

Eventración media recidivada M2M3M4W3 con prótesis biológica previa

Técnica personal SAC niveles 1-2

Dr. Fernando Carbonell Tatay
Dr. Jorge Campos Máñez
Dra. Celia López de Briñas
Alumna Catalina Megía

Noviembre 2014



ivo

FUNDACIÓN

INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA

Servicio Cirugía Dr. Rafael Estevan Estevan



Paciente de 60 años, intervenido de un adenocarcinoma de recto superior, por cuadro oclusivo, al que se le practicó Hartmann (colostomía temporal en fosa ilíaca izquierda + muñón rectal). Reconstrucción de tránsito en 2013, con eventración posterior, que se interviene colocando una prótesis biológica (Permacol®), como puente al no poder aproximar.

Libre de enfermedad, tras quimioterapia y controles, en la actualidad.

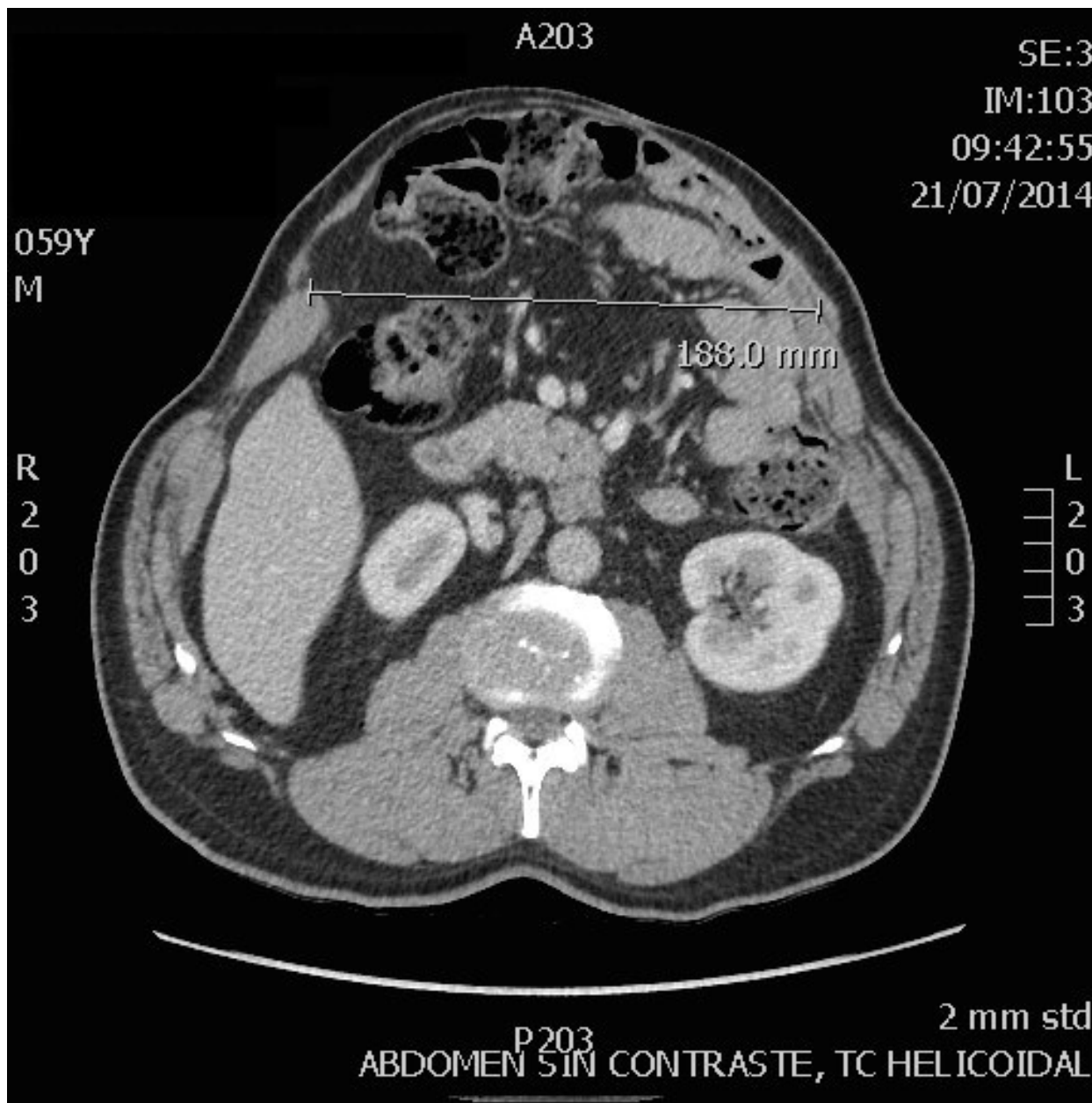
Presenta gran recidiva, a los 6 meses de la reparación protésica, con pérdida del derecho al domicilio, intestino delgado y grueso formando parte del saco.

Se solicita TAC con maniobra de Valsalva y se decide inyección de toxina botulínica en pared abdominal (Dra. Celia López Briñas- Anestesia REA), controlada por ecografía/TAC, y solicitar otro TAC a los 21 días de la inyección y valorar la ganancia.

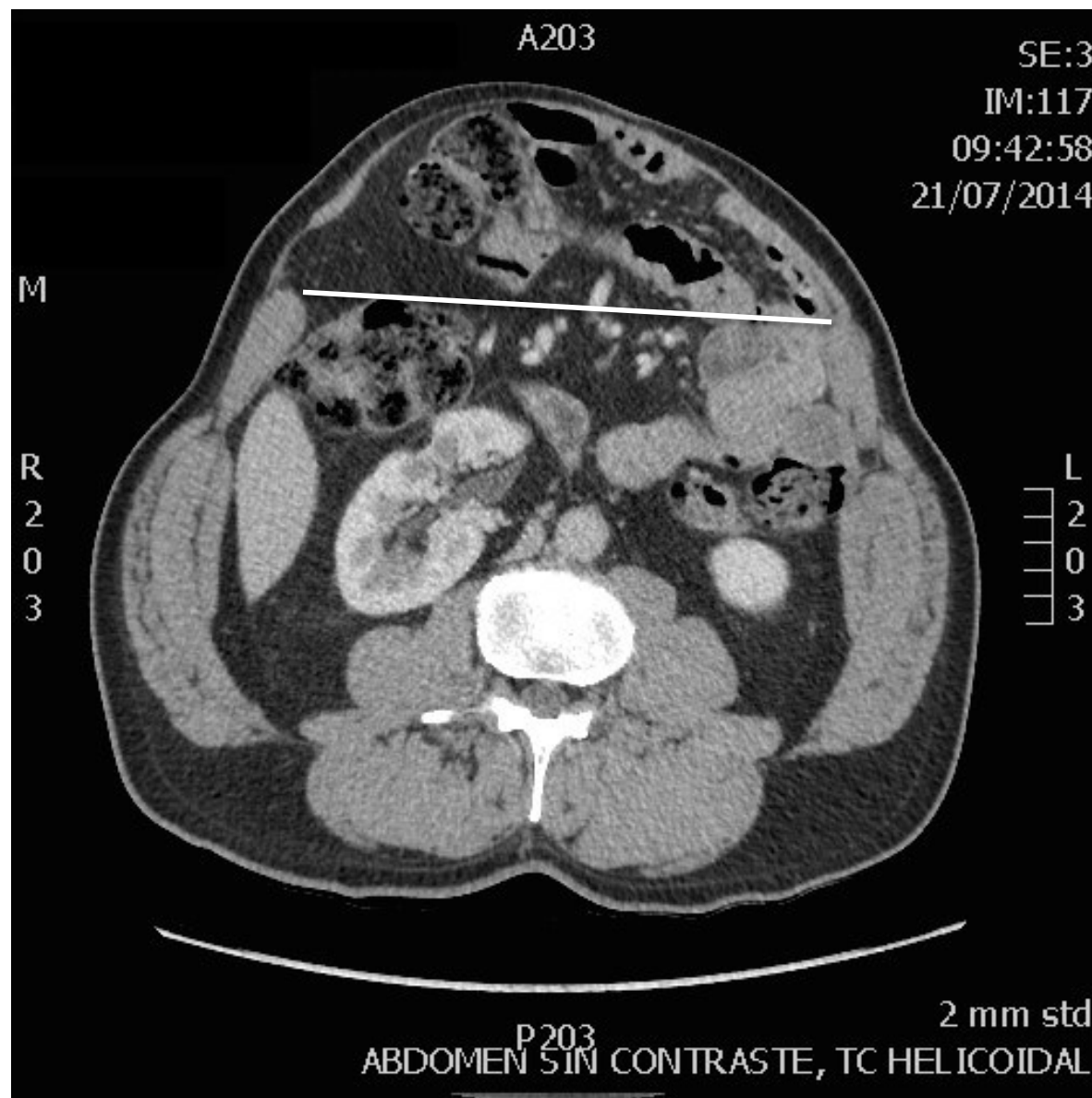








1/3 de contenido del saco ,
intestinos delgado y grueso,
Fuera de la cavidad.
Pérdida del derecho al domicilio.

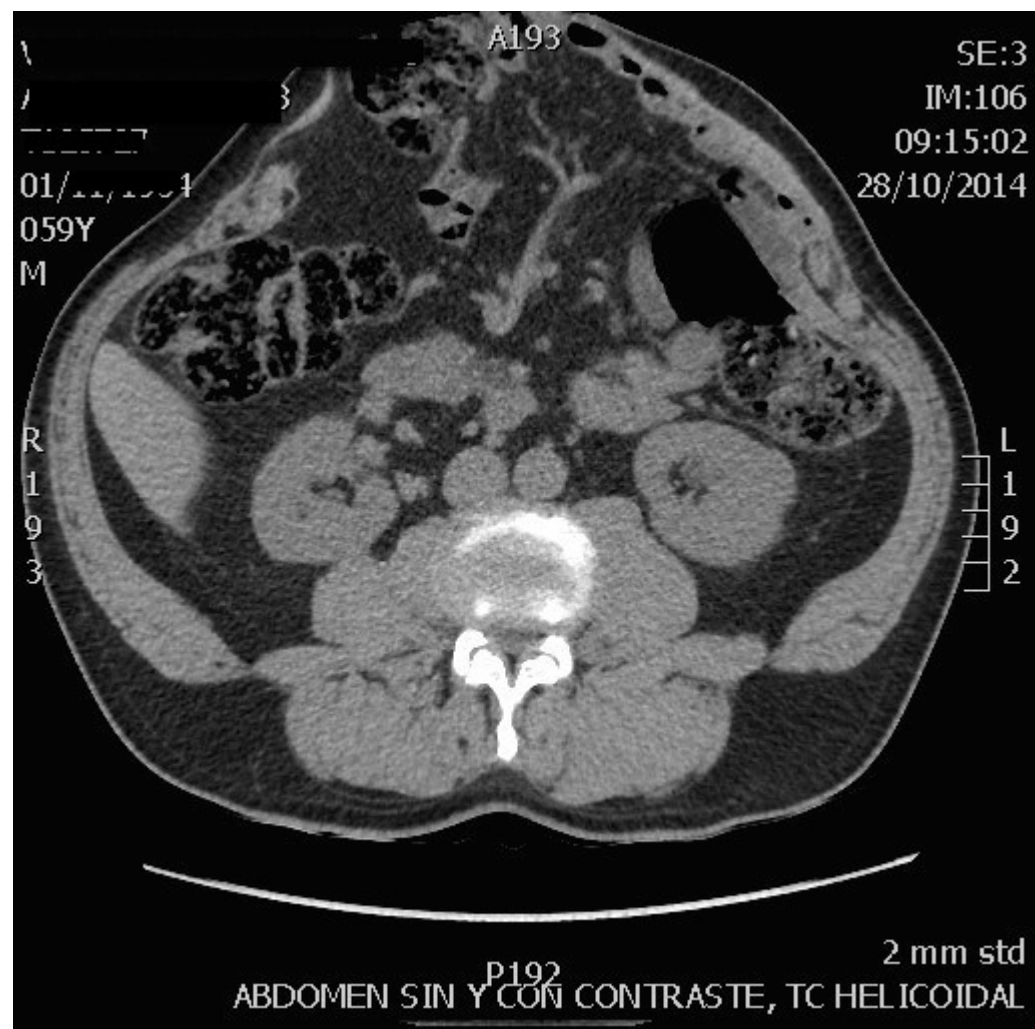


19 mm de diámetro de saco.
Importante separación ambos rectos y pared abdominal.

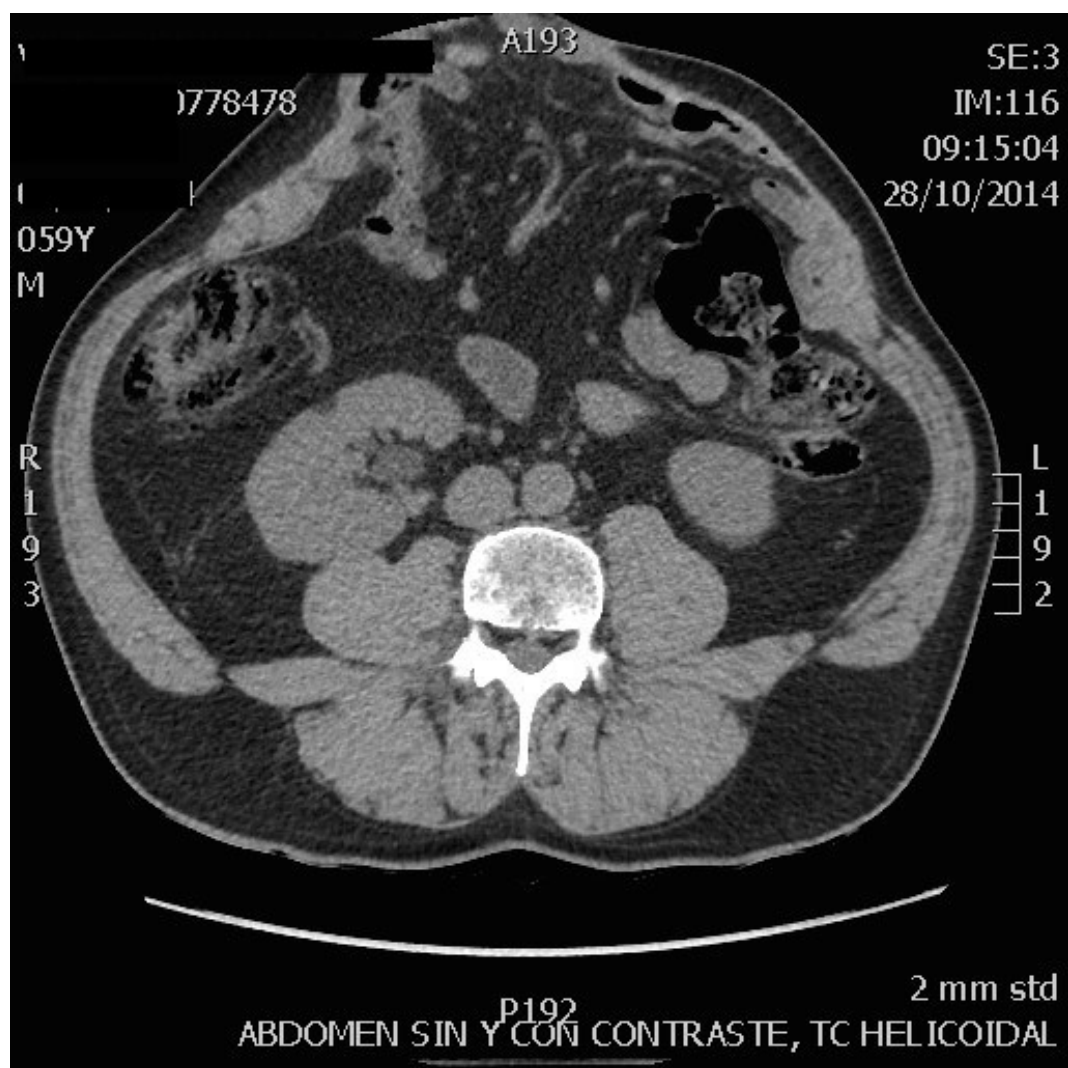


Se realiza infiltración con toxina botulínica de los tres músculos (ambos oblicuos y transversos) de la pared abdominal izquierda, previa a la cirugía reconstructiva de hernia abdominal. Realizamos dos infiltraciones de cada uno de los músculos a nivel de la línea axilar media - posterior y tres infiltraciones a la anterior. No se producen complicaciones durante el procedimiento. Dra. Celia López Briñas.

Se solicita un nuevo TAC para valorar efecto a los 21 días de la inyección, momento de mayor efecto de la toxina.



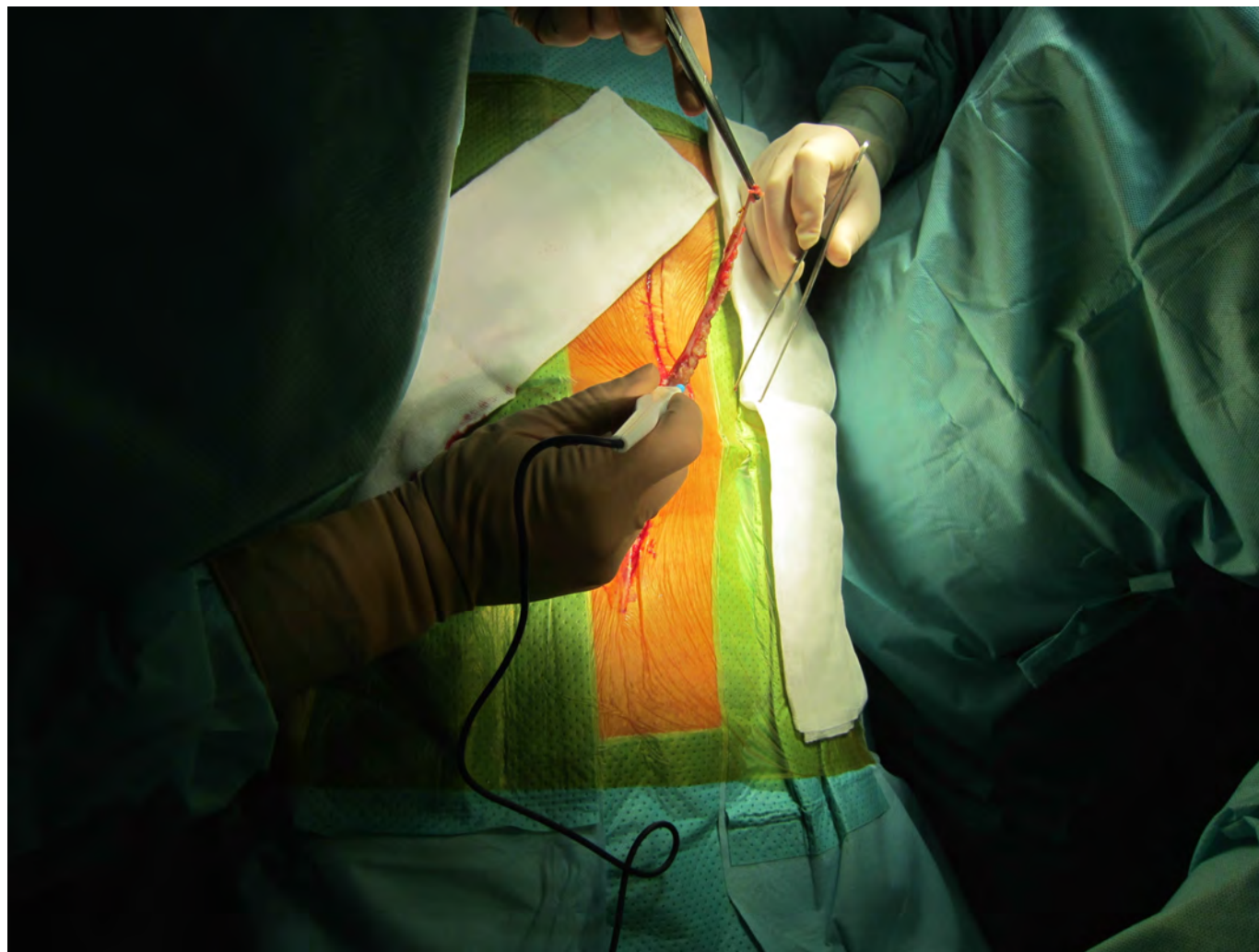
TAC post infiltración, se observa la ganancia, relajación muscular y disminución diámetro orificio herniario.



TAC post infiltración, se observa la ganancia, relajación muscular y disminución diámetro orificio herniario.



Intervención 6 - 11- 2014.



El campo bien aislado con apósitos plásticos adhesivos para evitar al máximo, la posible contaminación de las prótesis con gérmenes de piel. Profilaxis antibiótica y antitrombótica. Resección cicatrices anteriores.



Apósito plástico
por encima de los
paños de
aislamiento.

El campo bien aislado con apósitos plásticos adhesivos para evitar al máximo, la posible contaminación de las prótesis con gérmenes de piel. Profilaxis antibiótica y antitrombótica. Resección cicatrices anteriores.

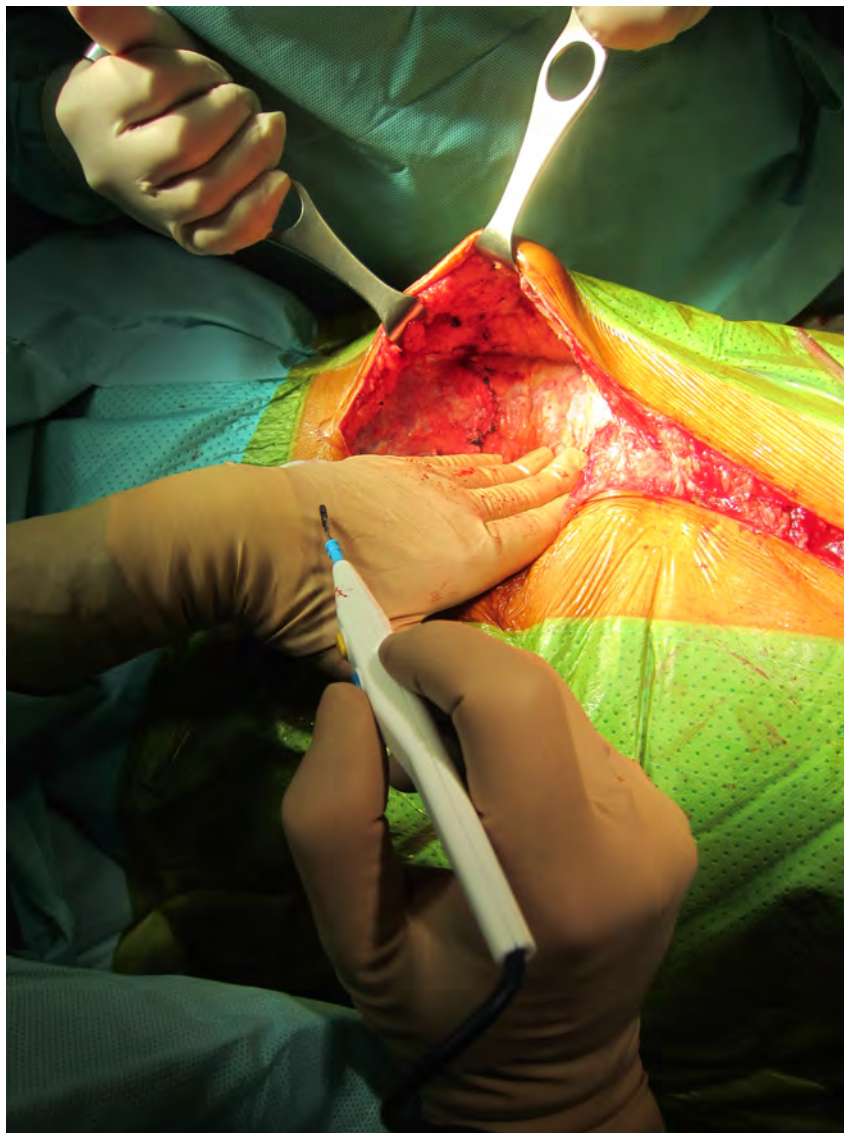


Borde superior
prótesis

Inmediatamente por debajo de la piel, encontramos el borde superior de la prótesis biológica.

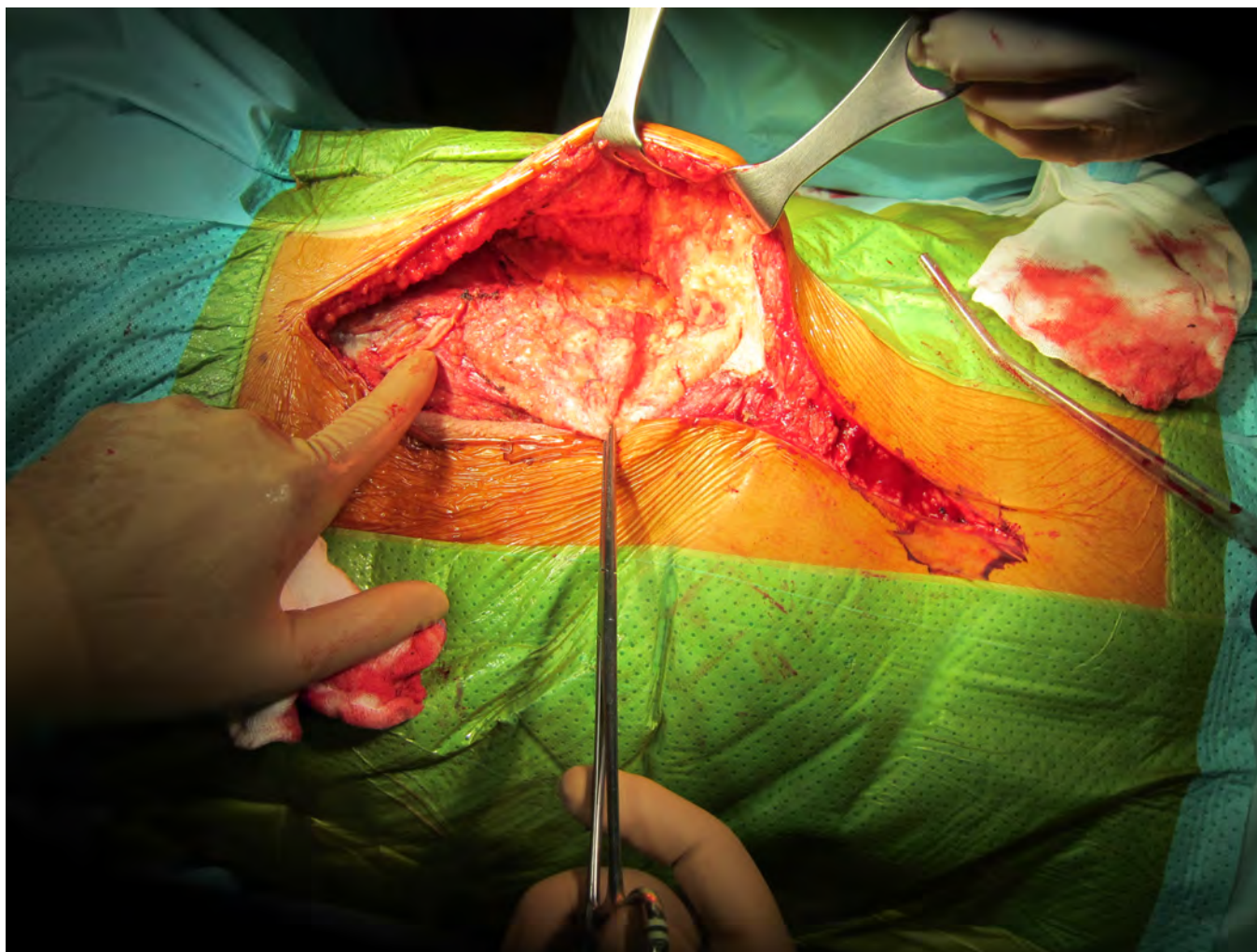


Debemos disecar el espacio hasta encontrar un terreno virgen que nos permita reconocer la aponeurosis anterior de los músculos rectos.



Debemos disecar el espacio hasta encontrar un terreno virgen que nos permita reconocer la aponeurosis anterior de los músculos rectos.





Debemos disecar el espacio hasta encontrar un terreno virgen que nos permita reconocer la aponeurosis anterior de los músculos rectos.



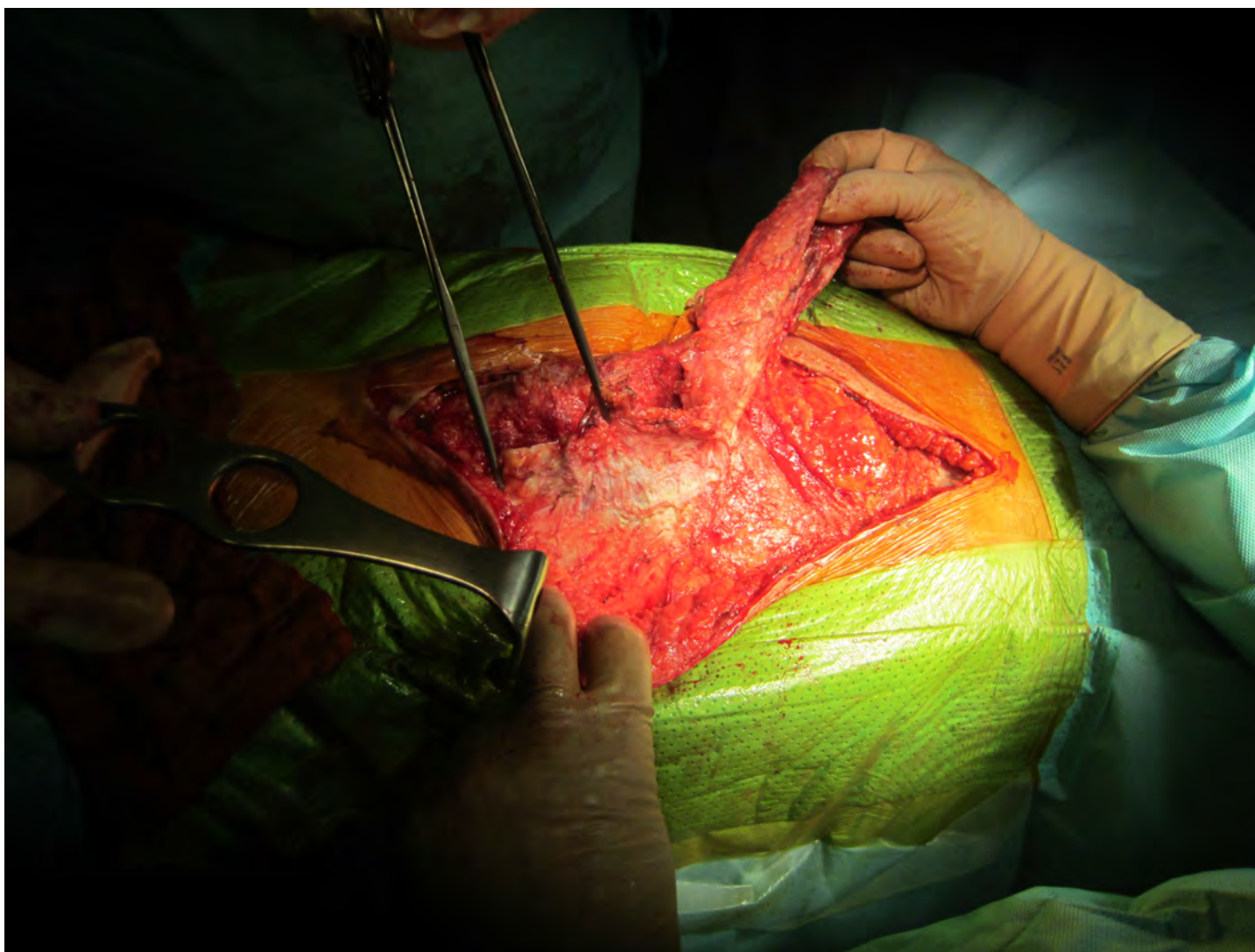
Se reconoce la antigua prótesis supra-aponeurótica que disecamos hasta su borde lateral y en toda su extensión.



Utilizamos compresas impregnadas de yodo para una mayor asepsia.

Se reconoce la antigua prótesis supra-aponeurótica que disecamos en toda su extensión.

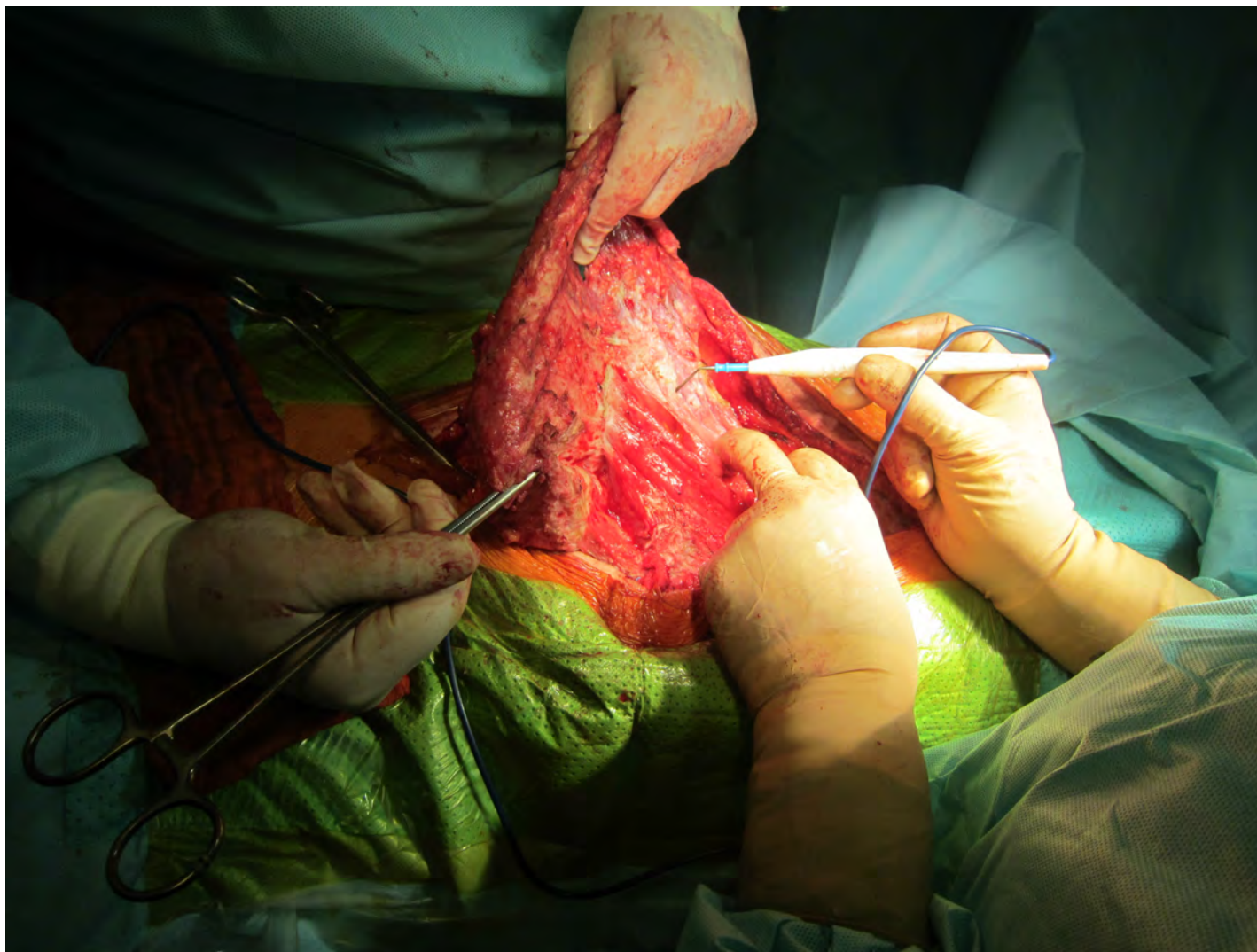




Se reconoce la antigua prótesis supra-aponeurótica que disecamos en toda su extensión. La vamos separando poco a poco ya que en su parte central se reconocen adheridas asas intestinales



Se reconoce la antigua prótesis supra-aponeurótica que disecamos en toda su extensión. La vamos separando poco a poco ya que en su parte central se reconocen adheridas asas intestinales



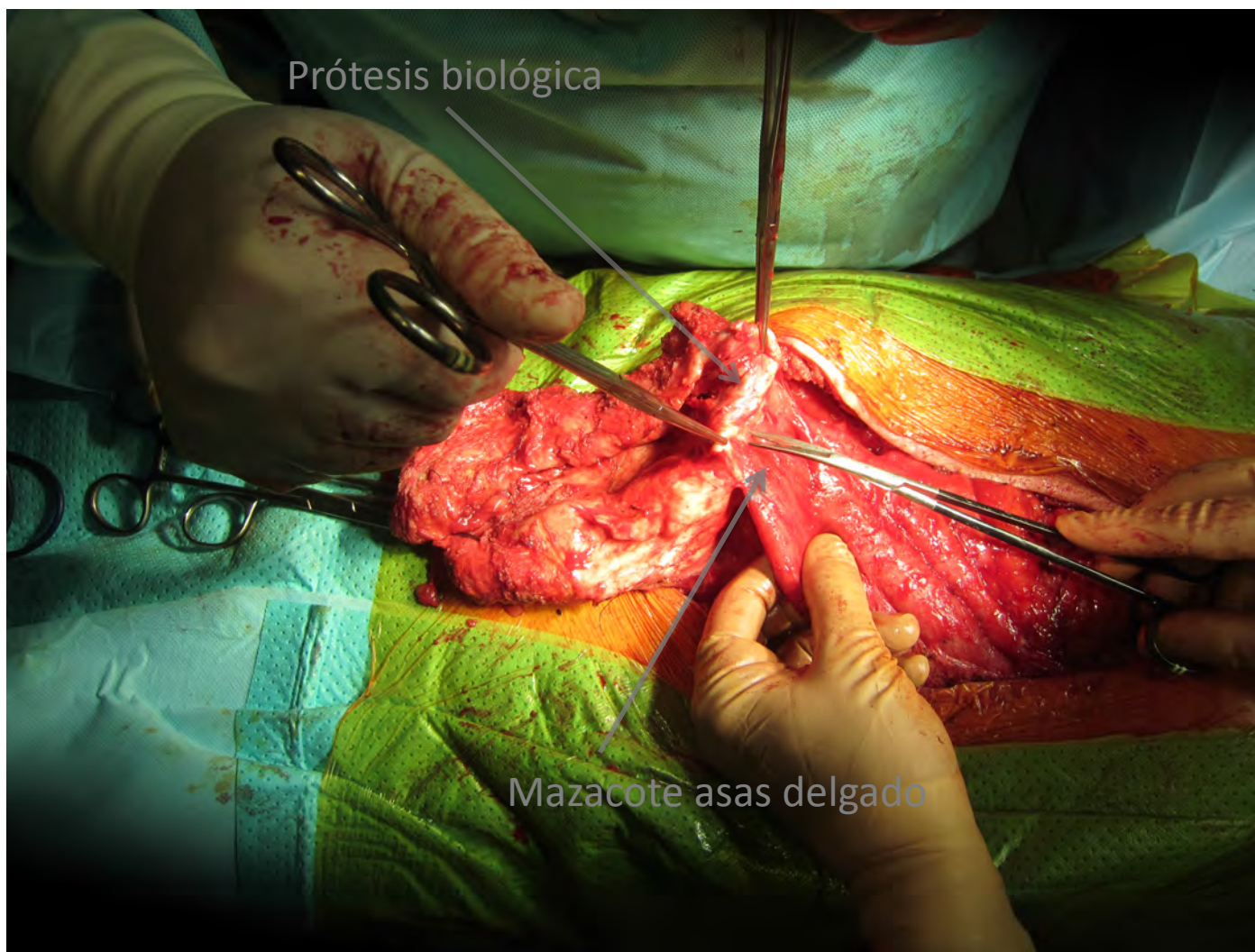
La vamos separando poco a poco ya que en su parte central se reconocen adheridas asas intestinales. La prótesis al parecer se colocó en forma de “puente” en la línea media.





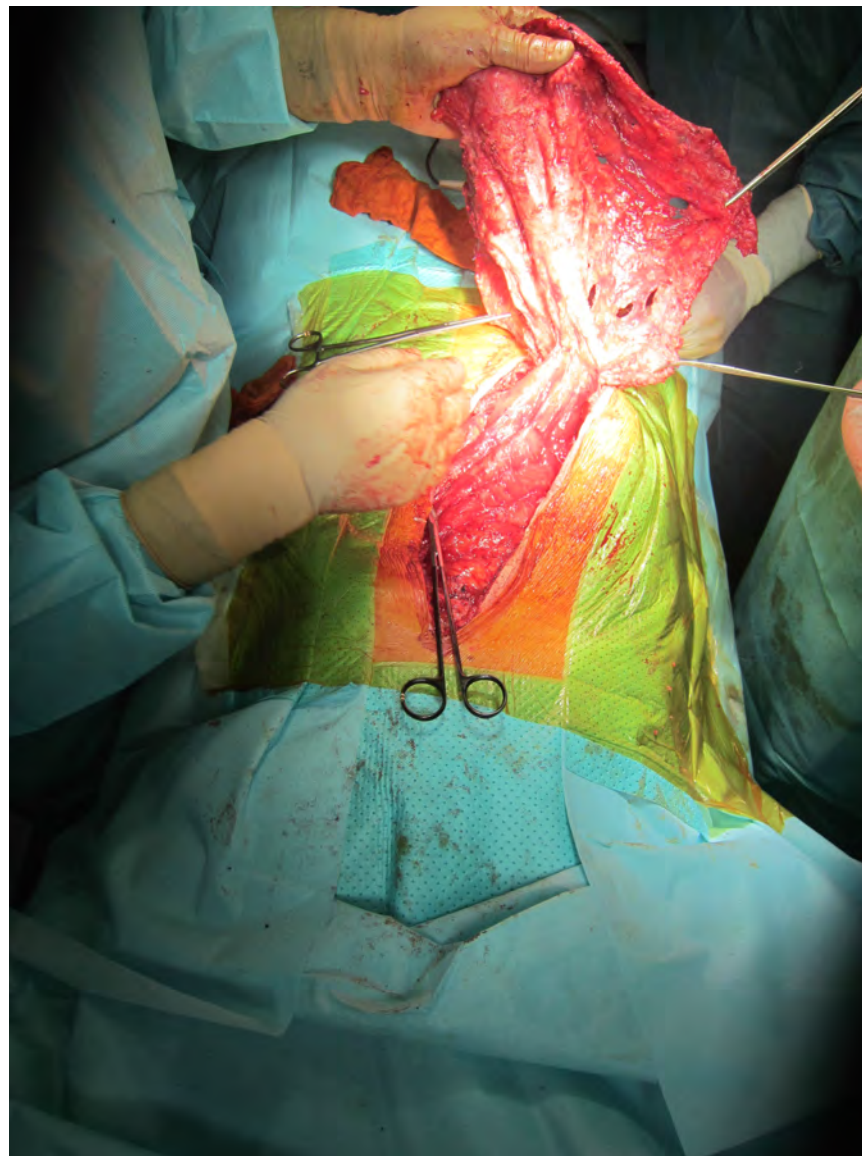
Adherencias muy firmes y casi integradas en la serosa del intestino. Debemos ser sumamente precavidos para no perforar ningún asa. Utilizaremos una fina tijera con puntas romas.





Adherencias muy firmes y casi integradas en la serosa del intestino. Debemos ser sumamente precavidos para no perforar ningún asa. Utilizaremos una fina tijera con puntas romas.



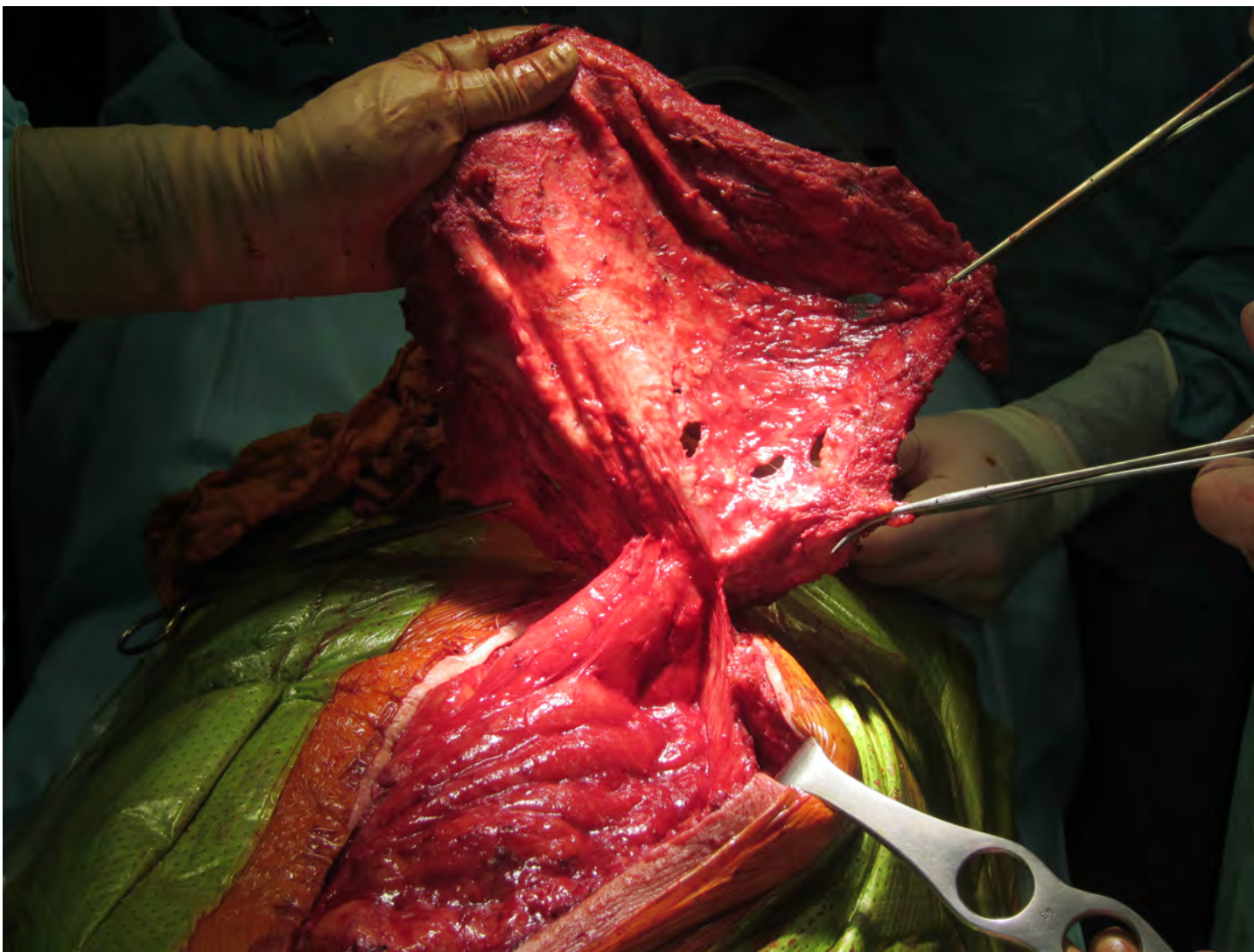


Visión desde la parte inferior, la cabeza del paciente en la parte superior de la imagen y los pies en la inferior. Prótesis liberada, faltando un tercio.

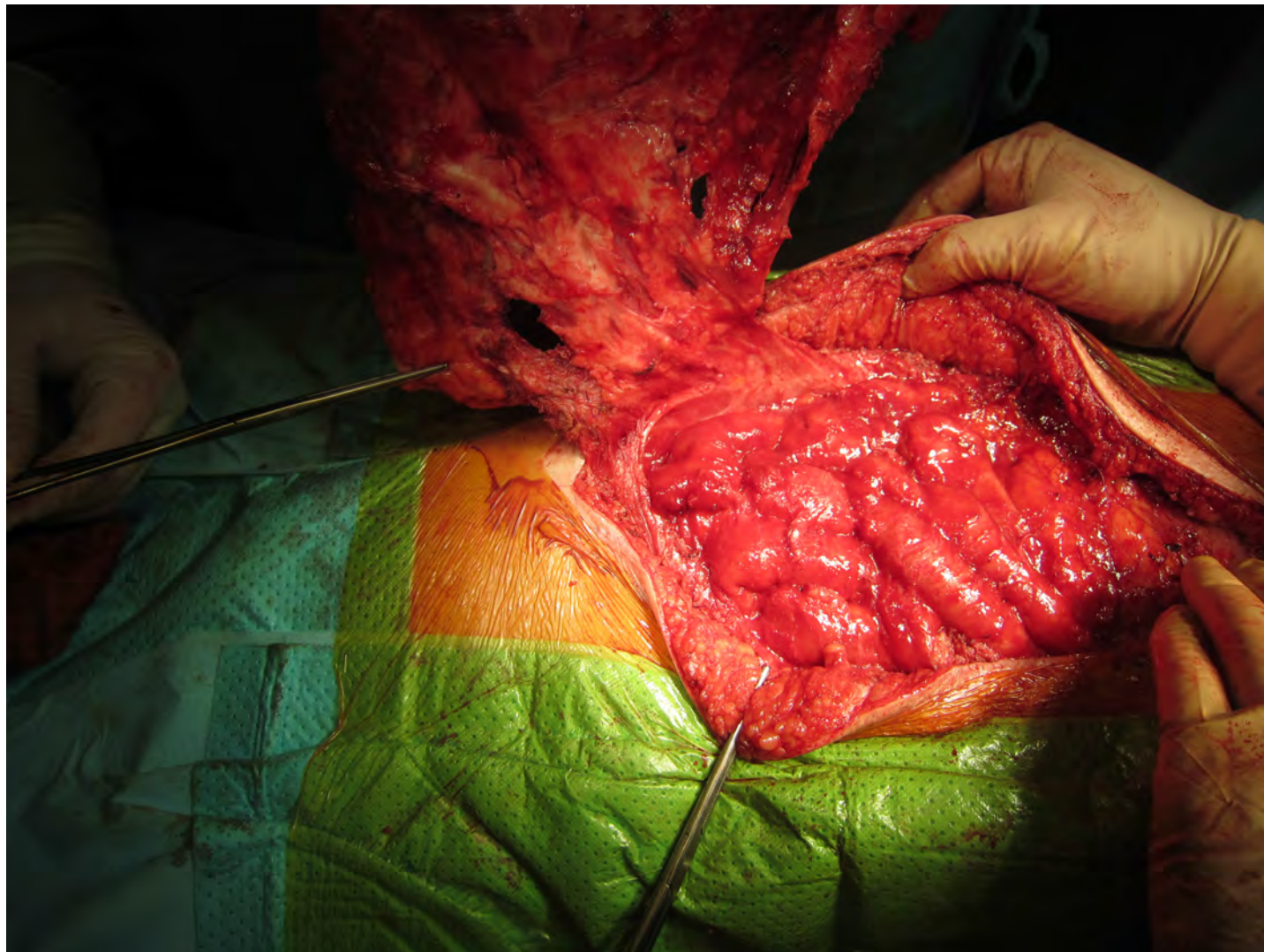


Adherencias muy firmes y casi integradas en la serosa del intestino. La constitución biológica de la prótesis no las ha impedido.





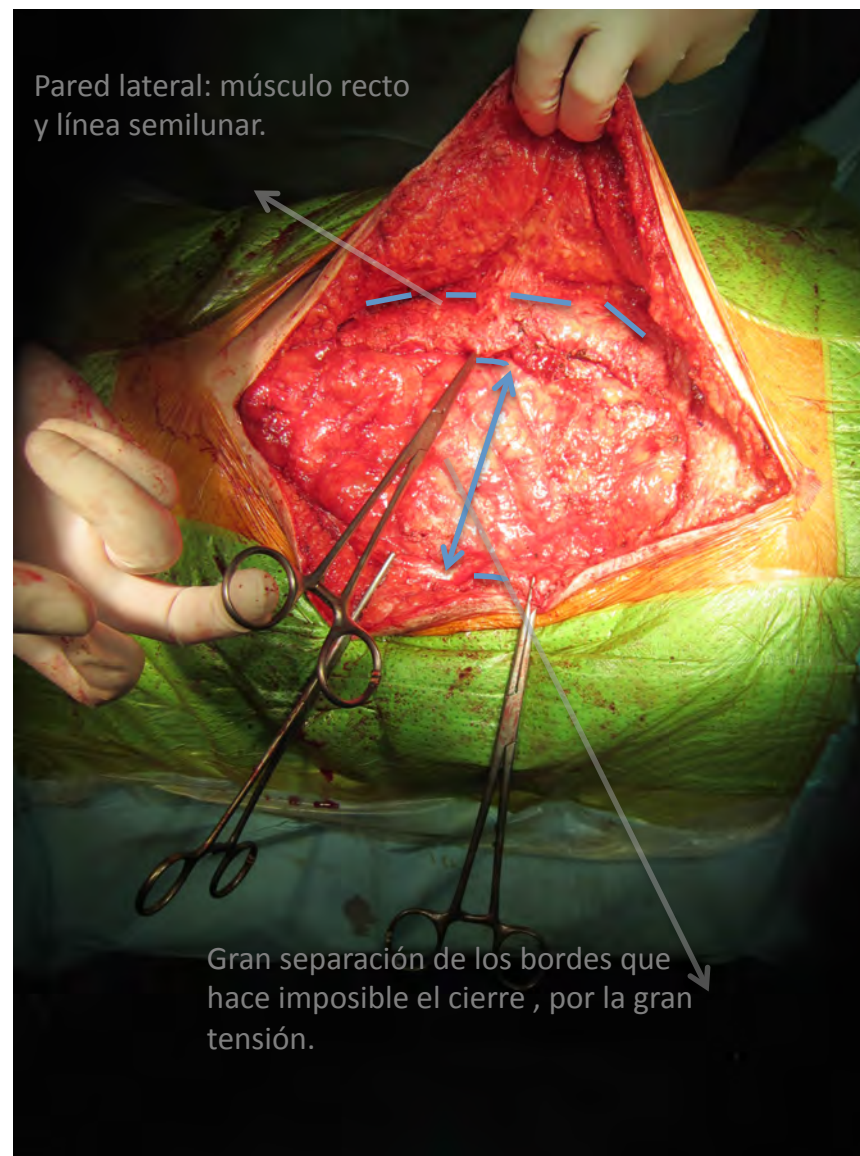
Adherencias muy firmes y casi integradas en la serosa del intestino. La constitución biológica de la prótesis no las ha impedido.



Las asas, una vez liberadas, presentan un aspecto de peritonitis serosa plástica, con adherencias inter-asas en todo el paquete intestinal.



La prótesis porcina acelular (Permacol®) degrada poco el colágeno y no encoge, una vez extirpada, mayor de 20 x 20 cm.



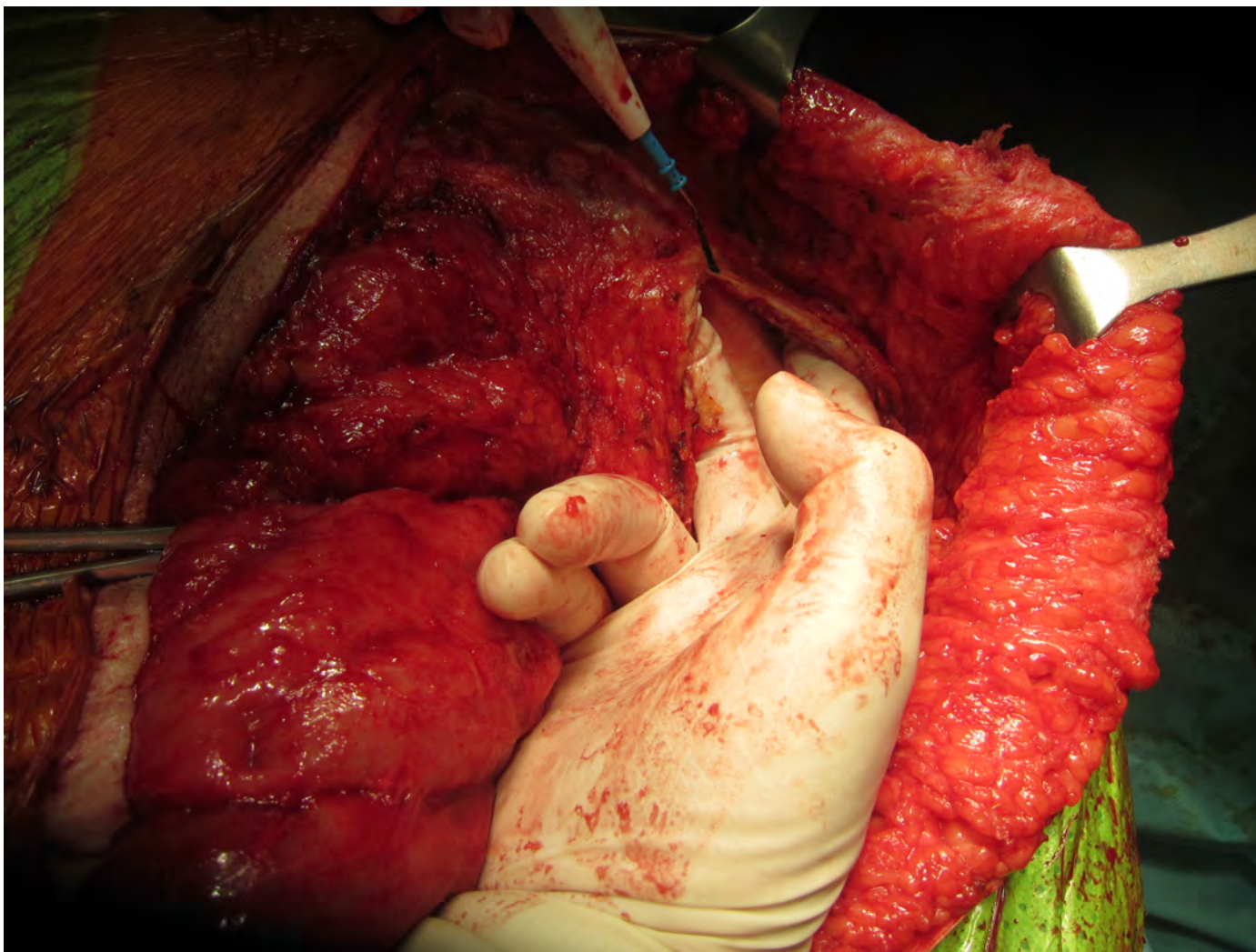
Visión de la cavidad tras la adhesiolisis al peritoneo parietal. Hemos despegado el sigma, firmemente adherido a la gotiera y con un granuloma.



Se localiza la inserción del oblicuo mayor con el recto y se incide para separarlo.



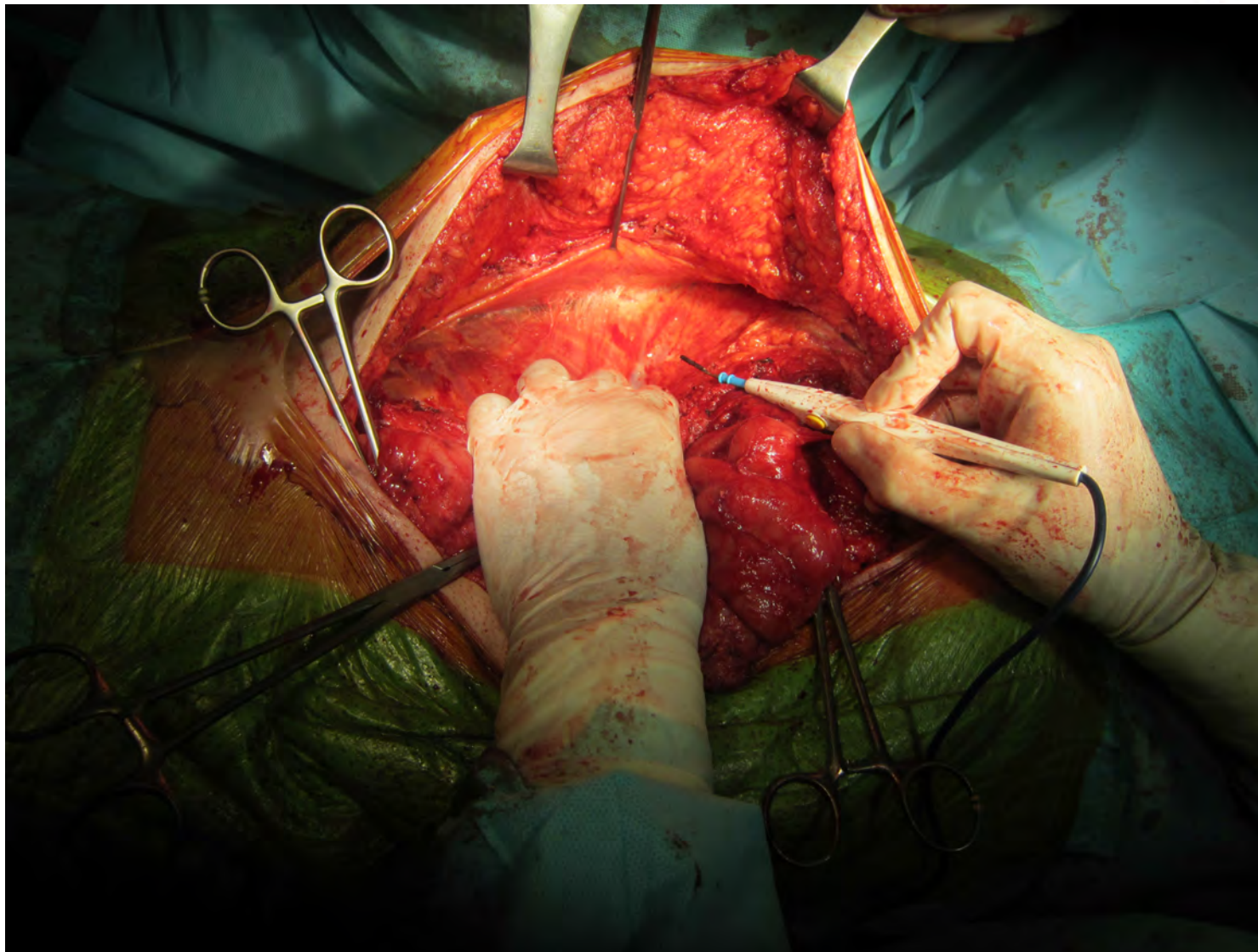
Se localiza la inserción del oblicuo mayor con el recto y se incide para separarlo.



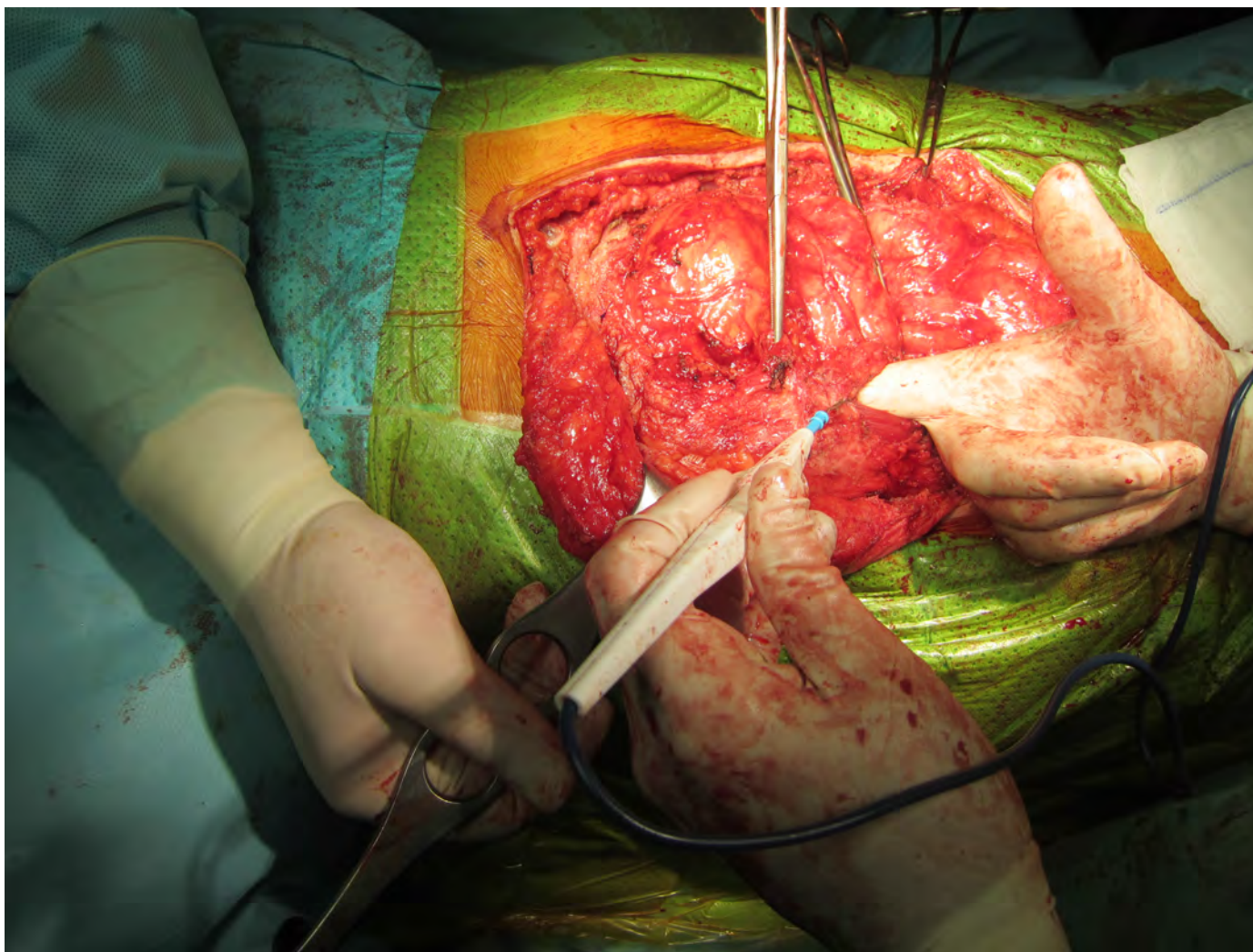
Se localiza la inserción del oblicuo mayor con el recto y se incide para separarlo. Limite inferior orificio inguinal externo y superior el reborde costal.



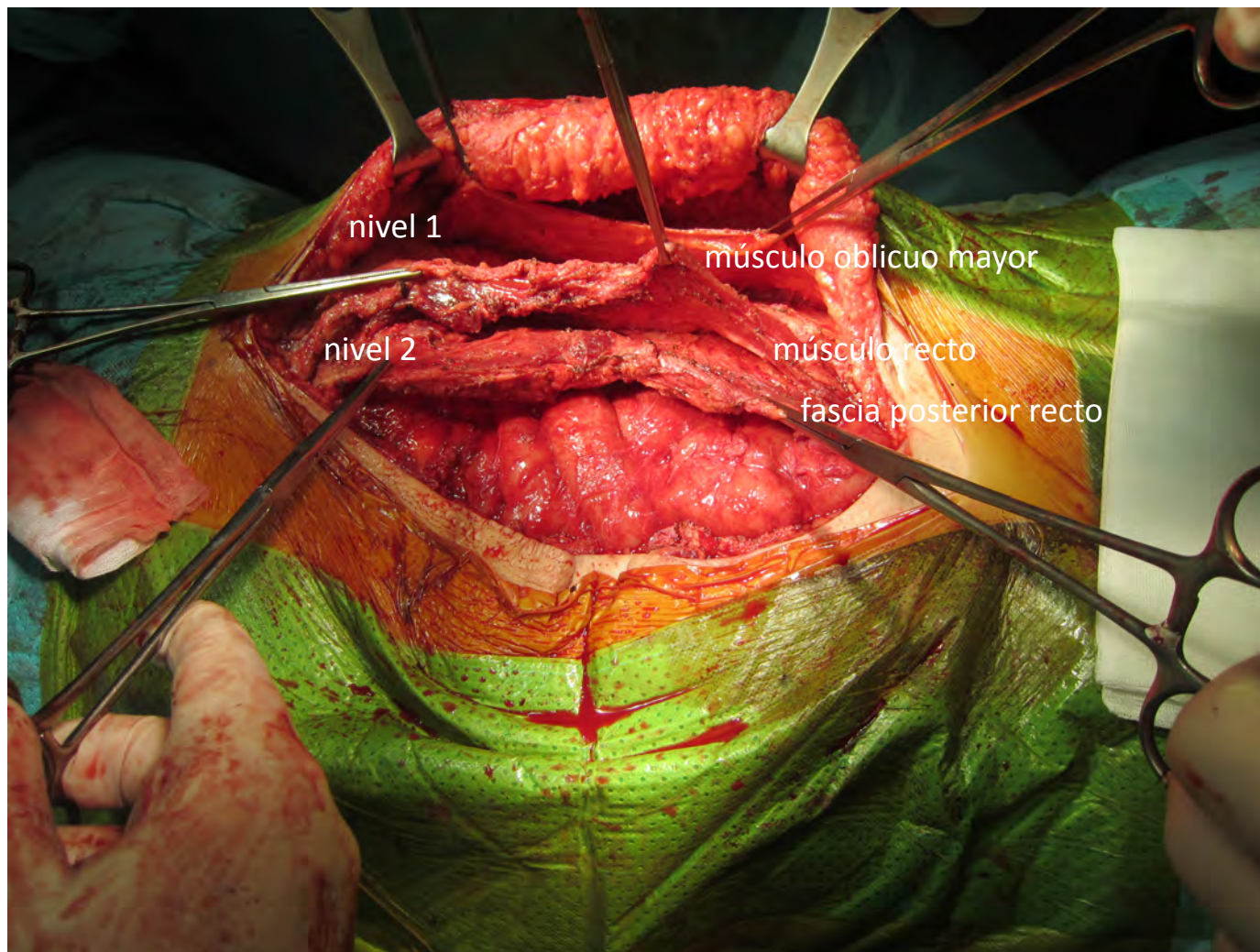
Colgajo del oblicuo mayor del lado izquierdo del paciente. Se observa ya la ganancia del complejo oblicuo menor/trasverso hacia la línea media.



Colgajo del oblicuo mayor del lado izquierdo del paciente. Se observa ya la ganancia del complejo oblicuo menor/trasverso hacia la línea media.

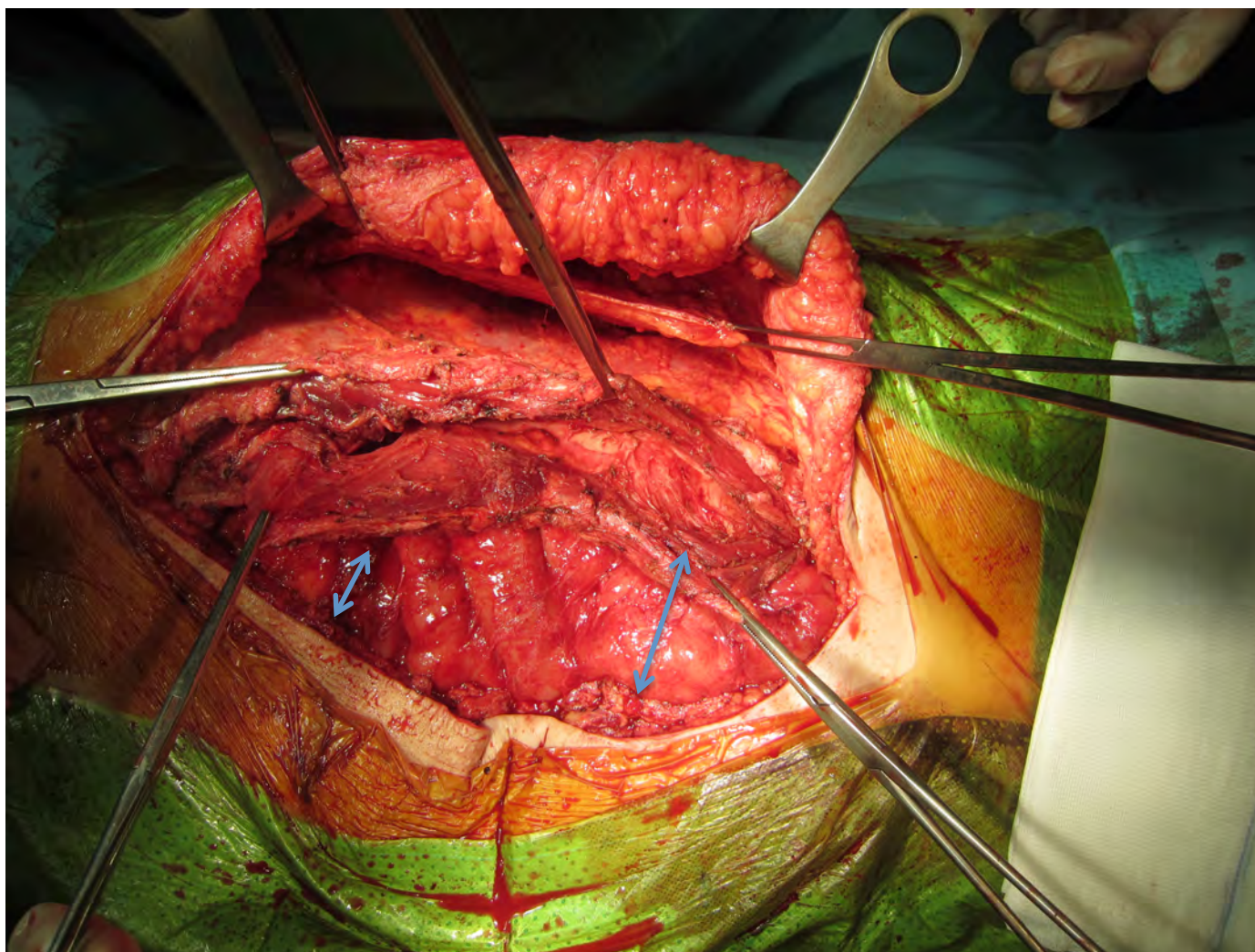


A pesar de la liberación de ambos oblicuos mayores, aún existe tensión en el cierre por lo que liberamos la fascia posterior de ambos rectos..

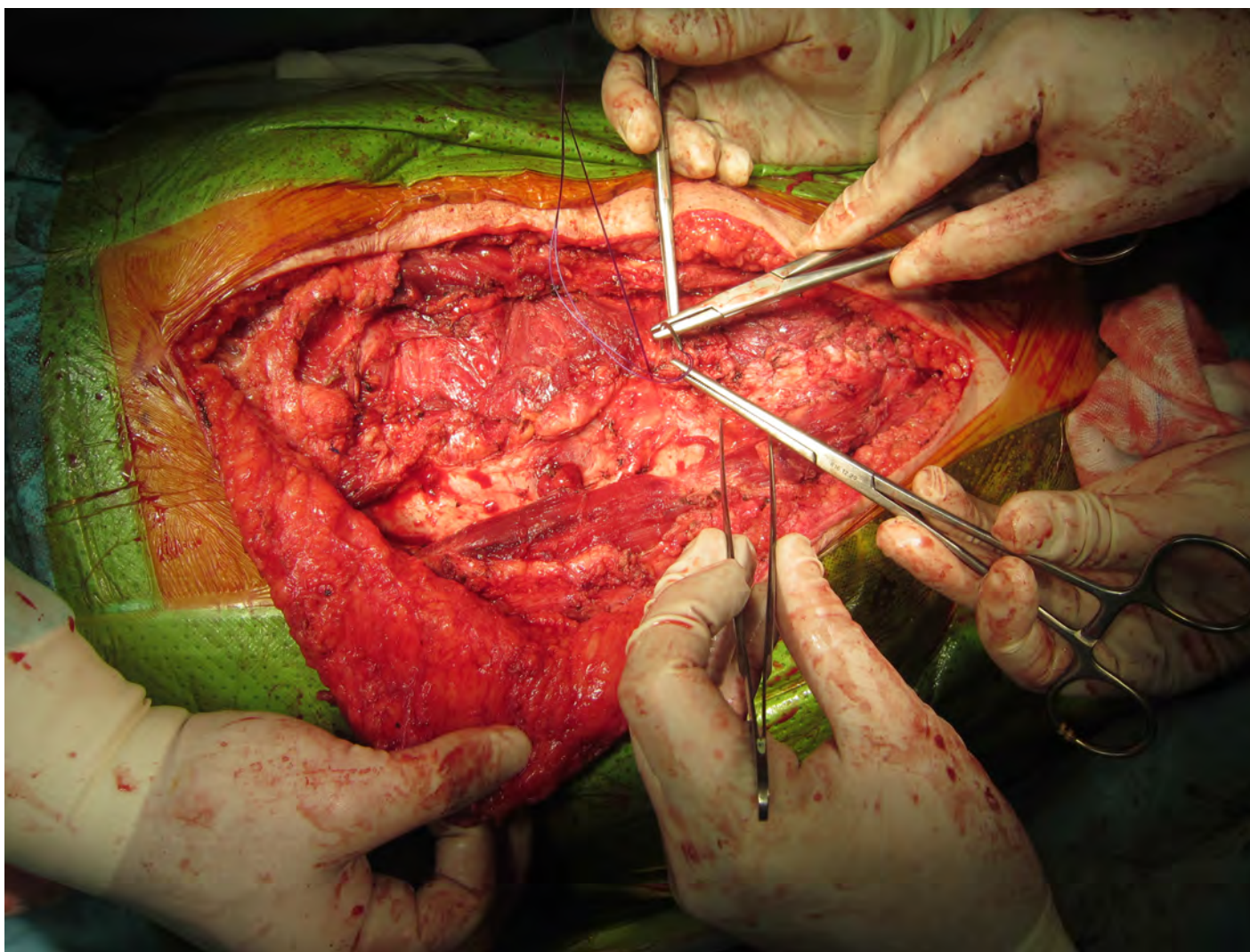


Completamos los Niveles 1 y 2 de la Técnica personal.

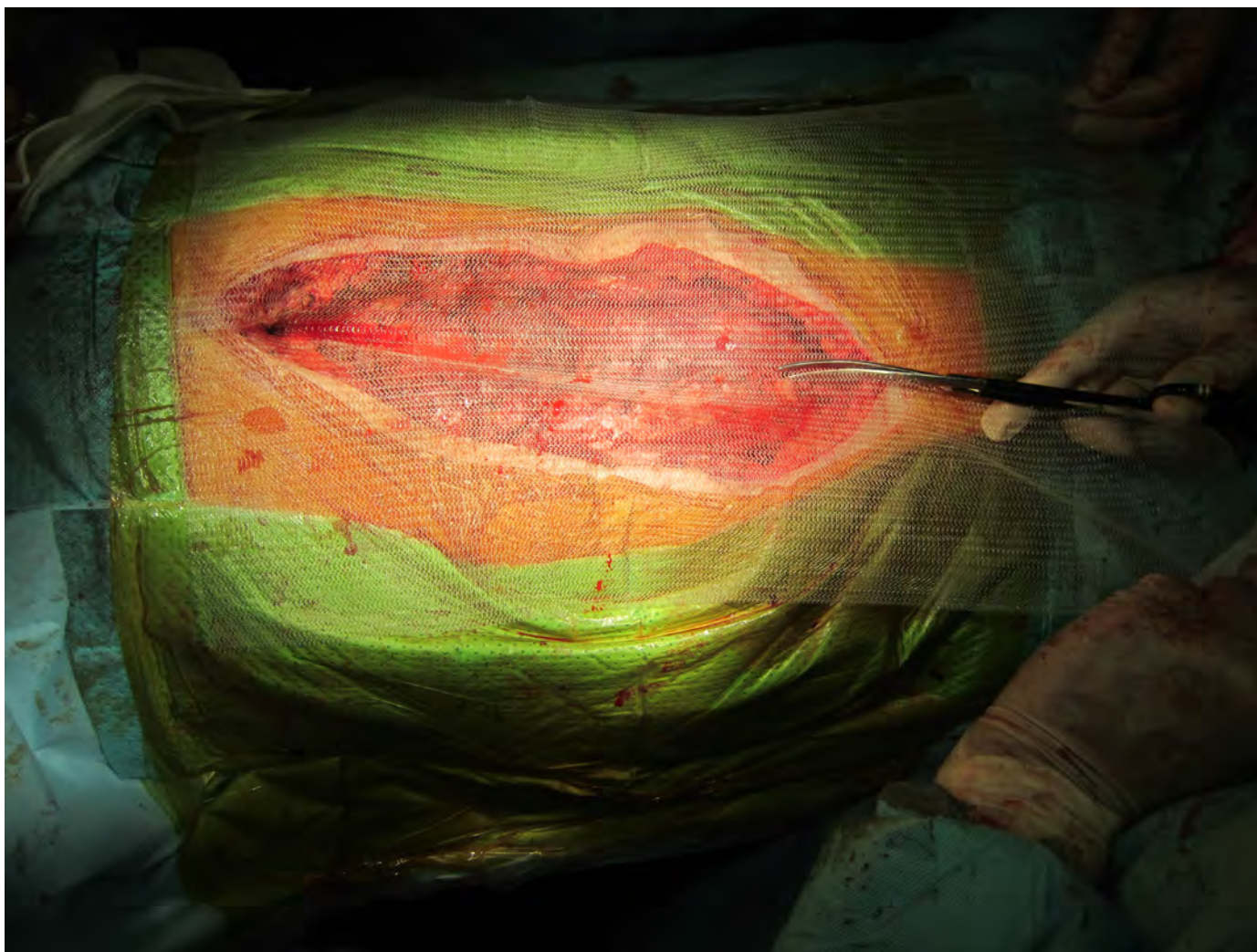




La distancia entre los bordes de la pared ha disminuído con las maniobras previas de separación de componentes anterior y posterior, Niveles 1 y 2. Por tanto un cierre sin tensión.



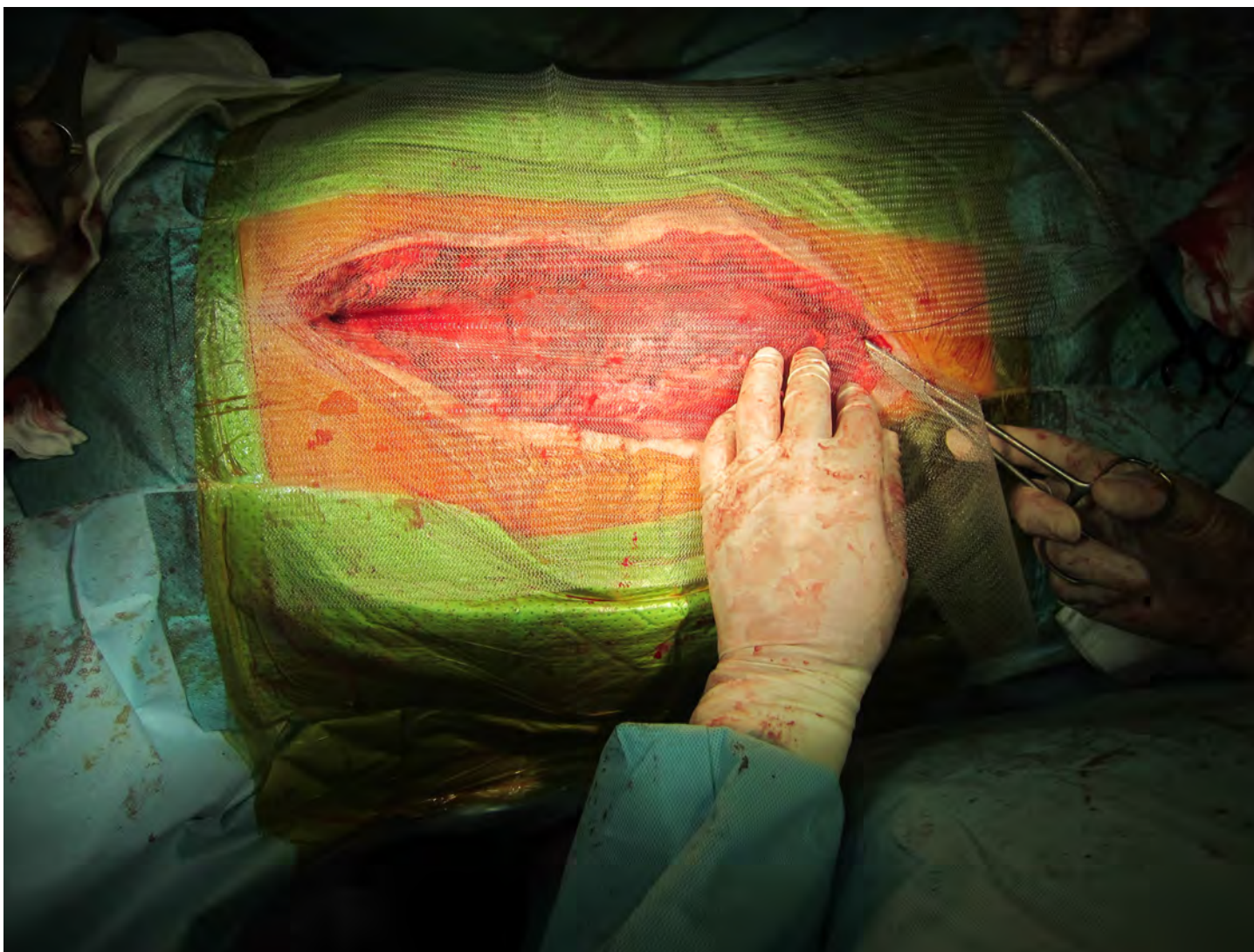
La distancia entre los bordes de la pared ha disminuído con las maniobras previas de separación de componentes anterior y posterior, Niveles 1 y 2. Por tanto un cierre sin tensión, que practicamos con una sutura continua, elástica, reabsorbible de Monomax[®].



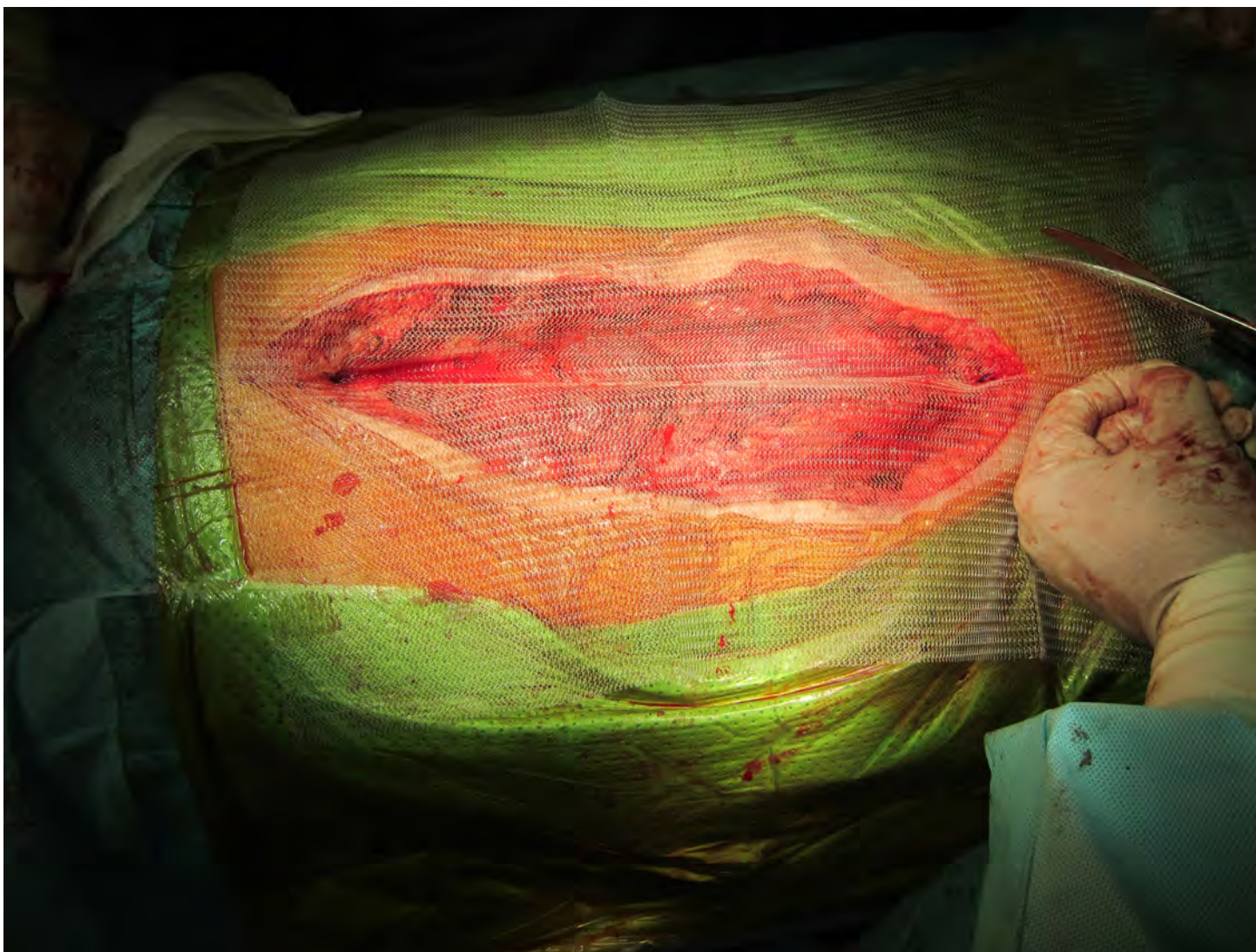
Colocaremos en ese espacio la primera prótesis, a la medida, cortándola arriba y abajo para fijarla en los bordes “sanos” de la pared, en el ángulo. Dejaremos unas lengüetas.



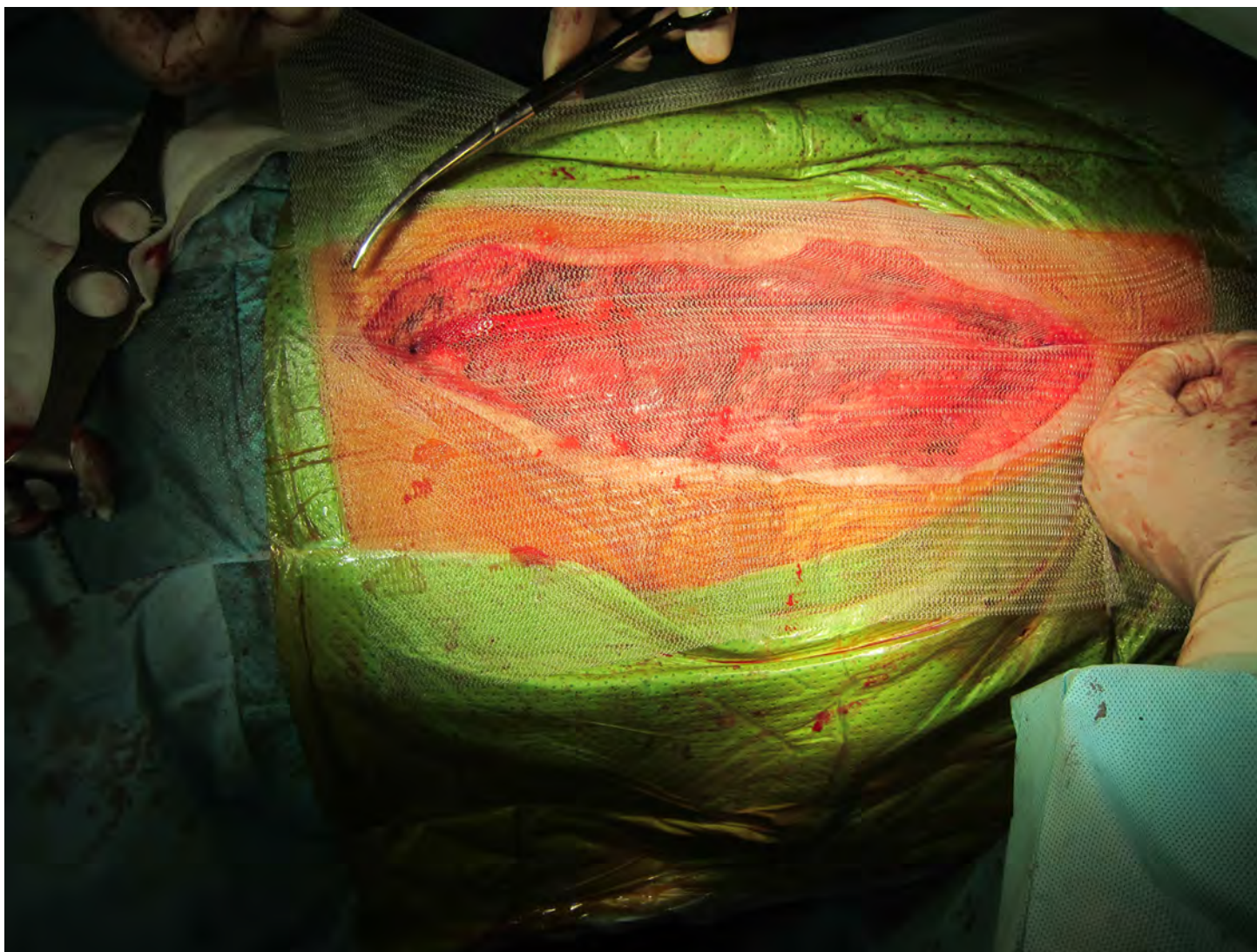
Colocaremos en ese espacio la primera prótesis, a la medida, cortándola arriba y abajo para fijarla en los bordes “sanos” de la pared, en el ángulo. Dejaremos unas lengüetas.



Colocaremos en ese espacio la primera prótesis, a la medida, cortándola arriba y abajo para fijarla en los bordes “sanos” de la pared, en el ángulo. Dejaremos unas lengüetas.



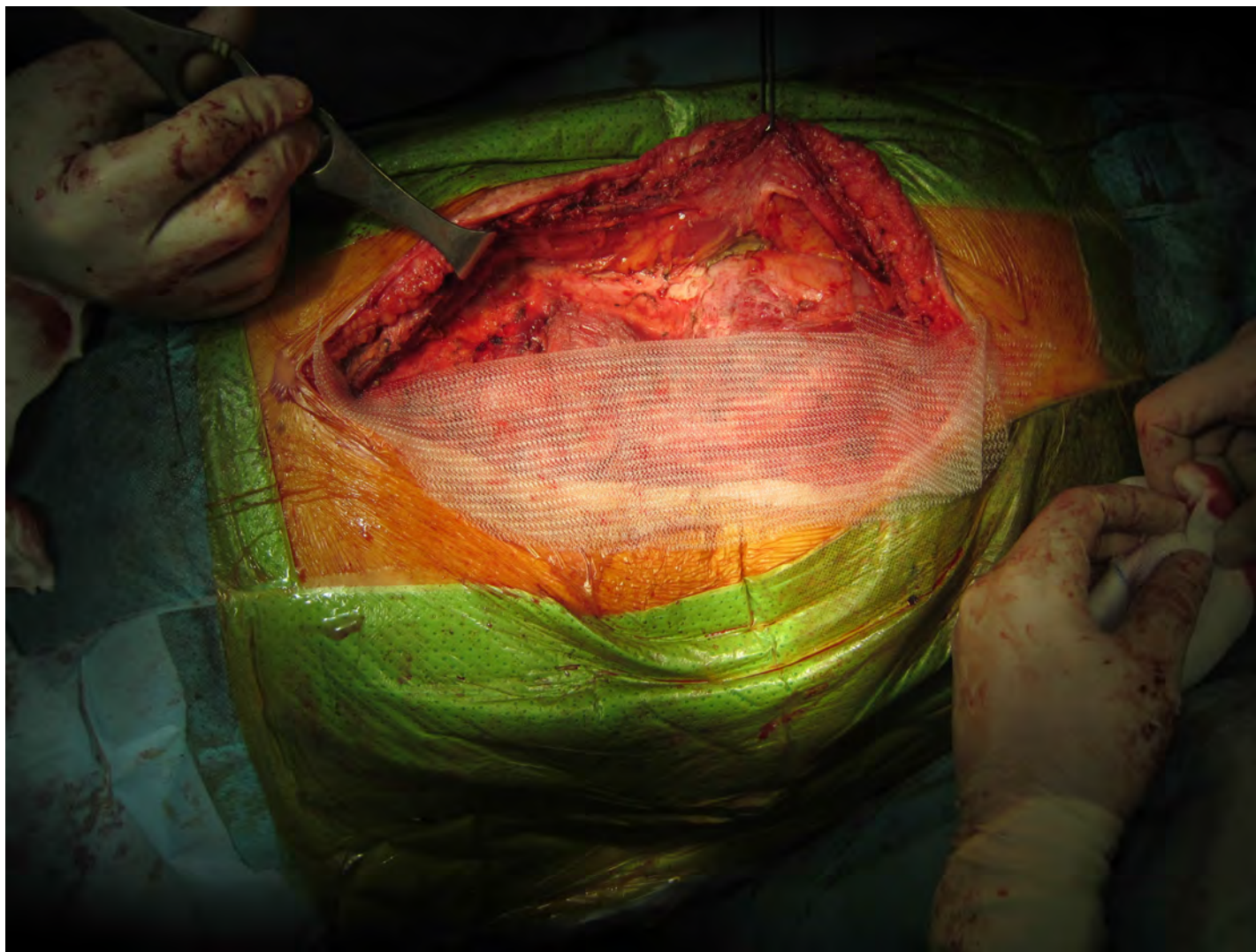
Colocaremos en ese espacio la primera prótesis, a la medida, cortándola arriba y abajo para fijarla en los bordes “sanos” de la pared, en el ángulo. Dejaremos unas lengüetas.



Colocaremos en ese espacio la primera prótesis, a la medida, cortándola arriba y abajo para fijarla en los bordes “sanos” de la pared, en el ángulo. Dejaremos unas lengüetas.



Colocaremos en ese espacio la primera prótesis, a la medida, cortándola arriba y abajo para fijarla en los bordes “sanos” de la pared, en el ángulo. Dejaremos unas lengüetas.



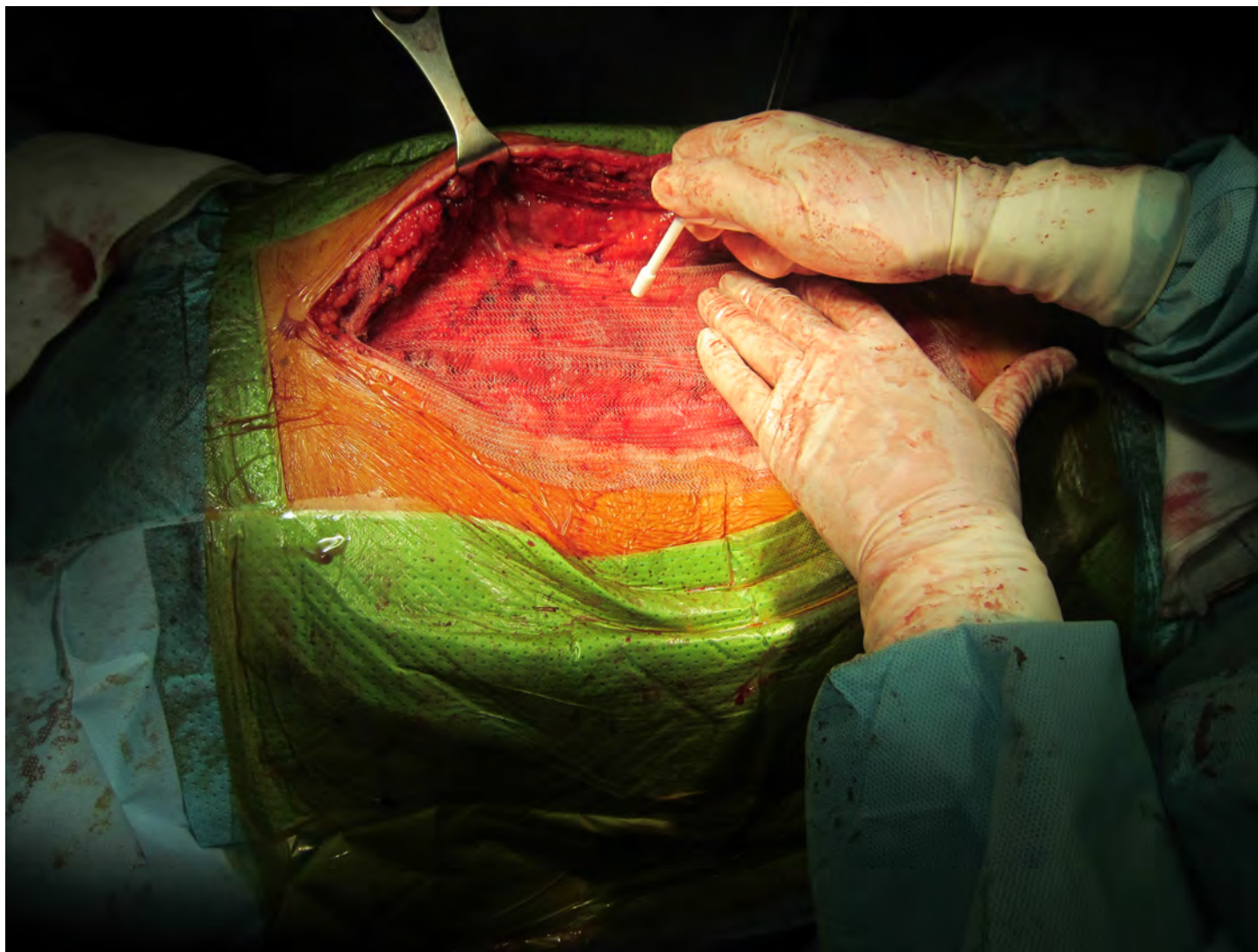
Colocaremos en ese espacio la primera prótesis, a la medida, cortándola arriba y abajo para fijarla en los bordes “sanos” de la pared, en el ángulo. Dejaremos unas lengüetas.



La emplazamos en el espacio retromuscular y la fijamos con grapas absorbibles o con cianocrilato. Las lengüetas (como una cola de chaqué) las introduciremos arriba y abajo en ese mismo espacio, superando los ángulos de la pared.



La emplazamos en el espacio retromuscular y la fijamos con grapas absorbibles o con cianocrilato. Las lengüetas (como una cola de chaqué) las introduciremos arriba y abajo en ese mismo espacio, superando los ángulos de la pared. Nivel 2.



La emplazamos en el espacio retromuscular y la fijamos con grapas absorbibles y con cianocrilato. Las lengüetas (como una cola de chaqué) las introduciremos arriba y abajo en ese mismo espacio, superando los ángulos de la pared. Nivel 2.



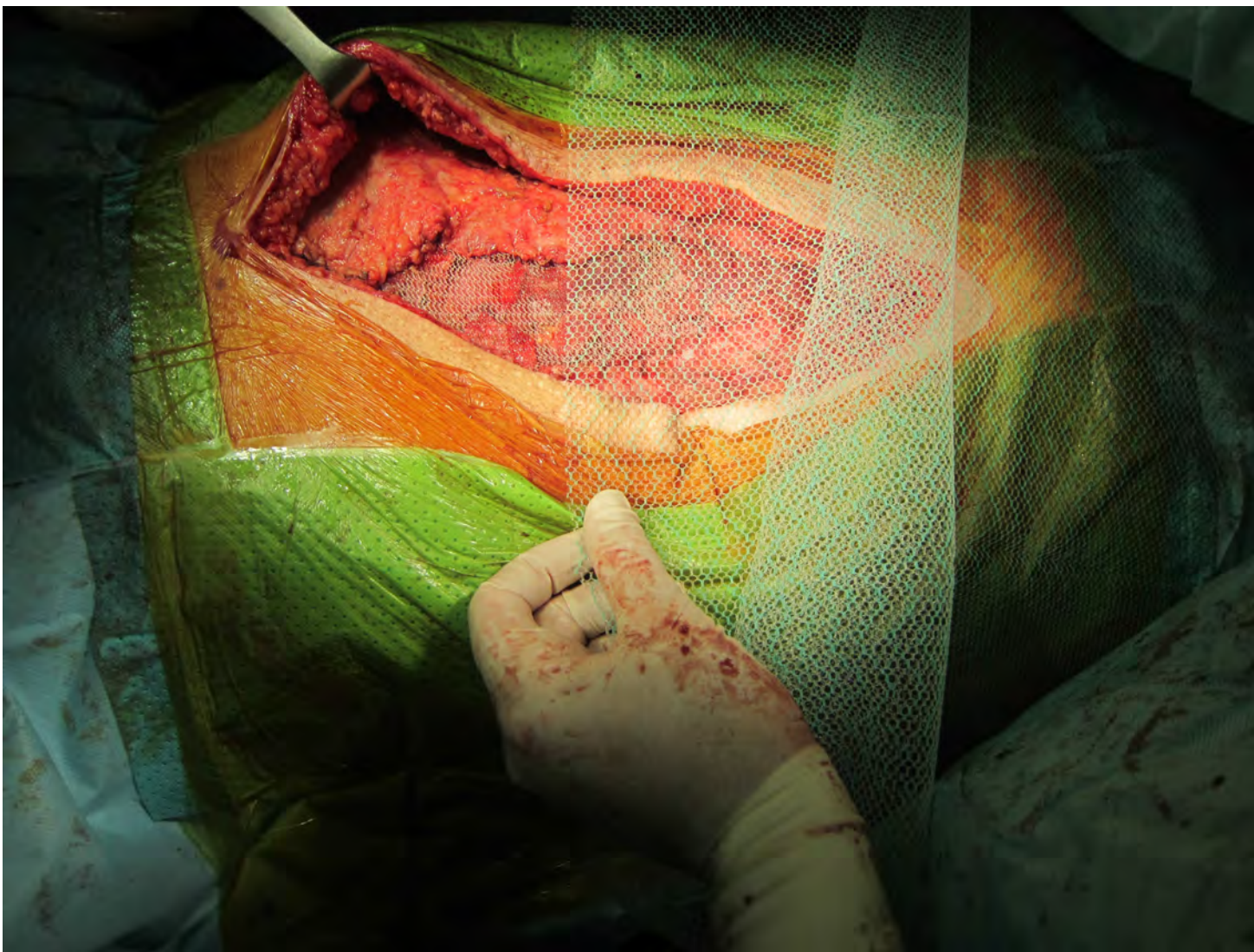
La prótesis está emplazada, bien expandida por debajo de ambos músculos rectos, protegiendo el cierre de la pared, que hemos hecho con sutura continua elástica (Monomax®). Nivel 2.



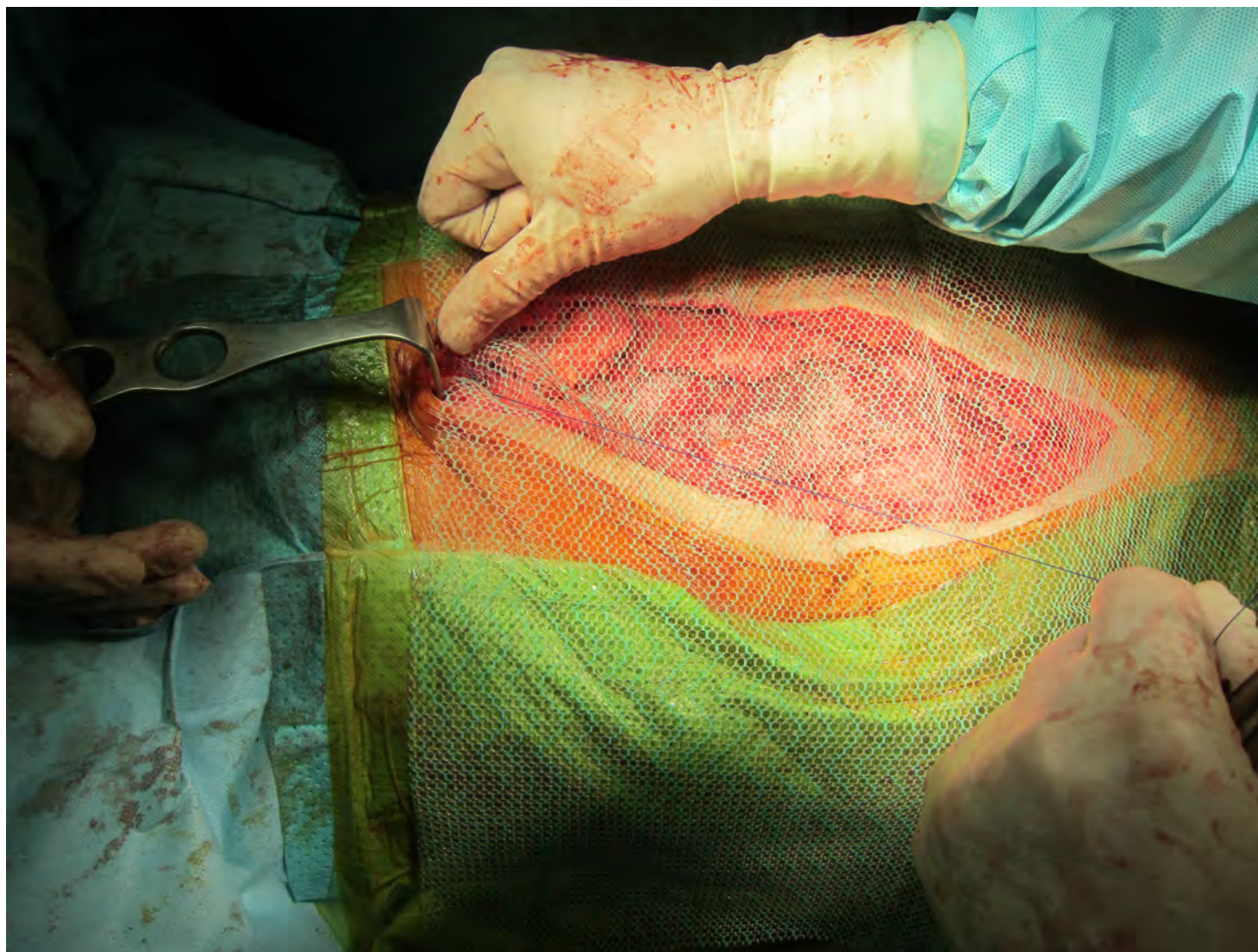
La prótesis está emplazada, bien expandida por debajo de ambos músculos rectos, protegiendo el cierre de la pared, que hemos hecho con sutura continua elástica (Monomax®). Nivel 2.



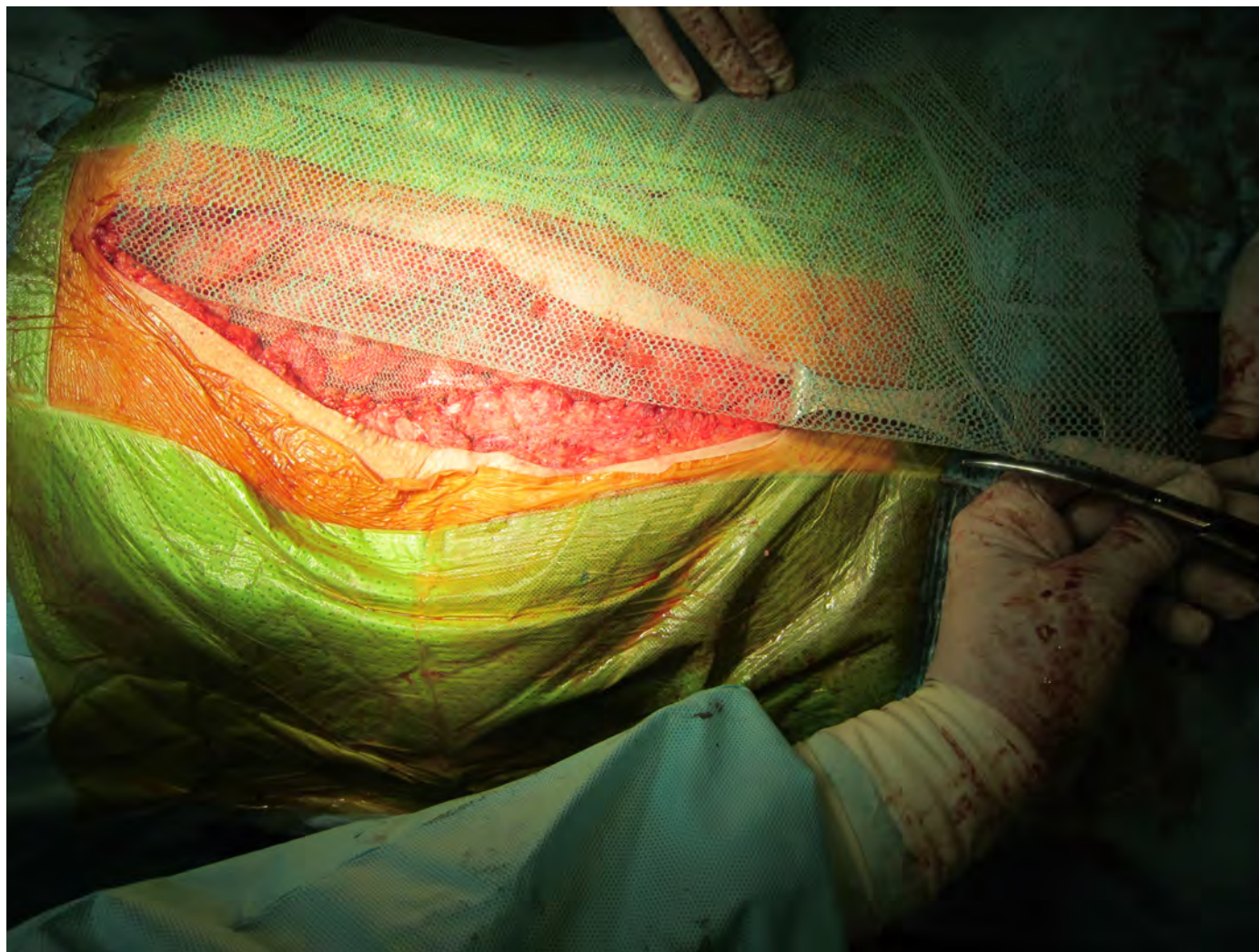
Al no poder cerrar la aponeurosis anterior de ambos rectos, por la tensión, optamos por suturar con dos contínuas (Monomax®), imbricando los bordes de las fascias a la propia prótesis. Nivel 2.



Una nueva prótesis, va a reforzar la reparación . Es el Nivel 1 de la técnica. Colocaremos esta gran malla, a la medida, en los extremos por debajo de los colgajos del oblicuo mayor.



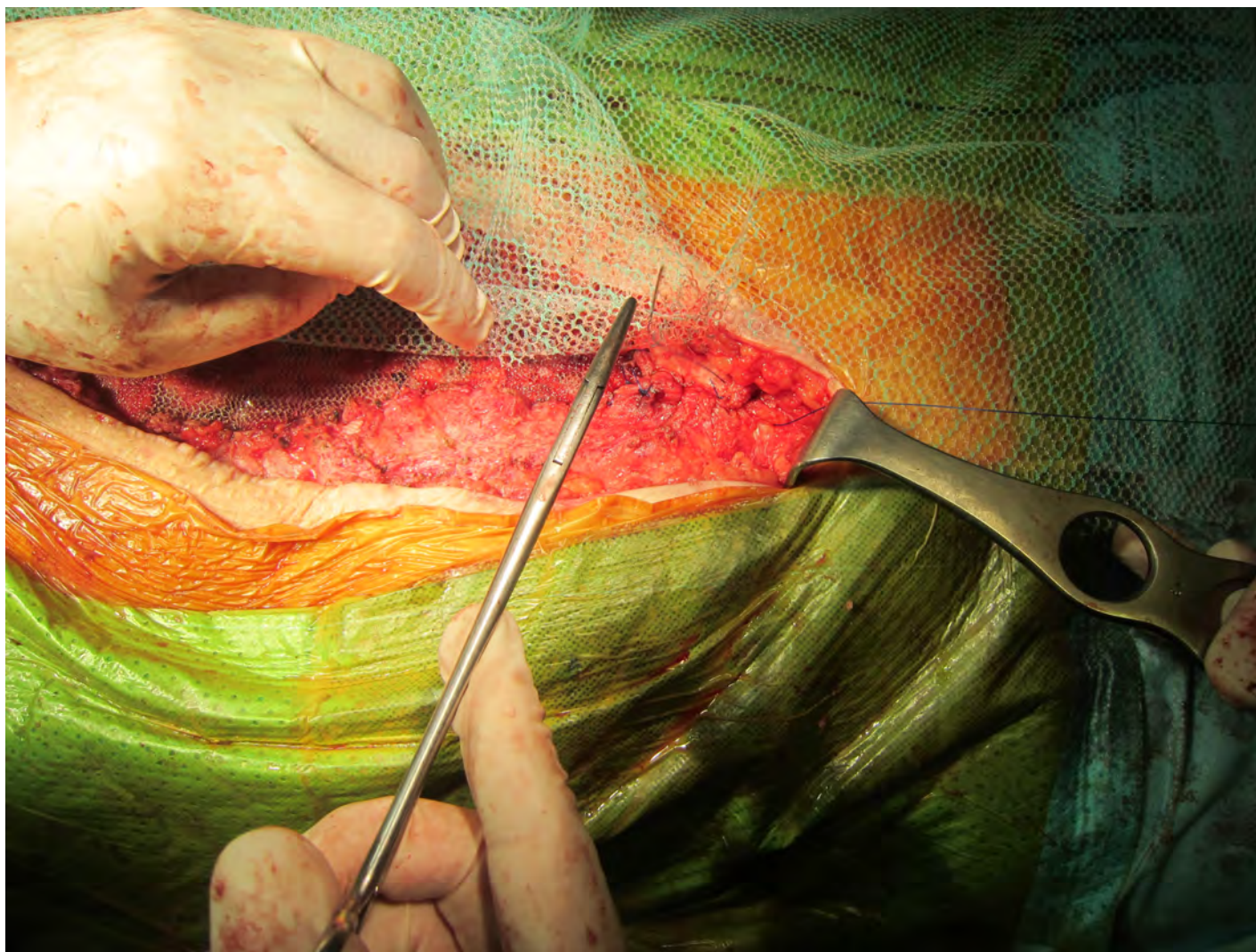
Una nueva prótesis, va a reforzar la reparación . Es el Nivel 1 de la técnica.
Fijamos igualmente a los ángulos superior e inferior. Prótesis elástica de PVDF.



Una nueva prótesis, va a reforzar la reparación . Es el Nivel 1 de la técnica.
Fijamos igualmente a los ángulos superior e inferior. Prótesis elástica de PVDF.



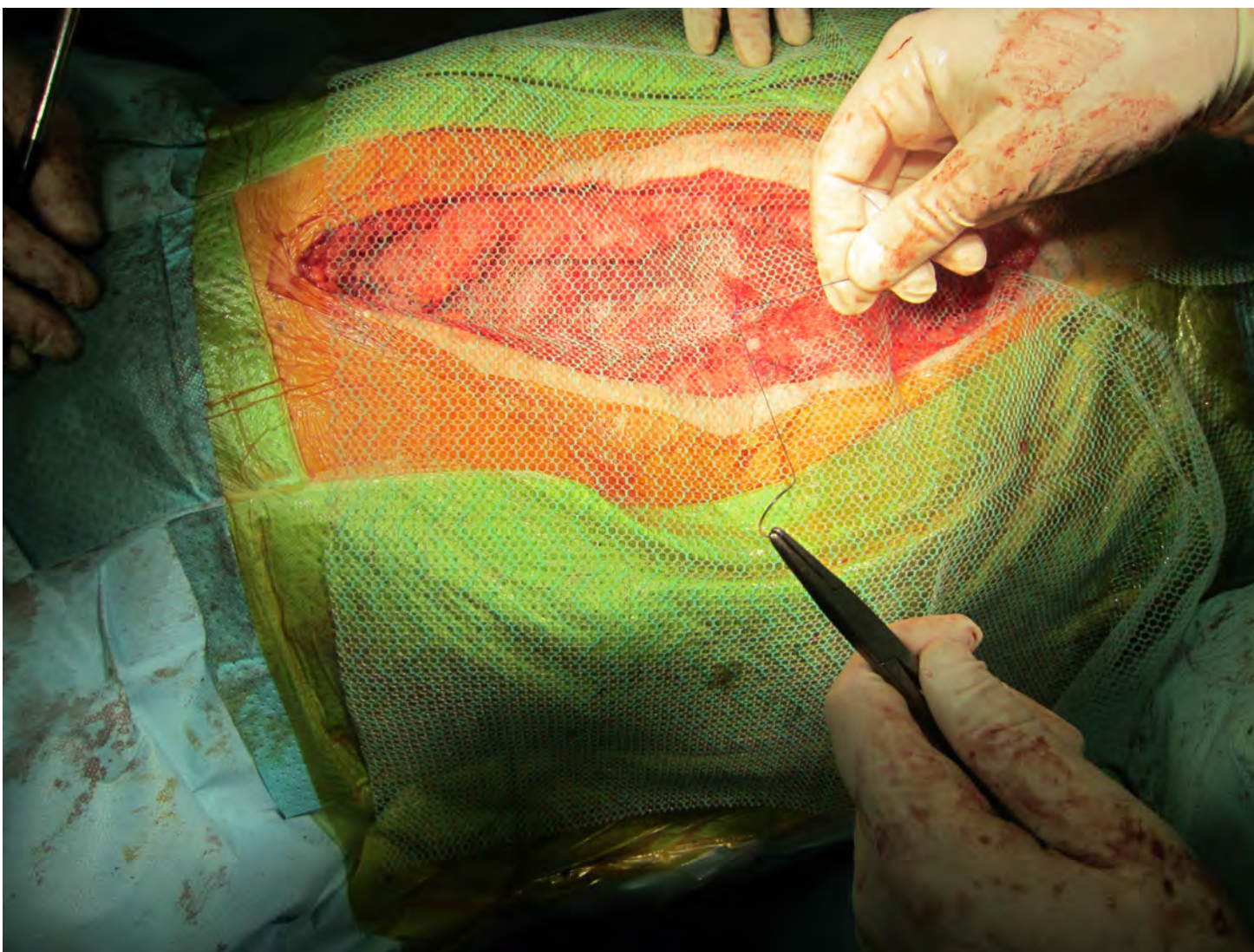
Una nueva prótesis, va a reforzar la reparación . Es el Nivel 1 de la técnica.
Fijamos igualmente a los ángulos superior e inferior. Prótesis elástica de PVDF.



Una nueva prótesis, va a reforzar la reparación . Es el Nivel 1 de la técnica.
Fijamos igualmente a los ángulos superior e inferior. Prótesis elástica de PVDF.



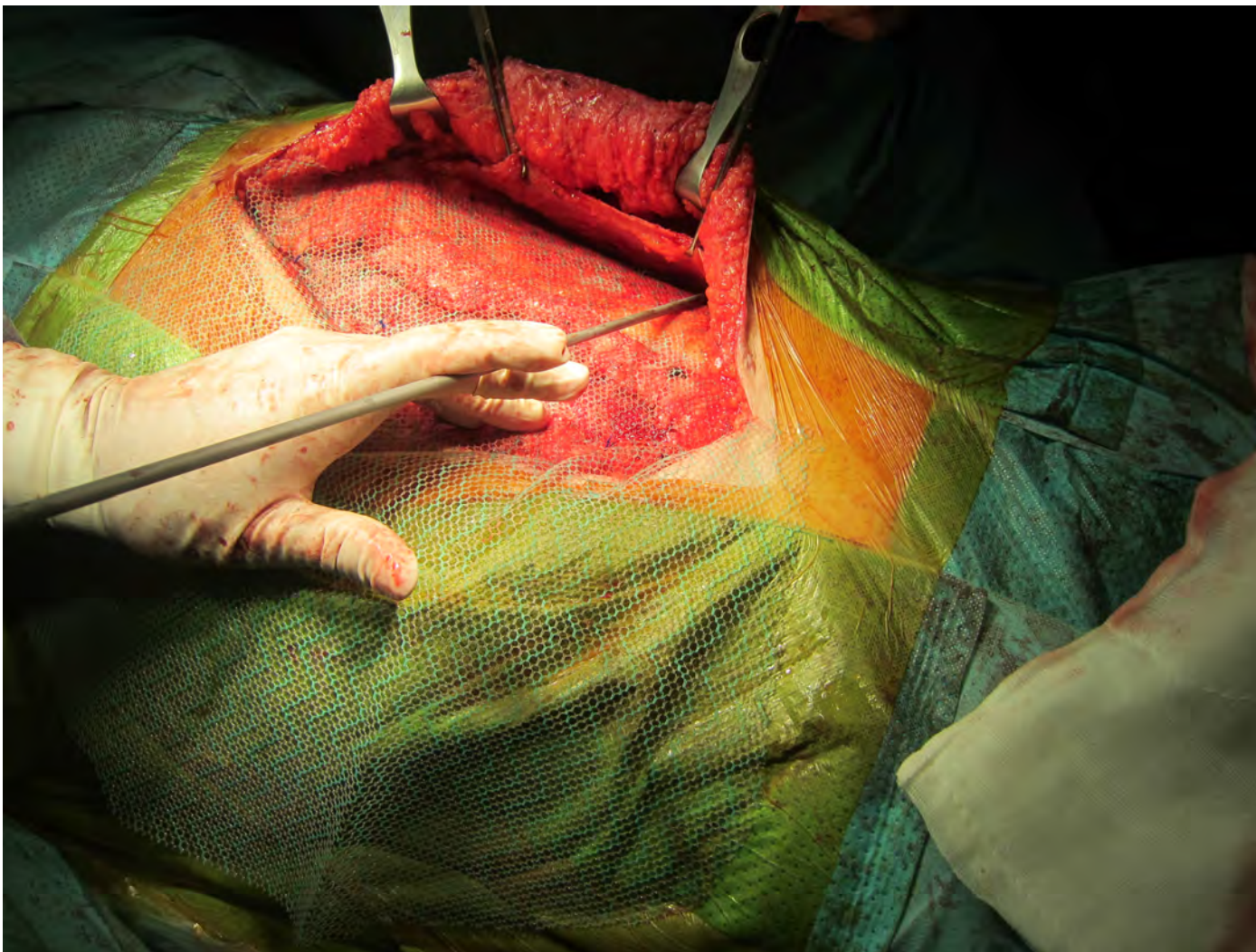
Una nueva prótesis, va a reforzar la reparación . Es el Nivel 1 de la técnica.
Fijamos igualmente a los ángulos superior e inferior. Prótesis elástica de PVDF.



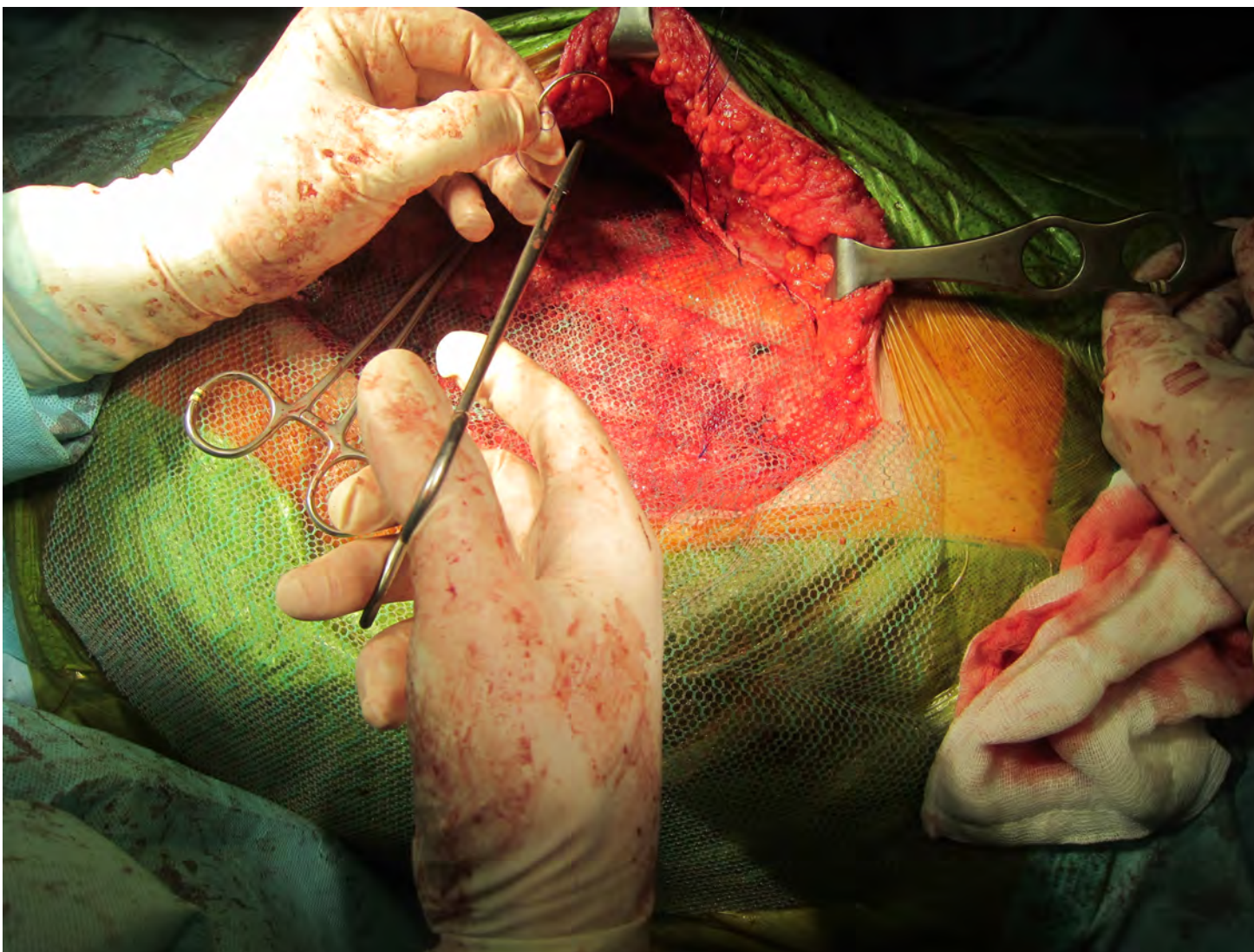
Damos 3-4 puntos en la línea media , para fijarla a la prótesis del Nivel 2 y también así obtener una equidistancia de fuerzas en esta segunda malla .



Emplazamos esta gran prótesis lateralmente por debajo de los colgajos de ambos músculos oblicuos mayores (OM), luego la recortaremos a la medida. La fijamos contra el OM en el ángulo. Fijamos con grapas absorbibles.



Emplazamos esta gran prótesis lateralmente por debajo de los colgajos de ambos músculos oblicuos mayores (OM), luego la recortaremos a la medida. La fijamos contra el OM en el ángulo. Fijamos con grapas absorbibles.



Reimplantamos el músculo oblicuo mayor con una sutura continua de Monomax®, mas externamente, reconstruyendo la función de la pared y una nueva línea semilunar.



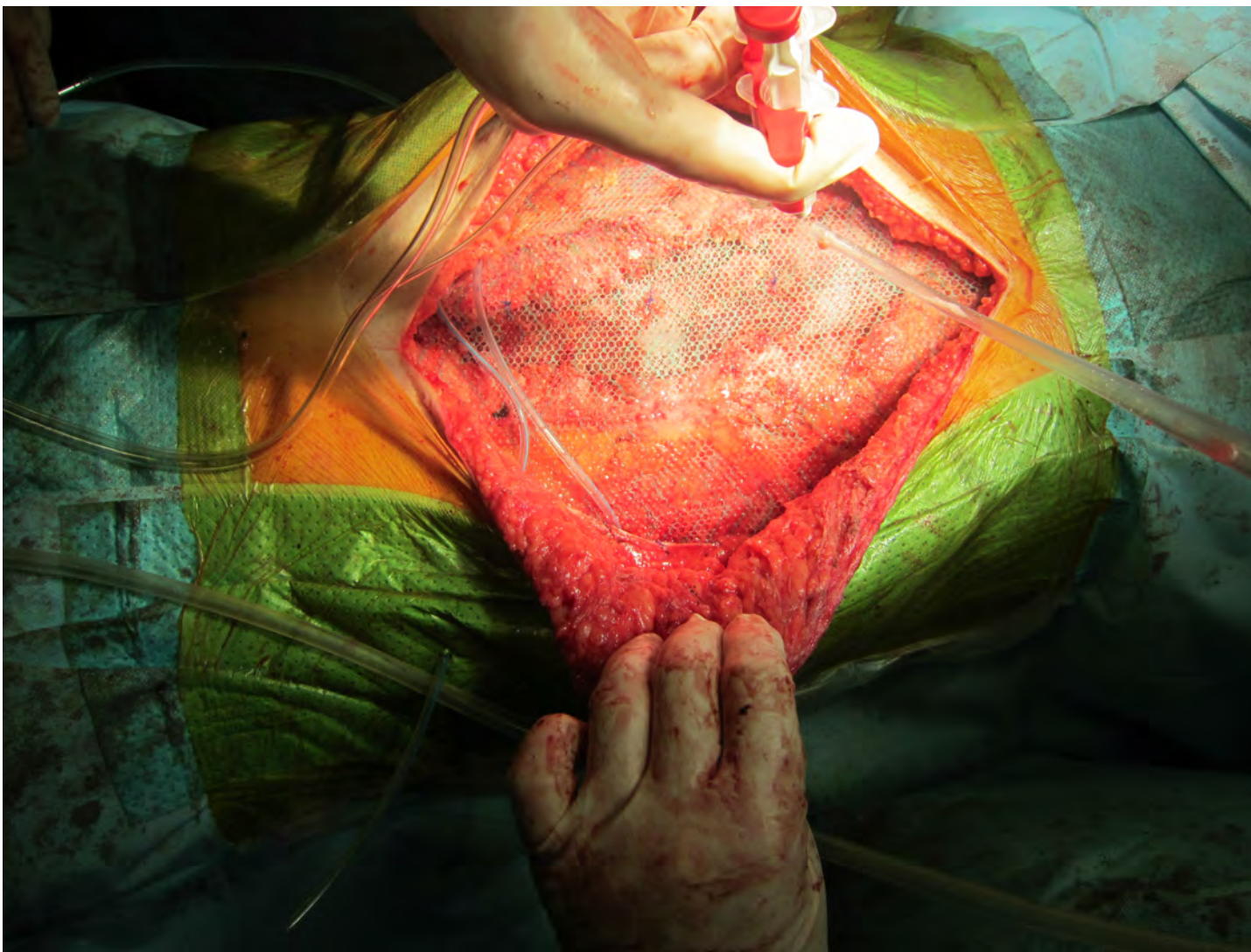
Reimplantamos el músculo oblicuo mayor con una sutura continua de Monomax®, mas externamente, reconstruyendo la función de la pared y una nueva línea semilunar.



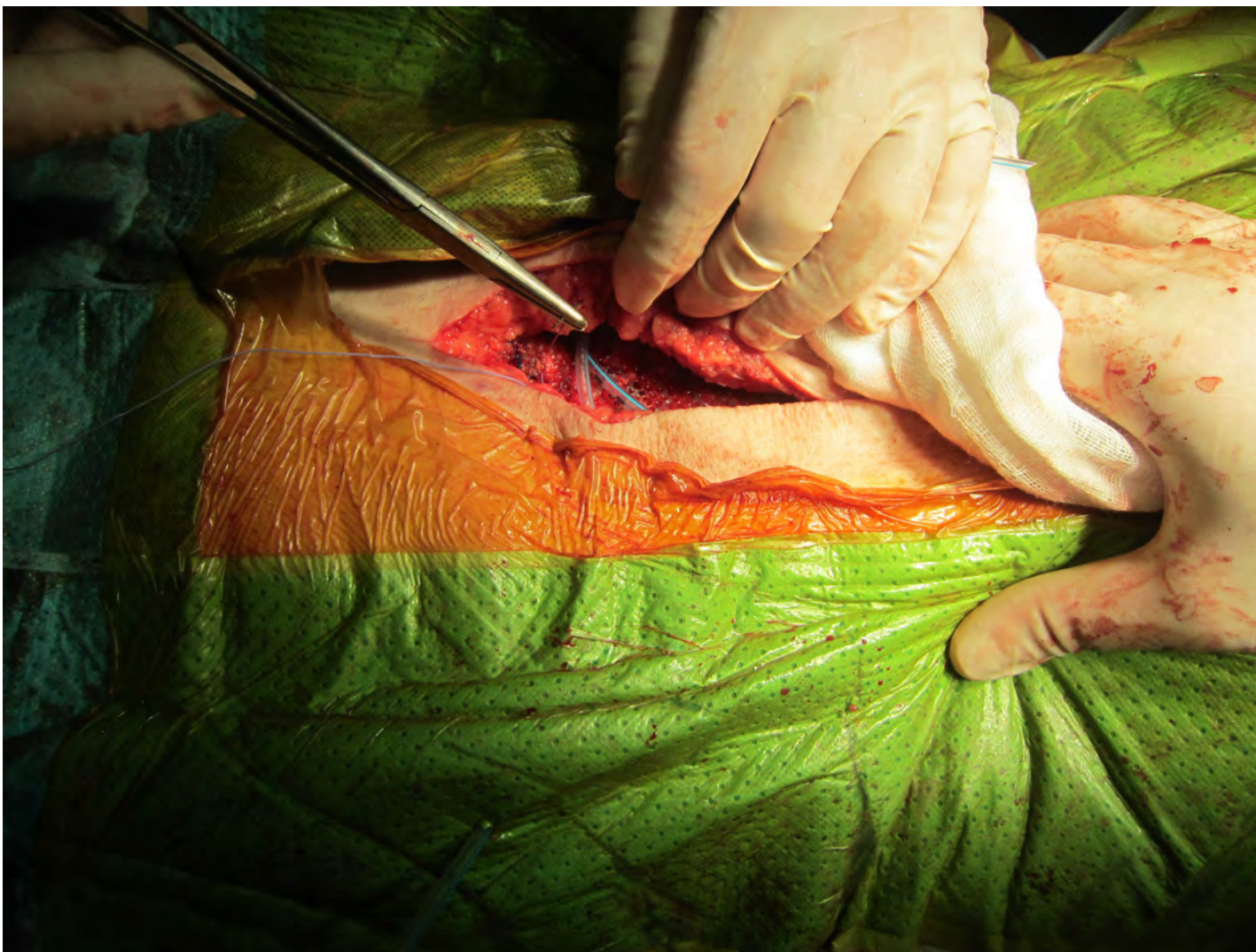
Reimplantamos el músculo oblicuo mayor con una sutura continua de Monomax®, mas externamente, reconstruyendo la función de la pared y una nueva línea semilunar. En ambos lados.



Reimplantamos el músculo oblicuo mayor con una sutura continua de Monomax®, mas externamente, reconstruyendo la función de la pared y una nueva línea semilunar. En ambos lados. Visión final.



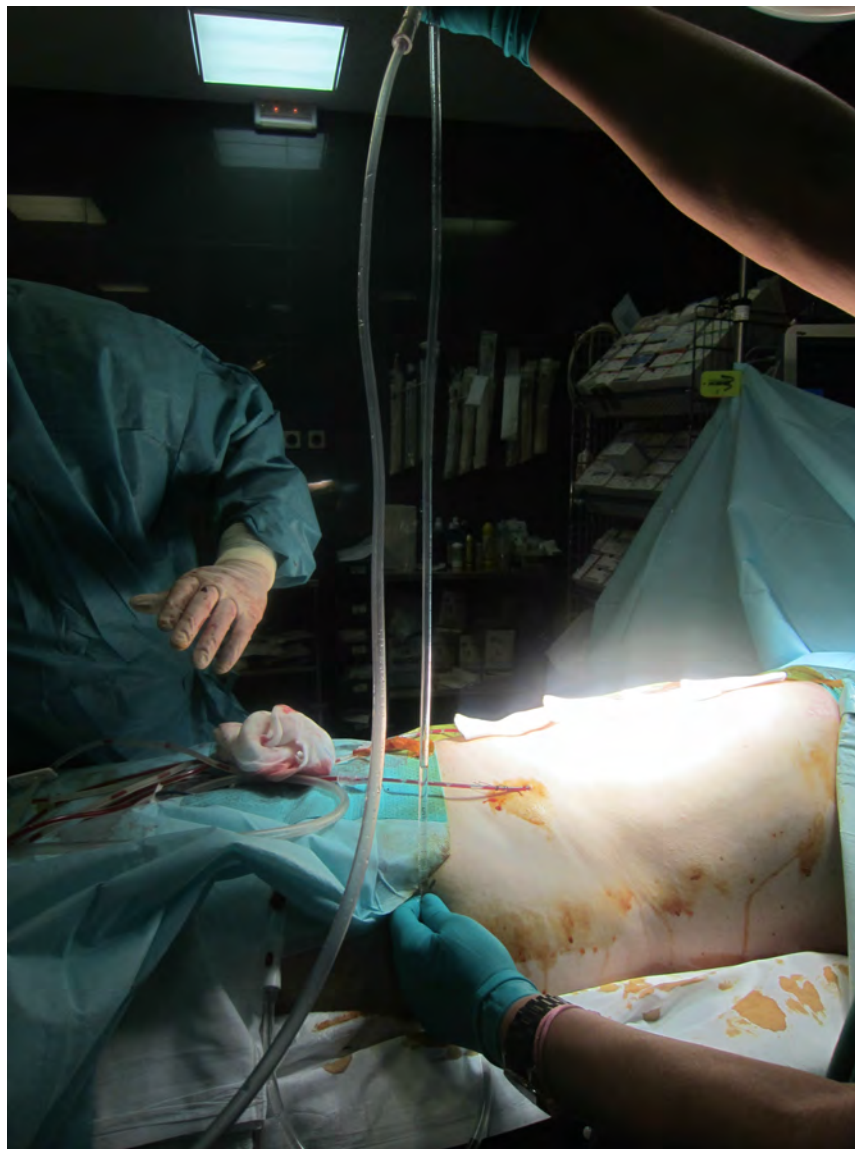
Colocamos dos drenajes aspirativos de Redon y rociamos en forma de spray Tissucol[®], para que actúe como adhesivo y paliar seromas, etc. Visión final.



Importante no dejar espacios y cerrar con puntos absorbible con aguja cilíndrica que abarquen el tejido celular subcutáneo, que habremos respetado. Visión final.



Visión final.



Es importante medir la presión intrabdominal (PIA), antes de la intervención, cuando comprobamos el cierre en el nivel 2 de la técnica y al finalizar, para ver si podemos hacer un solo nivel o los dos para dar mayor seguridad. En este caso PIA final 6 mm Hg.