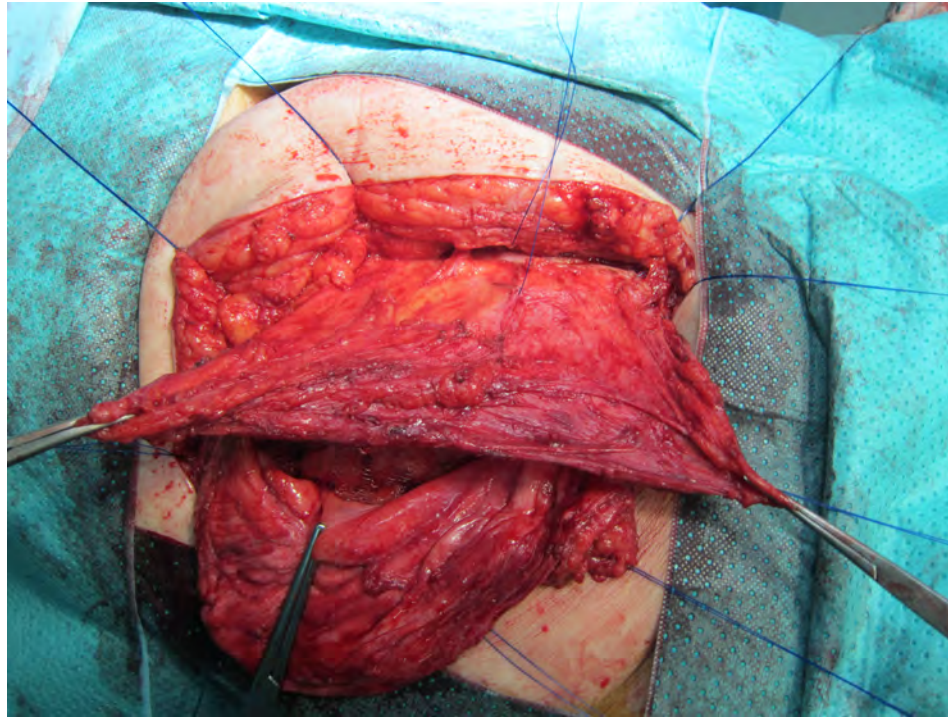
Estos puntos deben estar lo suficientemente cerca unos de otros para no dejar espacios donde puedan introducirse las asas intestinales.





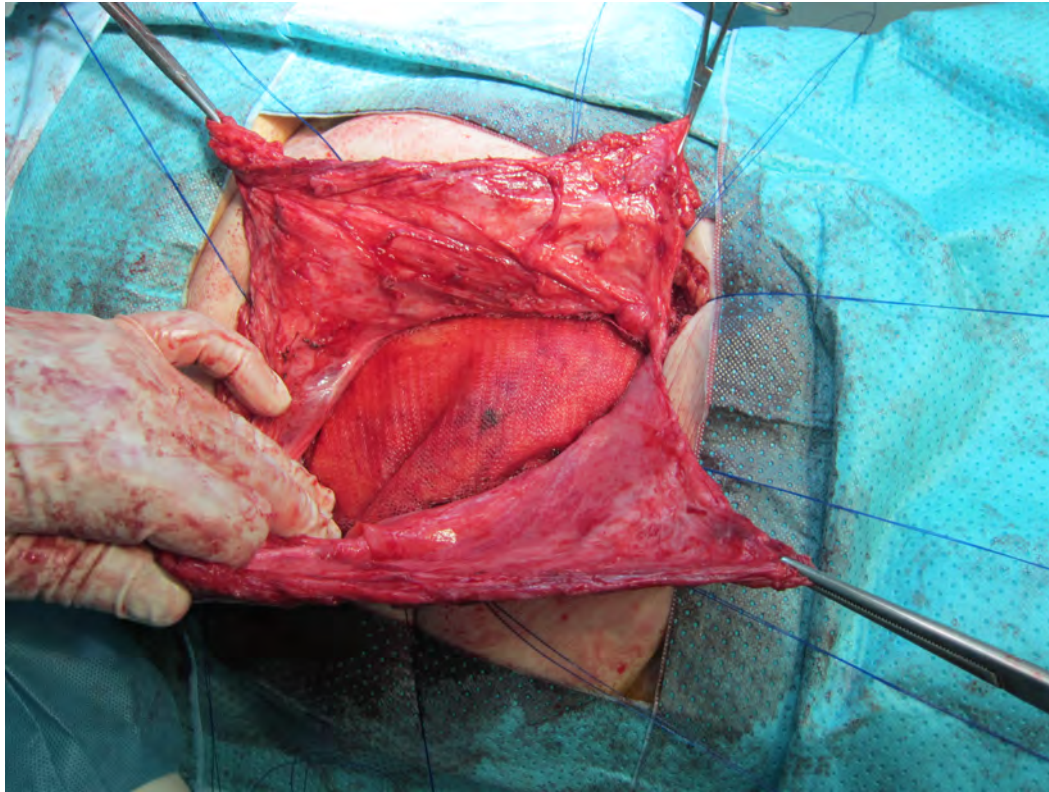
Estos puntos deben estar lo suficientemente cerca unos de otros para no dejar espacios donde puedan introducirse las asas intestinales. Hemos sobrepasado mas de 5 cm el orificio herniario y dejamos la prótesis tensa, el epiplon debajo. Reservamos el saco.





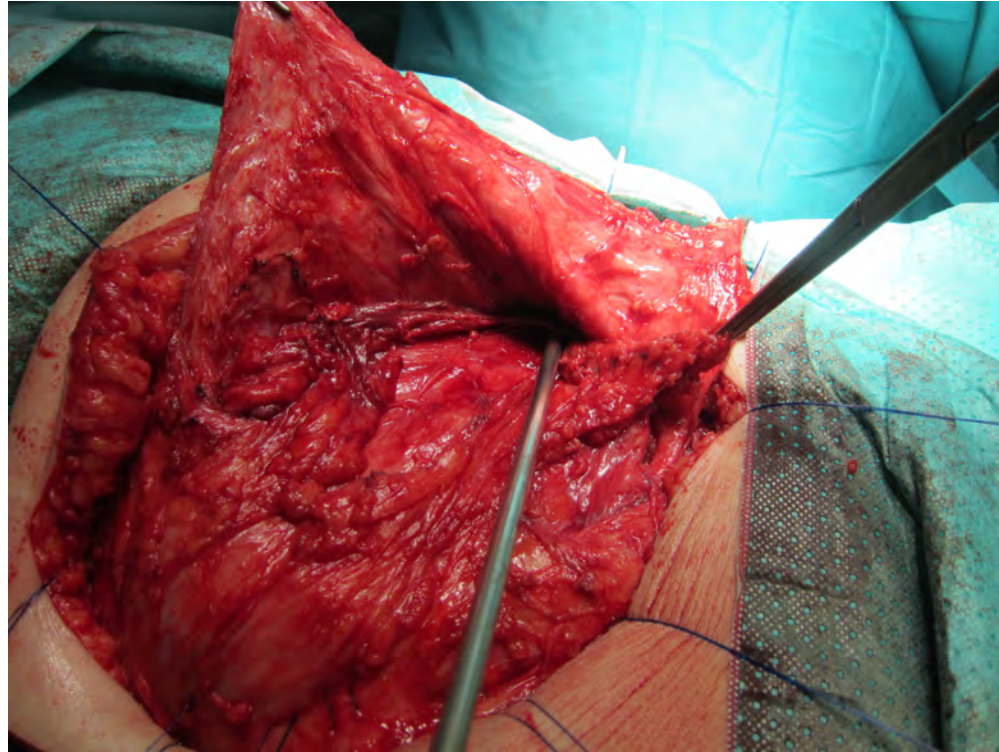
Estos puntos deben estar lo suficientemente cerca unos de otros para no dejar espacios donde puedan introducirse las asas intestinales. Hemos sobrepasado mas de 5 cm el orificio herniario y dejamos la prótesis tensa, el epiplon debajo. Reservamos el saco.





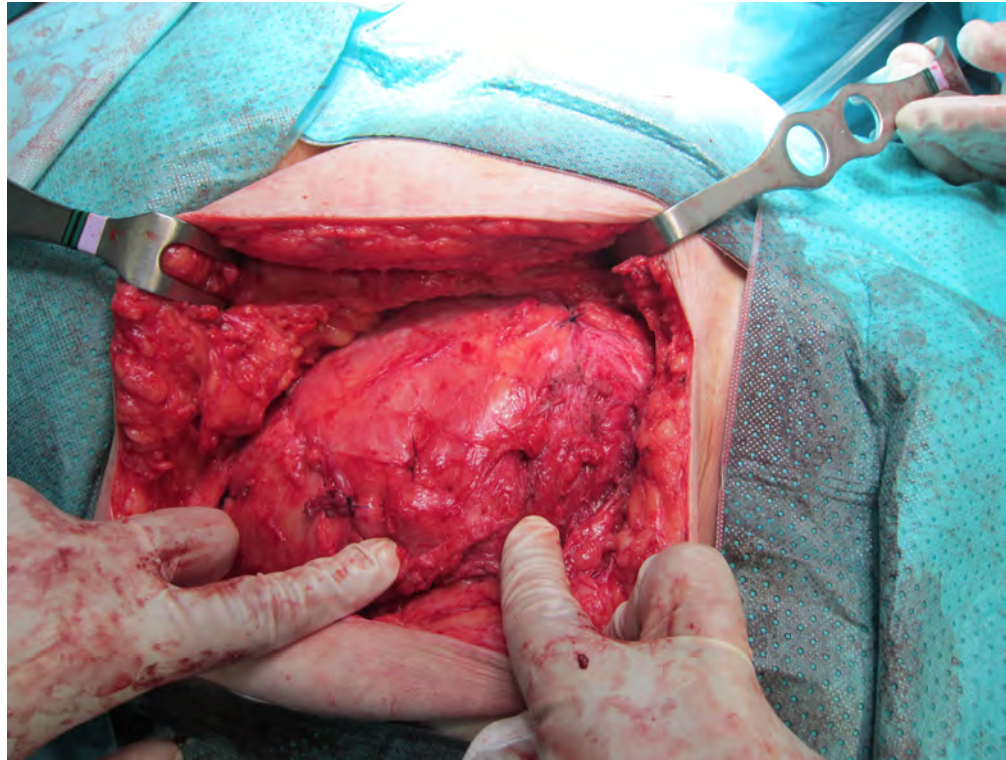
Estos puntos deben estar lo suficientemente cerca unos de otros para no dejar espacios donde puedan introducirse las asas intestinales. Hemos sobrepasado mas de 5 cm el orificio herniario y dejamos la prótesis tensa, el epiplon debajo. Reservamos el saco.





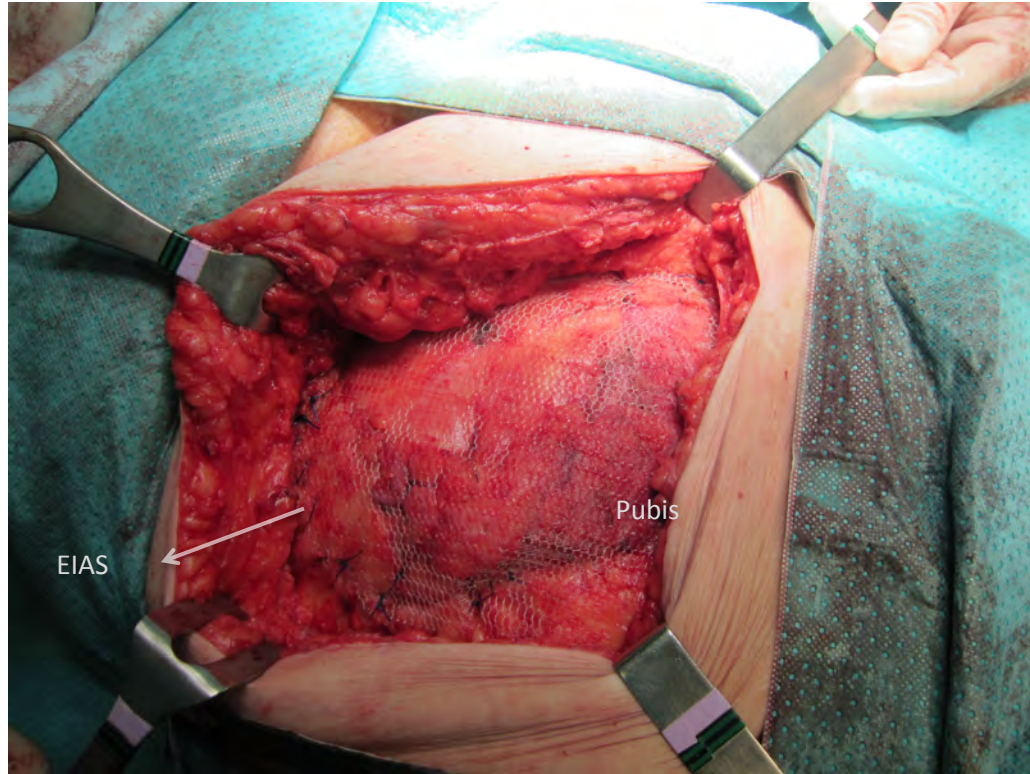
El saco, lo solapamos sobre si mismo (a lo Mayo) fijando el extremo proximal a la base del área de los puntos transfixivos, con grapas o puntos y la solapa superior sobre el extremo inferior, tal como se aprecia en la foto (es como una chaqueta cruzada). Tapamos así la prótesis, la aislamos .





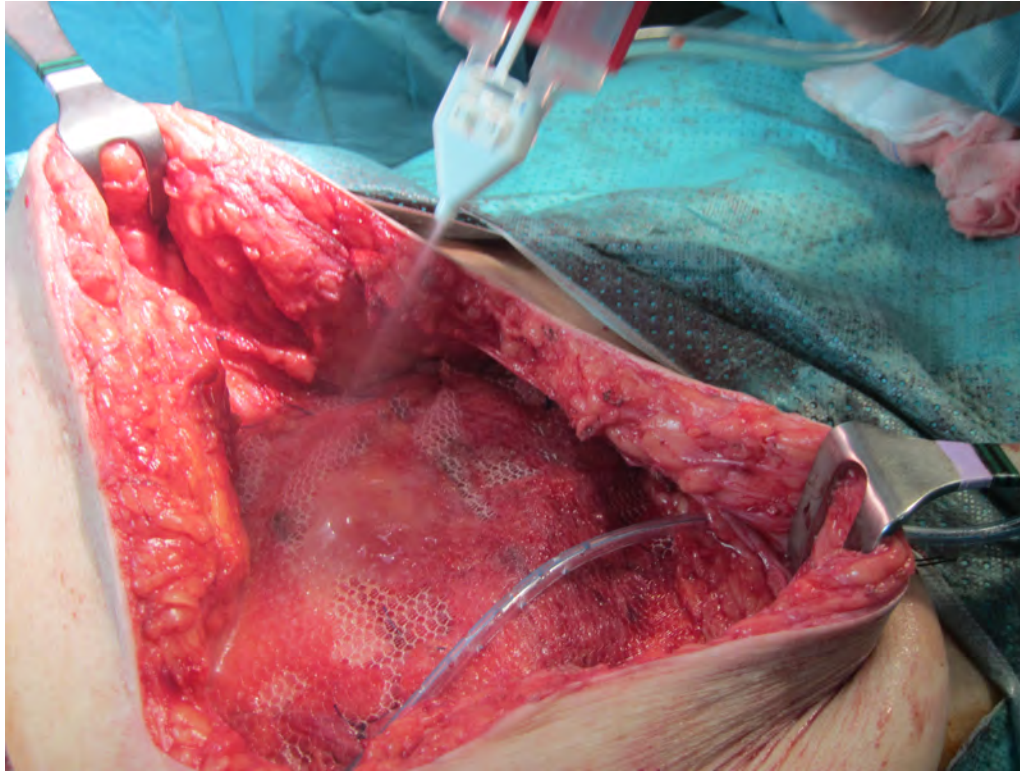
El saco, lo solapamos sobre si mismo (a lo mayo) fijando el extremo proximal a la base del área de los puntos transfixivos, con grapas o puntos y la solapa superior sobre el extremo inferior, tal como se aprecia en la foto, Es como una chaqueta cruzada. Tapamos así la prótesis, la aislamos .





Colocamos una segunda prótesis de PPL esta vez, de poro ancho y fijada con puntos irreabsorbibles a la EIAS y pubis. Nos va a reforzar la reparación.





Un drenaje de Redon para hacer vacío colocado antes de rociar con fibrina (Tissucol®) y la sutura para aproximar el tcsc sin dejar espacios.



