

Eventración media suprapúbica-iliaca-inguinal, recidivada dos veces M4M5L3W3 con urostomía (Bricker)

Dr. Fernando Carbonell Tatay
Dr. Jorge Campos Máñez
Dr. Ignacio Blanes

Noviembre 2014



Servicio Cirugía Dr. Rafael Estevan Estevan



Paciente de 74 años, con antecedentes de cistoprostatectomía radical con urostomía a lo Bricker en FID, intervenido en dos ocasiones de eventración de línea media y hernia inguinal derecha, ambas recidivadas.

Controles oncológicos: libre de enfermedad.

A la exploración, las hernias son reductibles, con gran diámetro en la fosa ilíaca derecha y región suprapúbica.













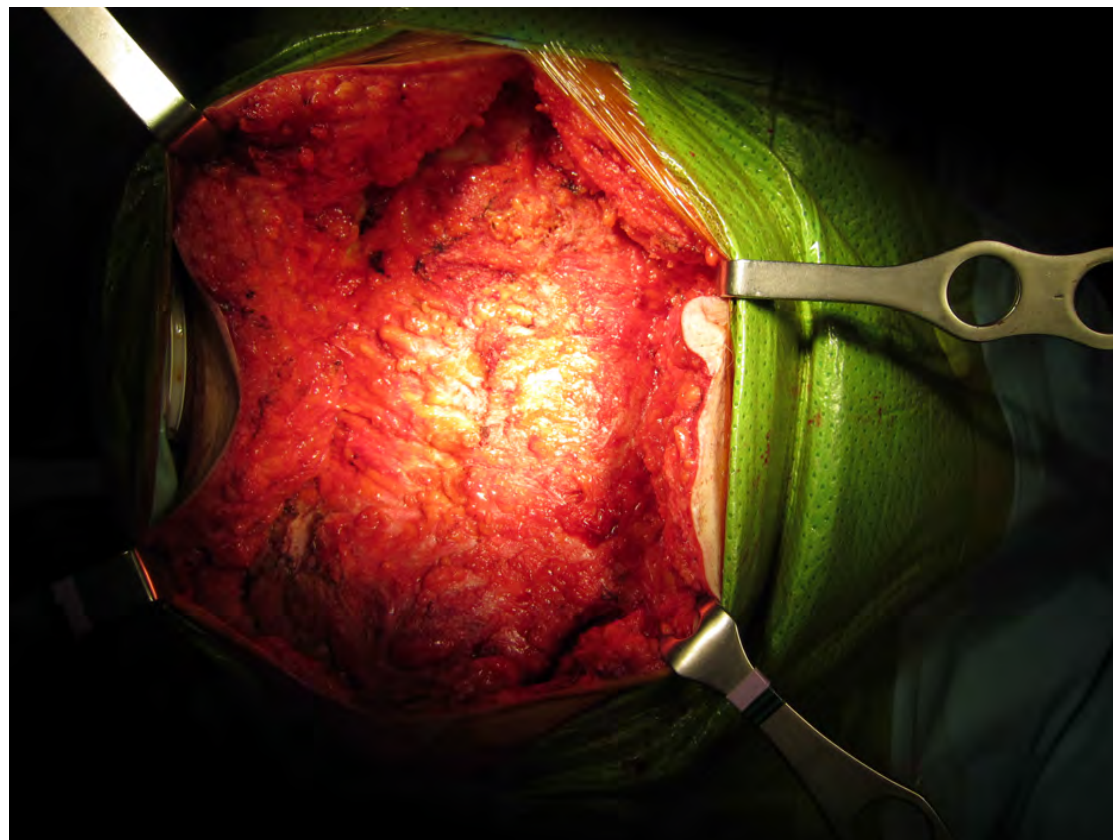






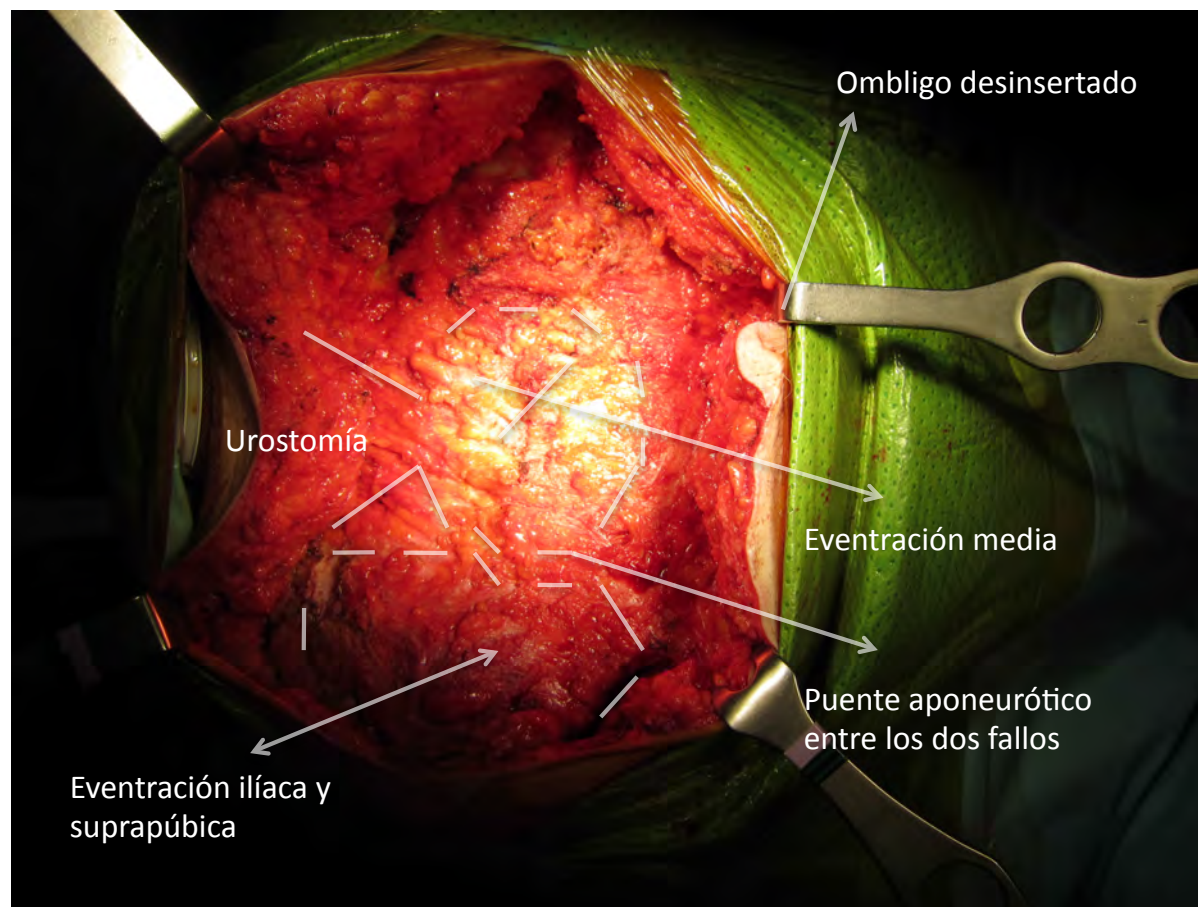


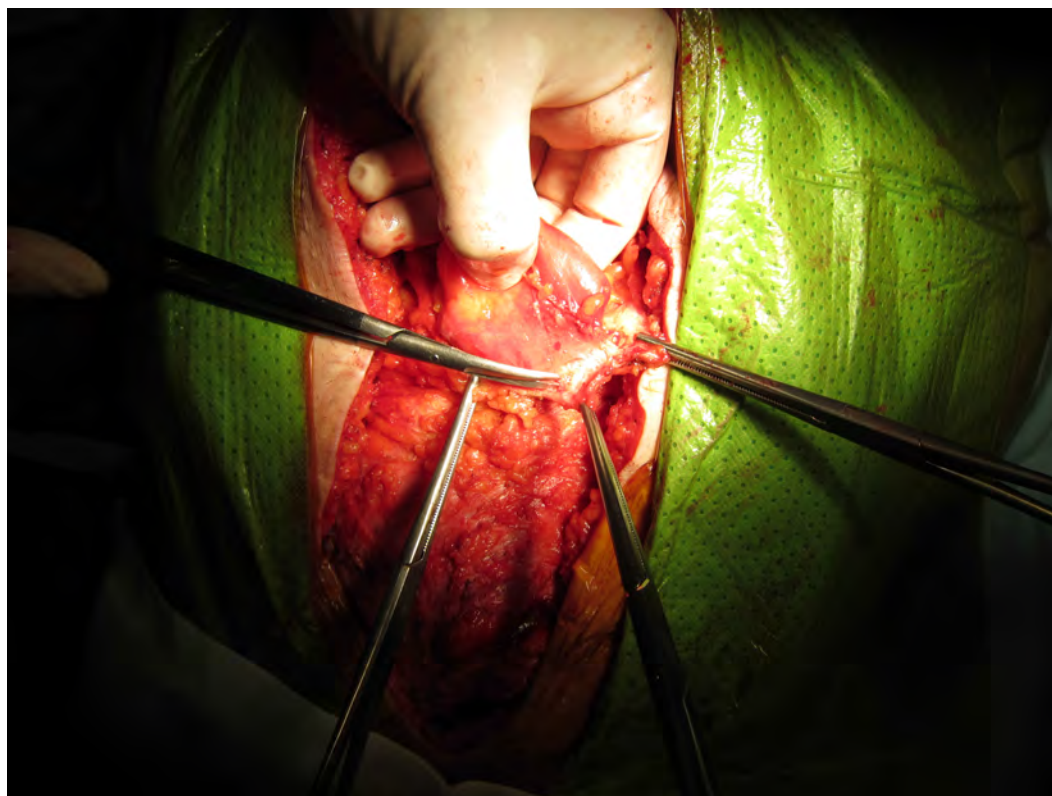




Se ha aislado la urostomía y la piel con paños y apósitos adhesivos. Profilaxis antibiótica de amplio espectro y limpieza de piel. Asepsia máxima. Resección cicatriz anterior .

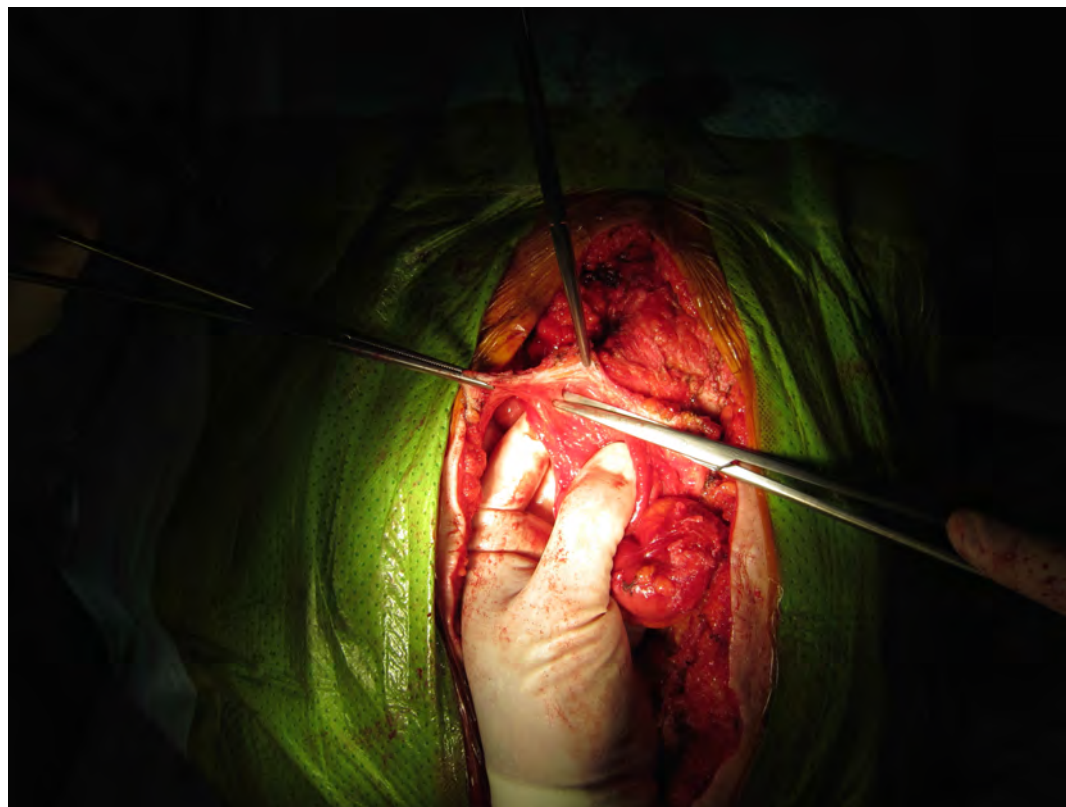






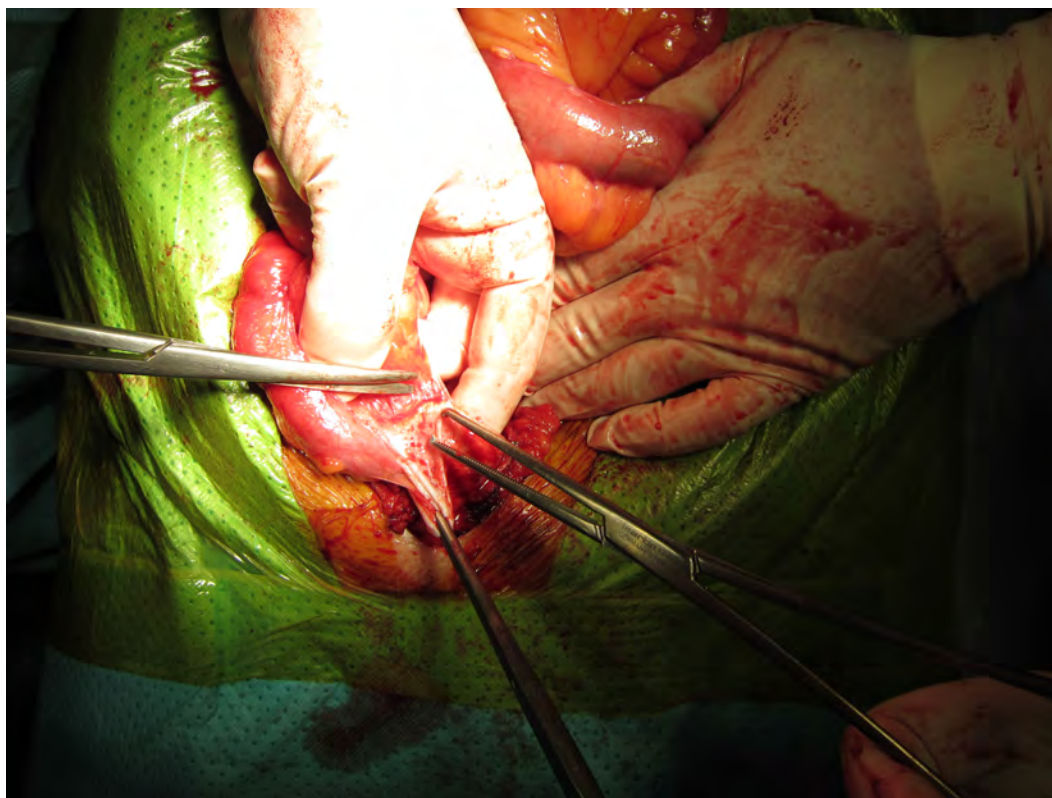
Asas de delgado muy adheridas al saco, por lo que decidimos abrir y entrar en cavidad para practicar una adhesiolisis completa, si es posible.





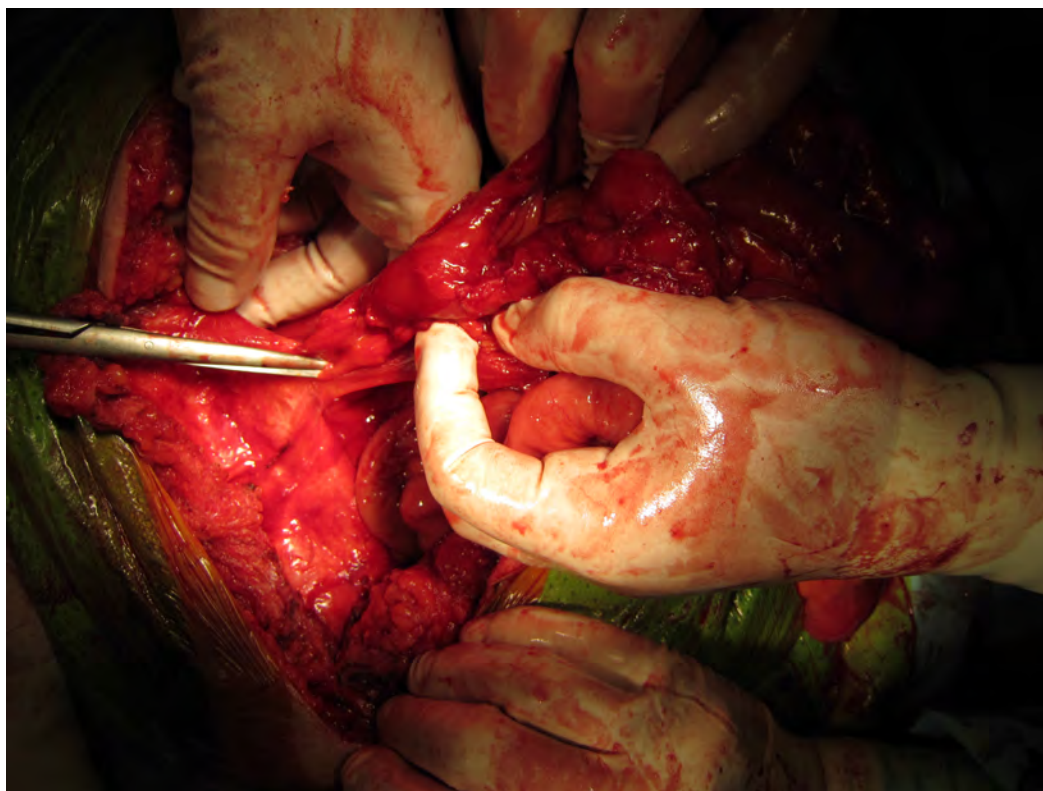
Asas de delgado muy adheridas al saco, por lo que decidimos abrir y entrar en cavidad para practicar una adhesiolisis completa, si es posible.





Asas de delgado muy 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, si es posible.





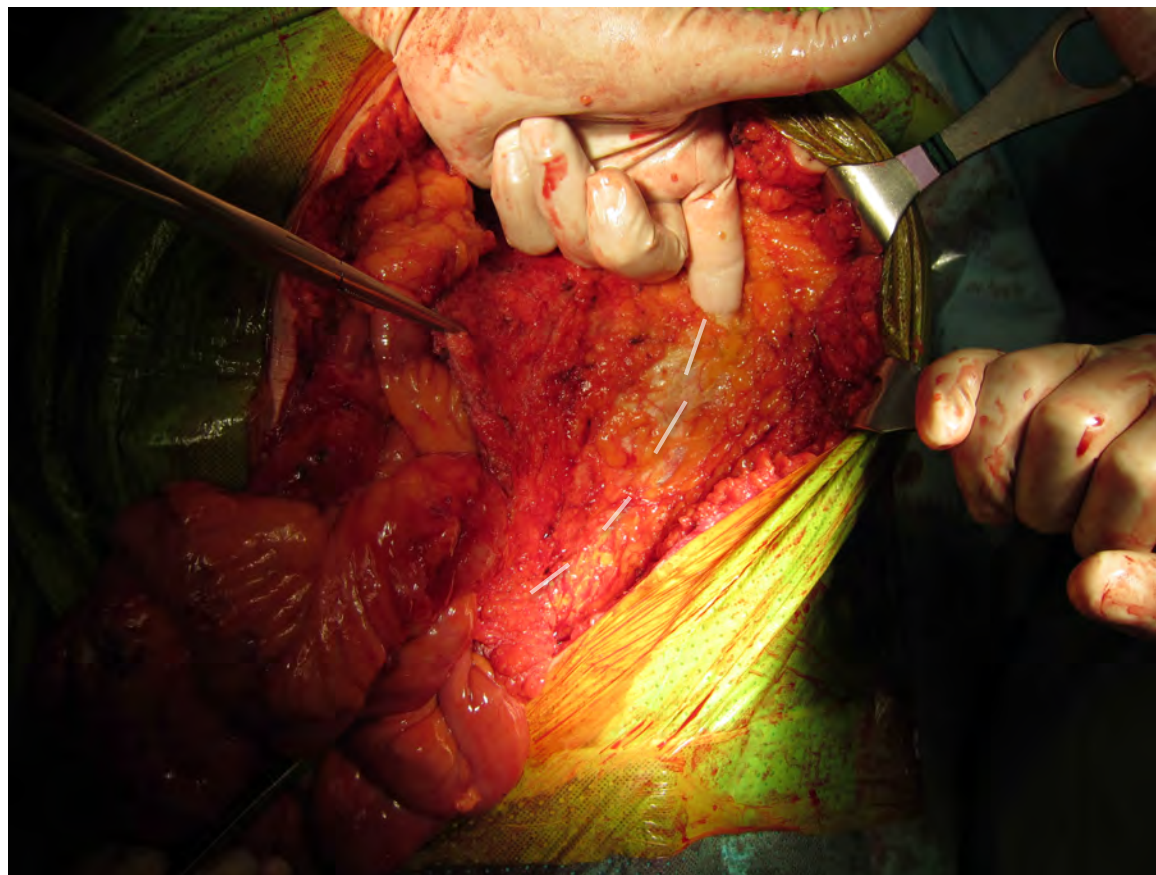
Se ha evertido el saco suprapúbico, que es profundo y se liberan las adherencias a las asas.





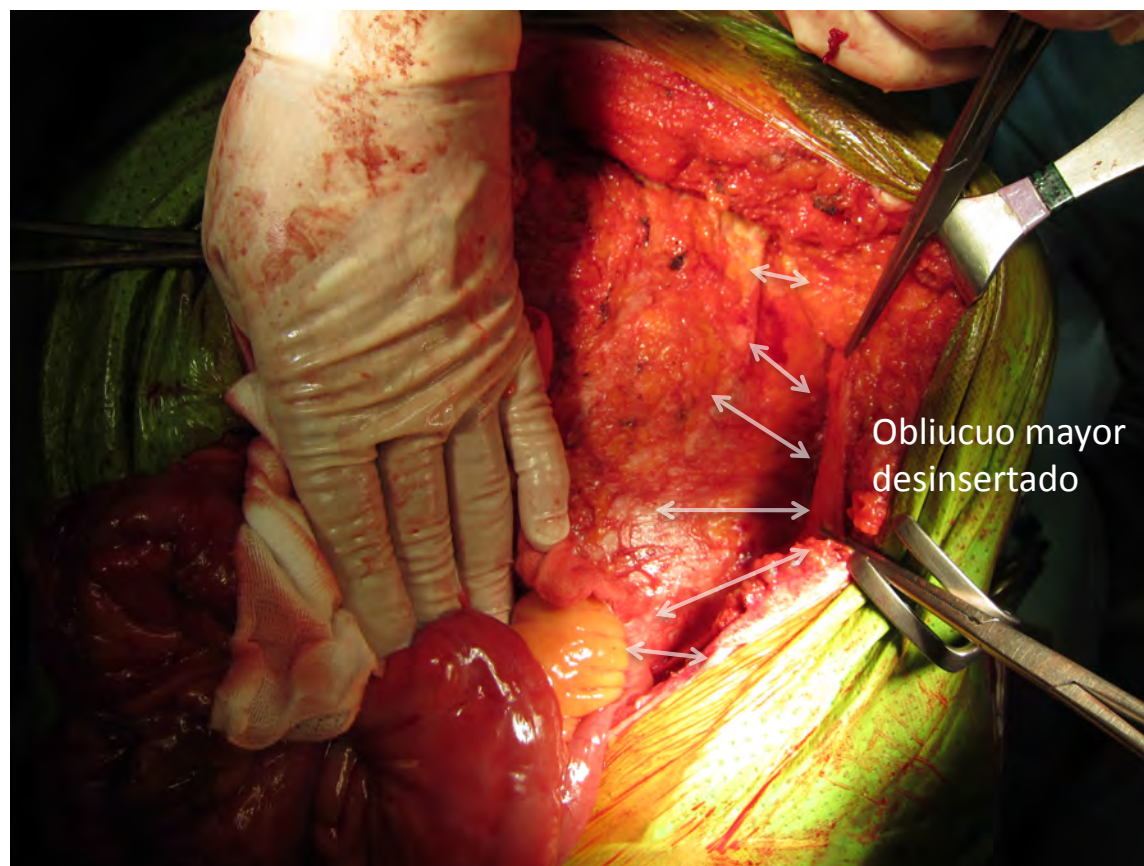
Se ha evertido el saco suprapúbico, que es profundo y se liberan las adherencias a las asas.





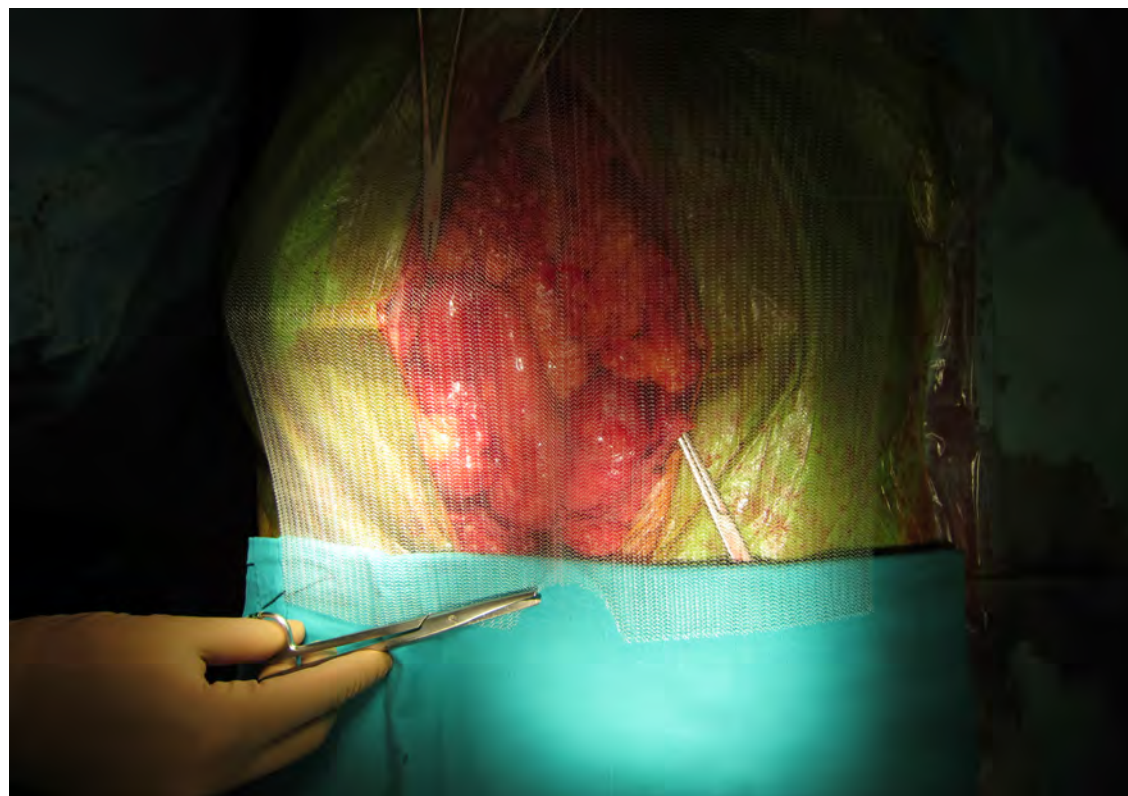
Se practica separación anatómica de componentes (desinserción al recto del oblicuo mayor).
En ambos lados, para facilitar el cierre central y, evitar tensión en la sutura.





Se practica separación anatómica de componentes (desinsercción al recto del obliucuo mayor).
En ambos lados para facilitar el cierre central y evitar tensión en la sutura.





Valorada la situación local y ante la imposibilidad por la destrucción anatómica de la pared pélvica, de poder colocar una prótesis en el espacio pre-peritoneal, decidimos colocarla dentro de la cavidad con el inconveniente de su contacto con asas a pesar de estar diseñada para ello. La fijaremos a retropubis con grapas helicoidales y puntos PVDF monofilar. La recortamos para darle forma.



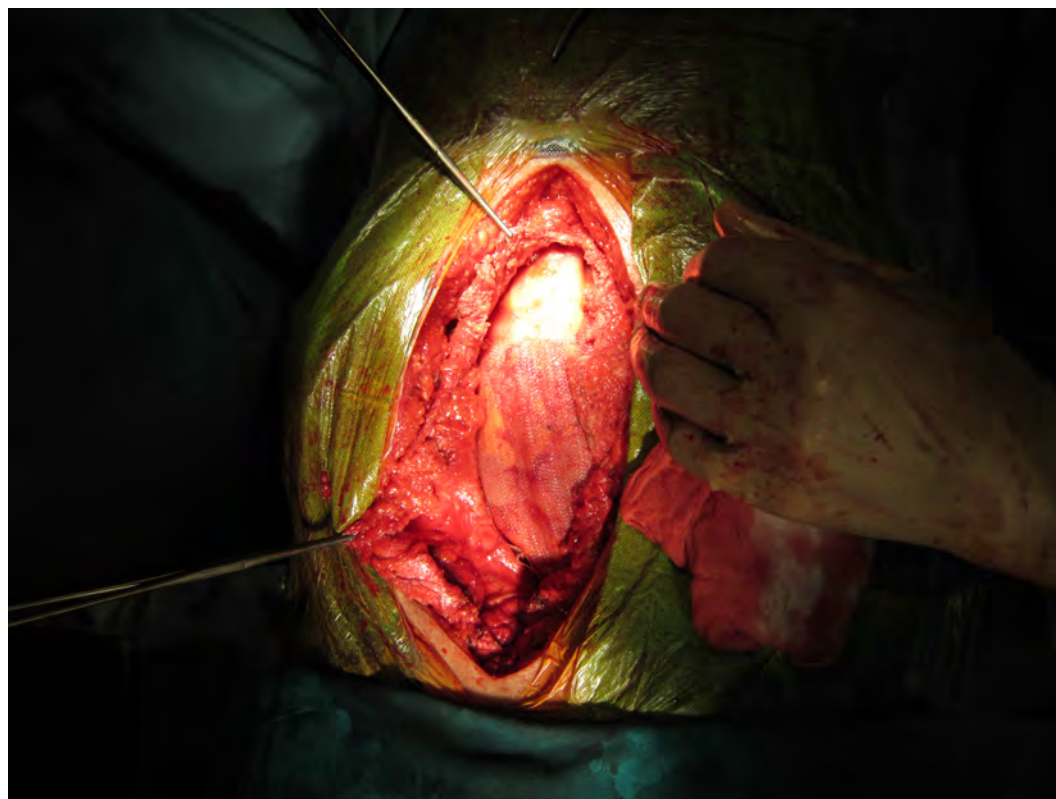
Valorada la situación local y ante la imposibilidad por la destrucción anatómica de la pared pélvica, de poder colocar una prótesis en el espacio pre-peritoneal, decidimos colocarla dentro de la cavidad con el inconveniente de su contacto con asas a pesar de estar diseñada para ello. La fijaremos a retropubis con grapas helicoidales y puntos PVDF. La recortamos para darle forma.





Debemos ir fijándola de manera que nos quede tensa y bien fija con seguros puntos en N S E y O. Podemos intercalar también grapas absorbibles.



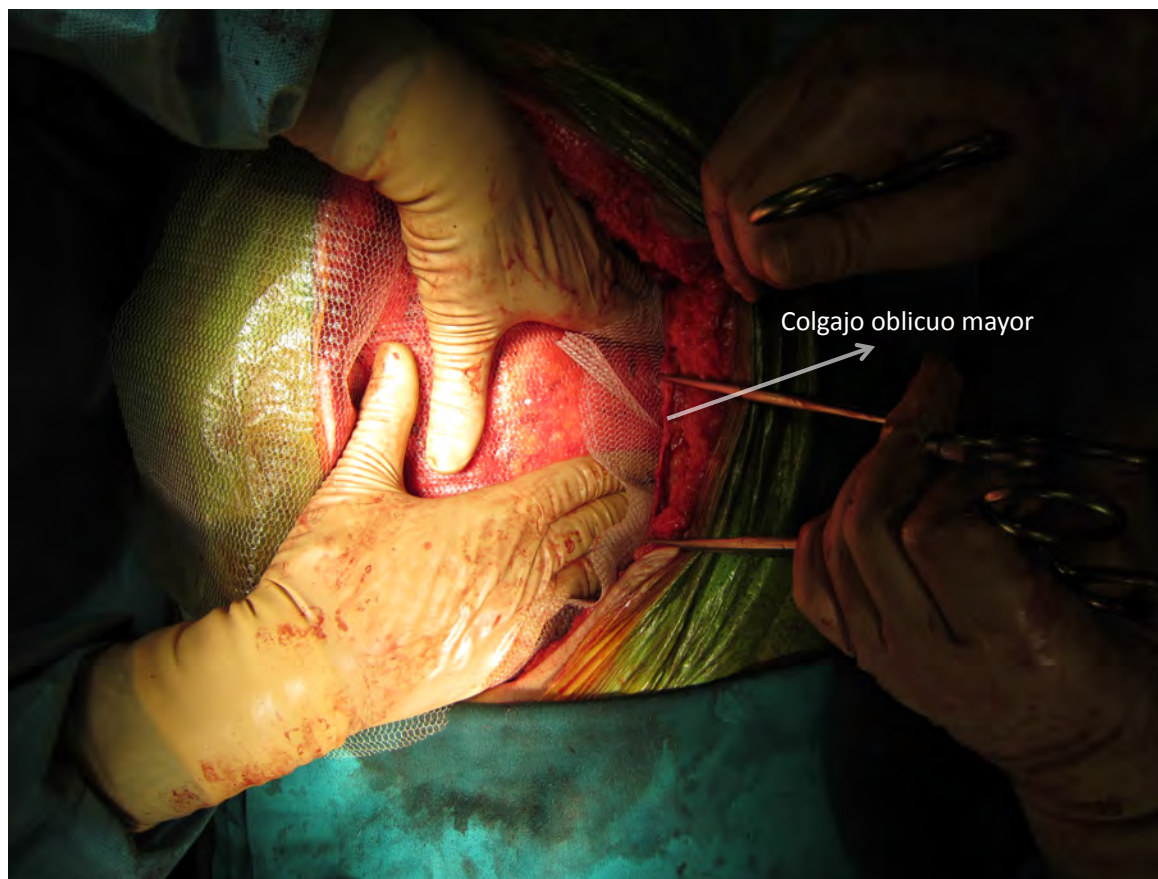


Debemos ir fijándola de manera que nos quede tensa y bien fija con seguros puntos en N S E y O. Podemos intercalar también grapas absorbibles, para no dejar ningún hueco o espacio donde se pueda colar un asa. Si podemos colocaremos el epliplón por debajo de la prótesis, para evitar adherencias.



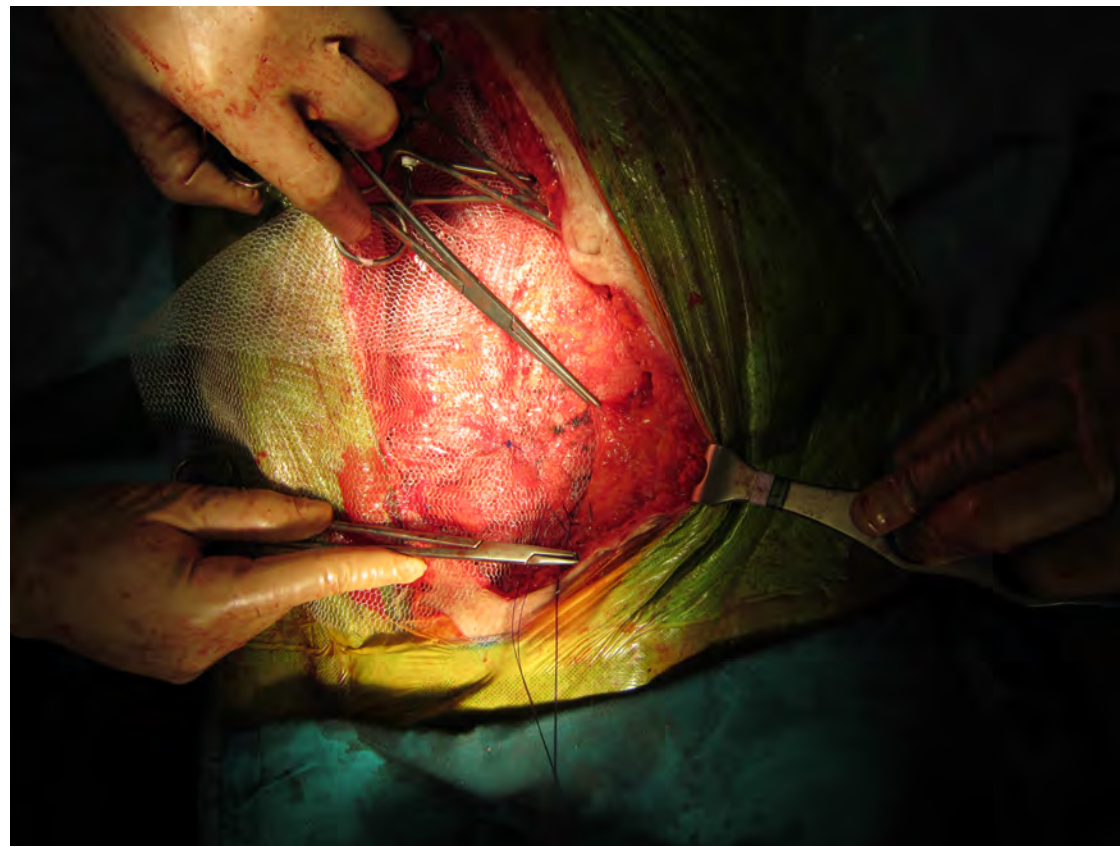


Cerramos la línea media con facilidad al haber hecho previamente la SAC y con algún punto enganchamos también la prótesis para que quede adherida al peritoneo parietal.



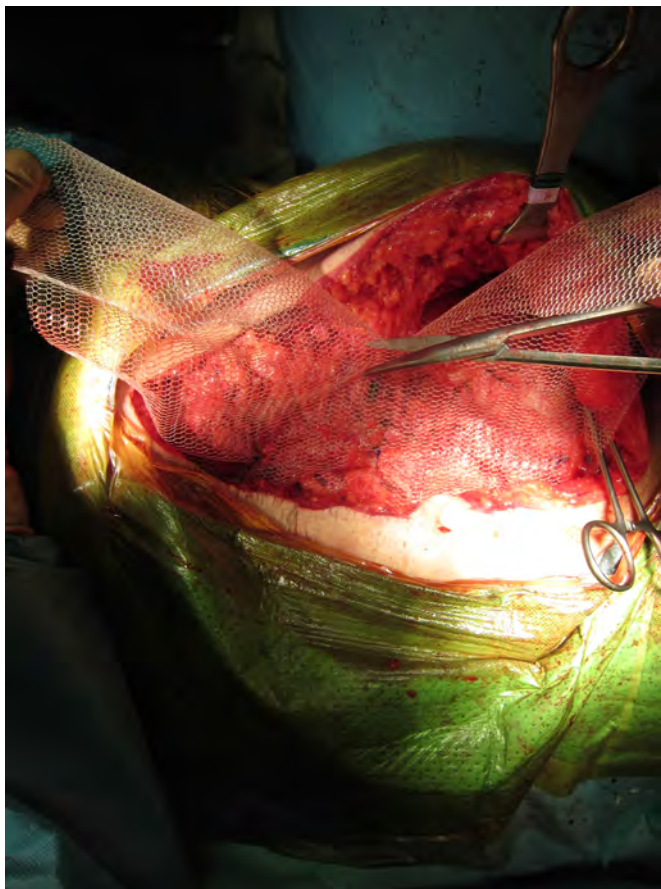
Una vez cerrada la cavidad con dos suturas continuas de Monomax®. Colocamos una prótesis por encima, en el Nivel 1 de nuestra técnica SAC.





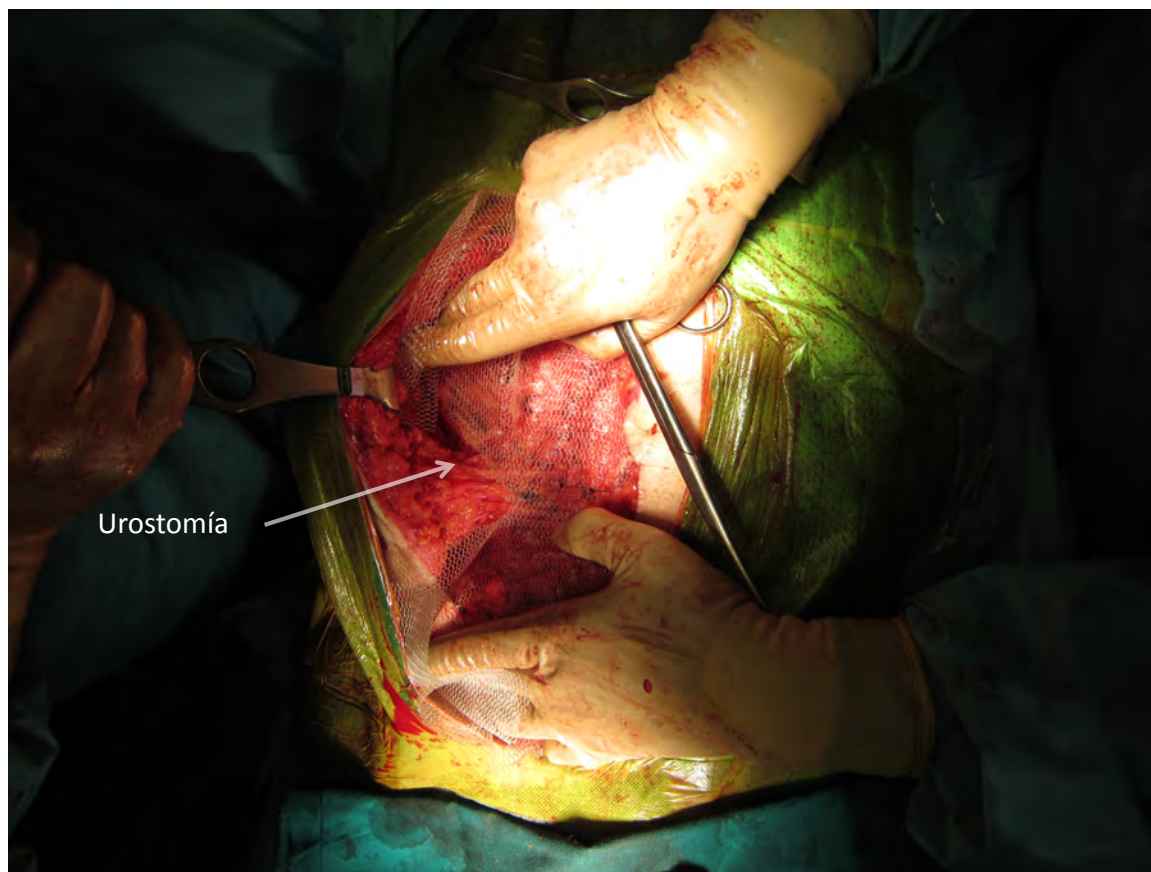
Reimplantamos mas externamente el oblicuo mayor, sobre nuestra prótesis con sutura continua del mismo elástico material con que hemos cerrado.





En el lado derecho practicamos un corte en la malla para dejar paso al asa de urostomía.





En el lado derecho practicamos un corte en la malla para dejar paso al asa de urostomía.





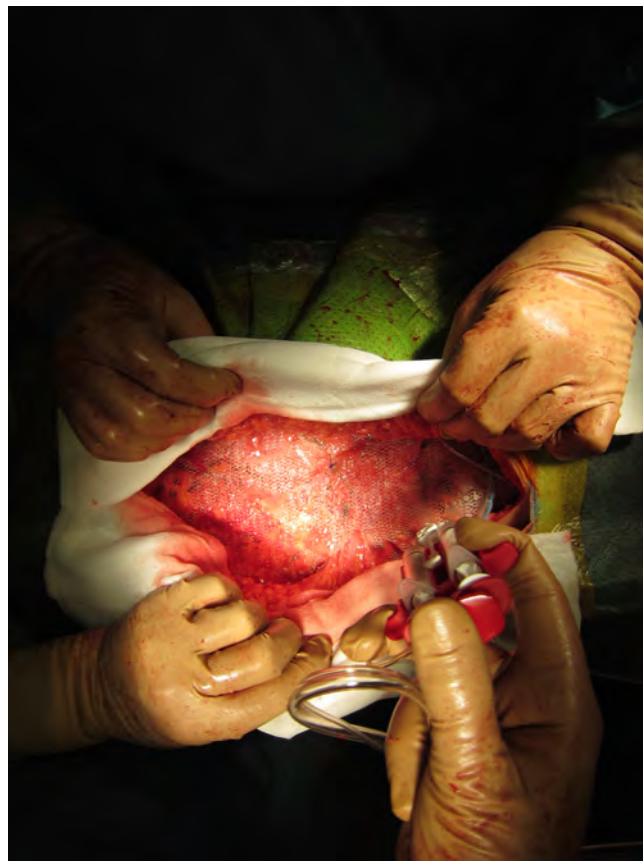
En el lado derecho practicamos un corte en la malla para dejar paso al asa de urostomía. La adaptamos y pegamos a los lados, dejándola tensa.





Hemos reinsertado como en el lado derecho el oblicuo mayor, respetando la urostomía, colocado dos drenajes de Redon. Ahora añadimos Tissucol[®], como adhesivo.





Hemos reinsertado como en el lado derecho el oblicuo mayor, respetando la urostomía, colocado dos drenajes de Redon. Ahora añadimos Tissucol[®], como adhesivo.





Cerramos el tcs con puntos a la prótesis, para no dejar espacios. Resultado final..

