

Eventración subcostal L1W2 post transplante hepático “Prótesis submuscular” CICAT

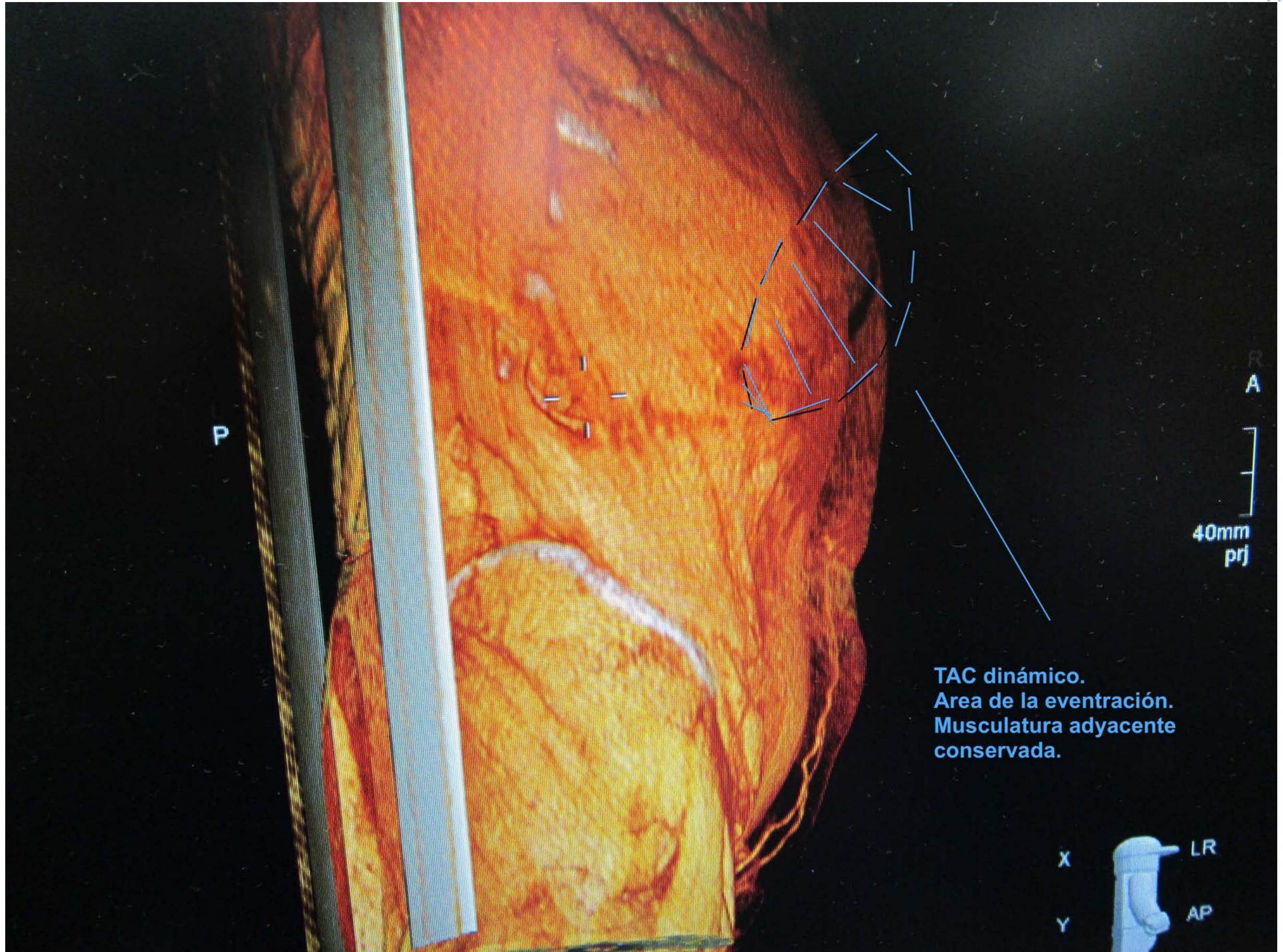
Fernando Carbonell Tatay

2012

**Hospital Universitario La Fe
Valencia (España)**



62 años
Hepatopatía virus C
5 años transplantada hepática
Eventración subcostal L1 W2

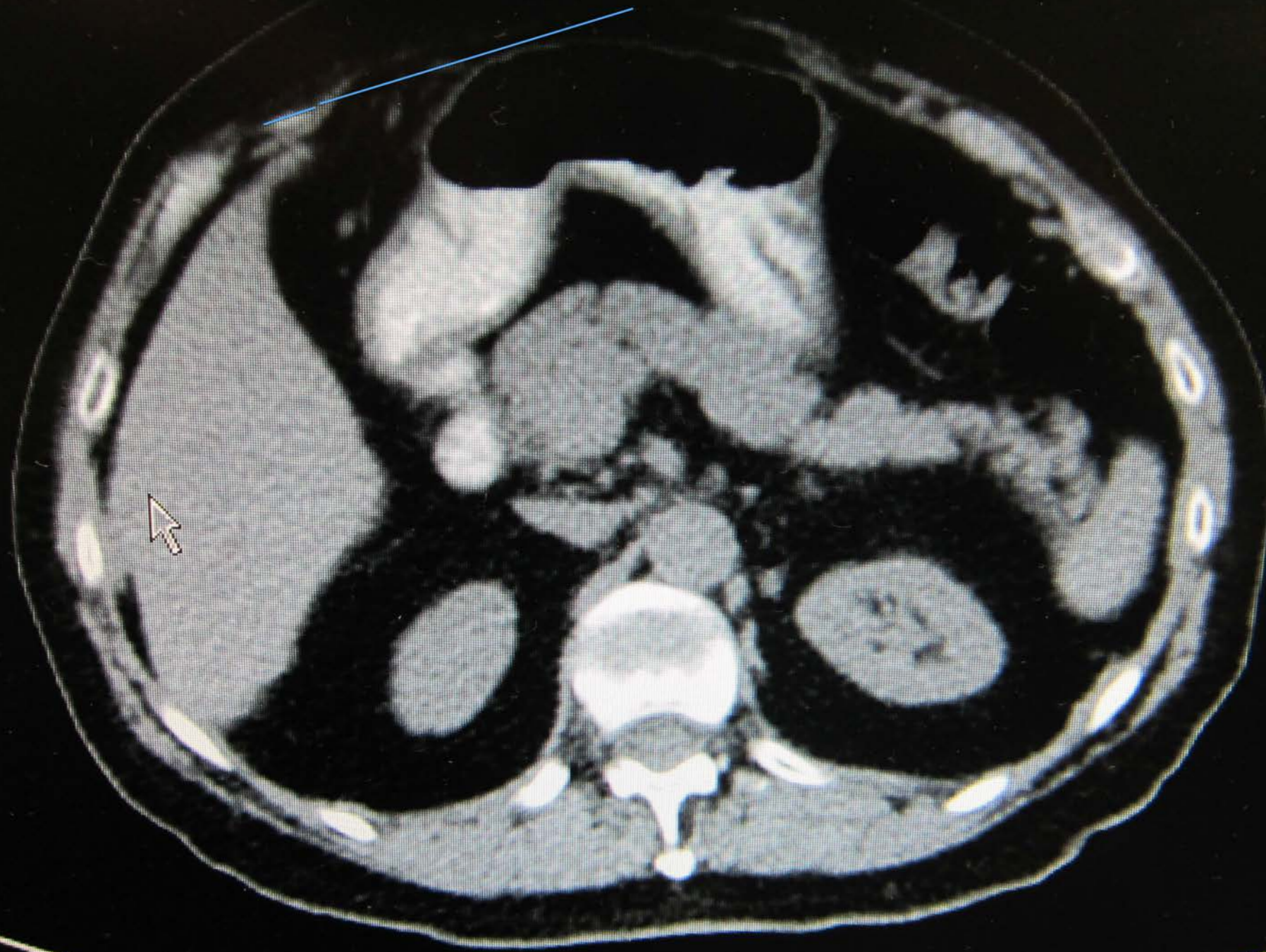


**TAC dinámico.
Area de la eventración.
Musculatura adyacente
conservada.**

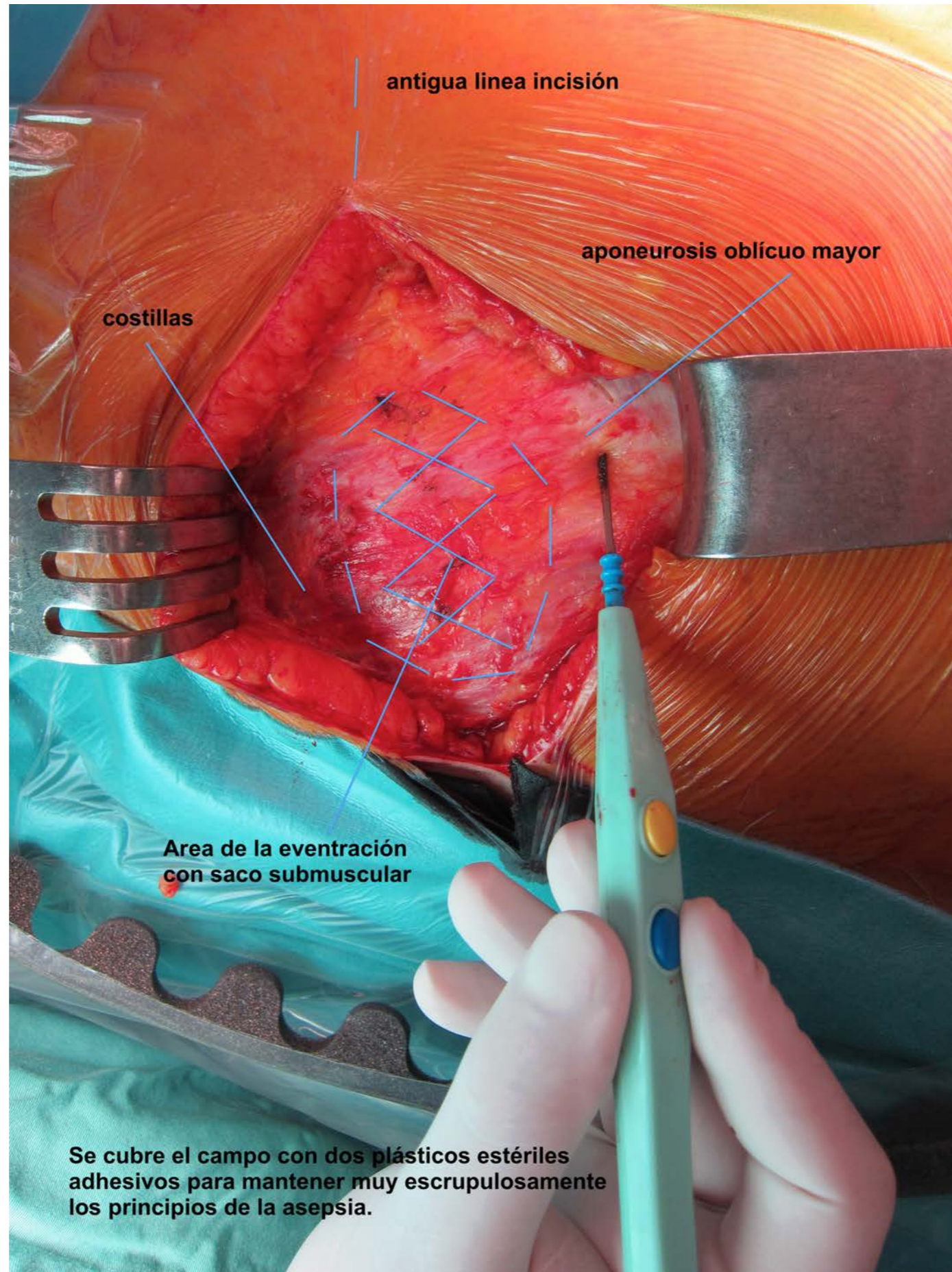
X LR
Y AP

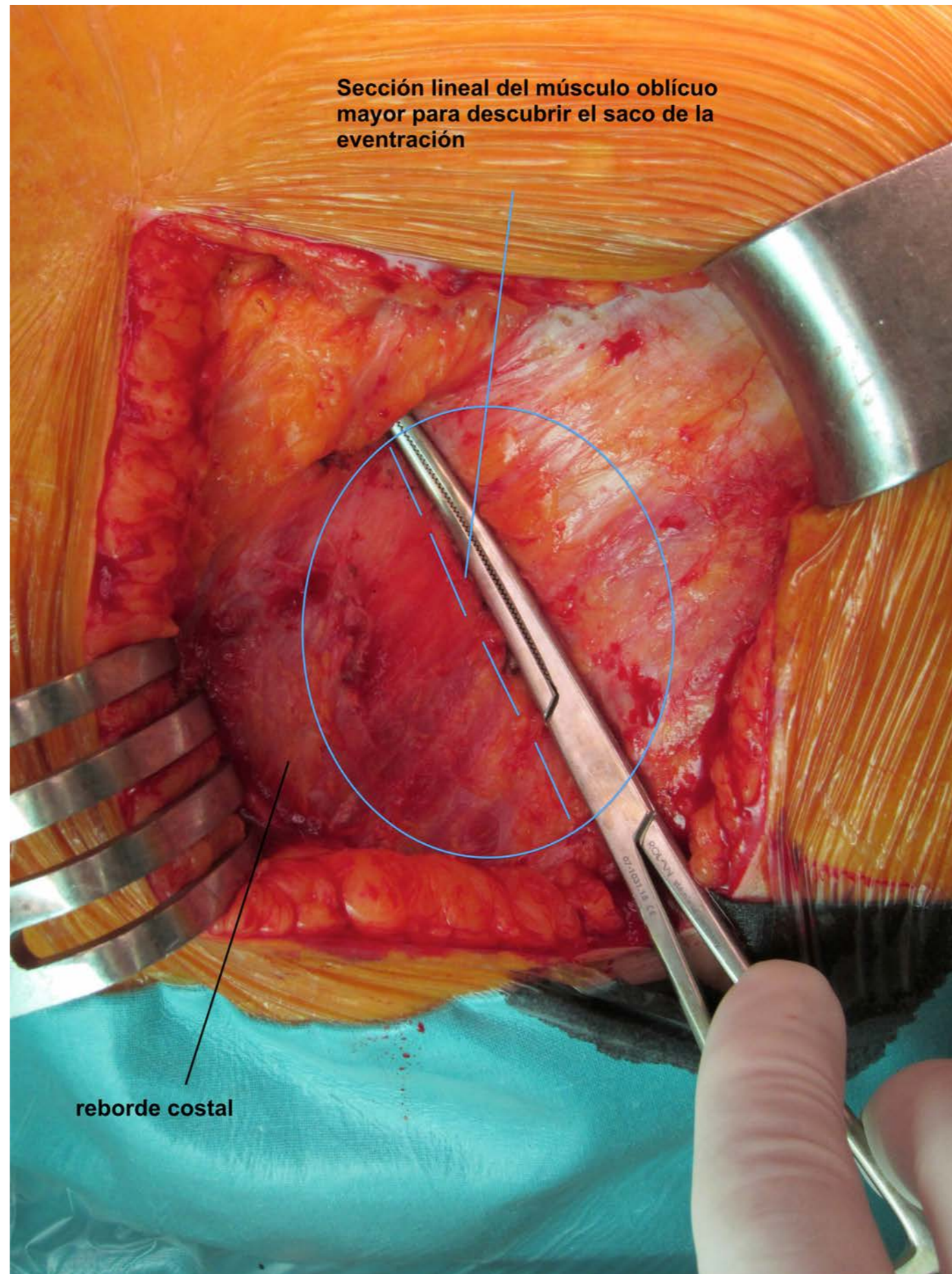
Rotura de los músculos transverso y oblicuo interno, con integridad de la fascia del oblicuo externo.

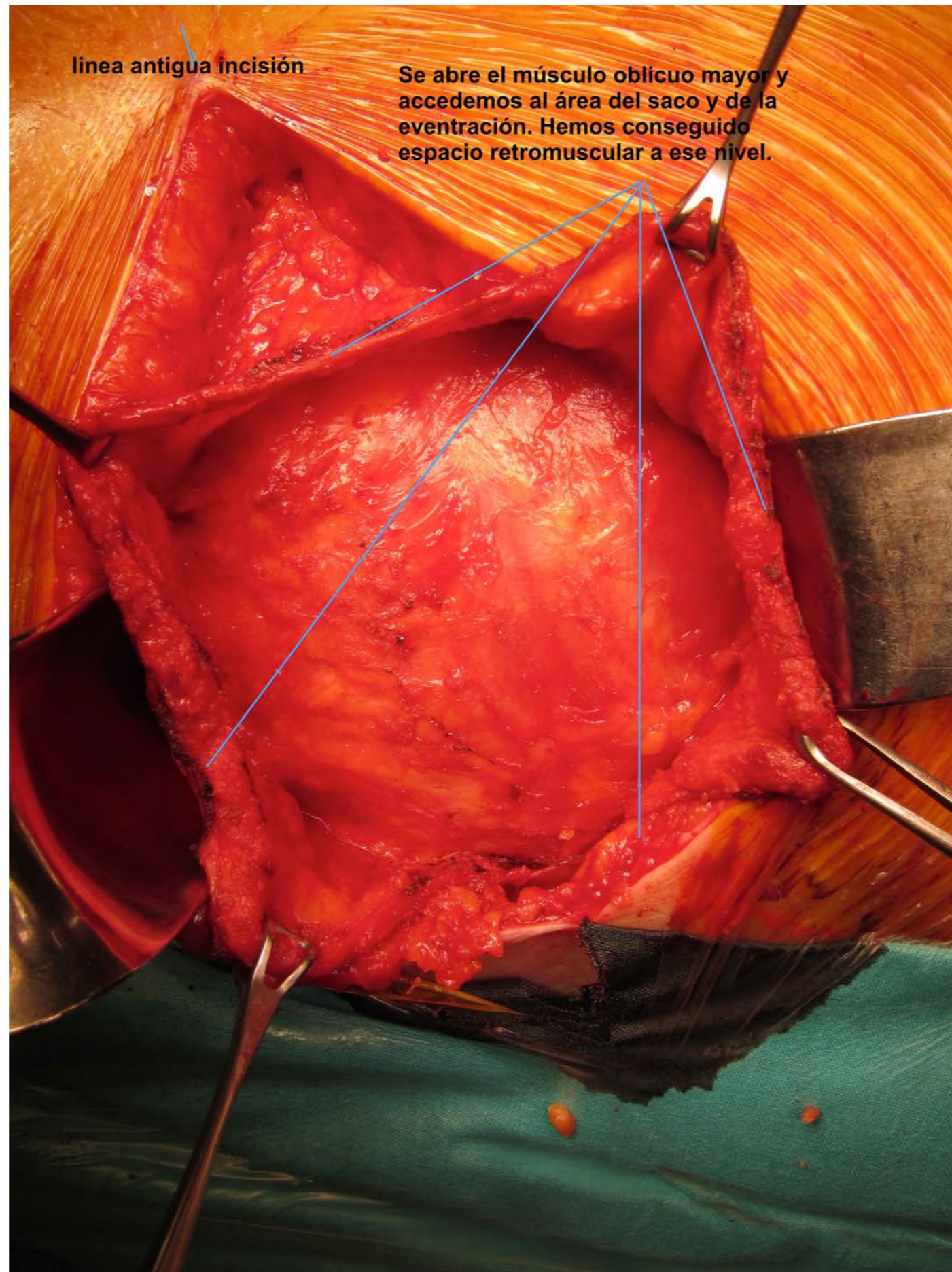
4,1 x 4,2 cm

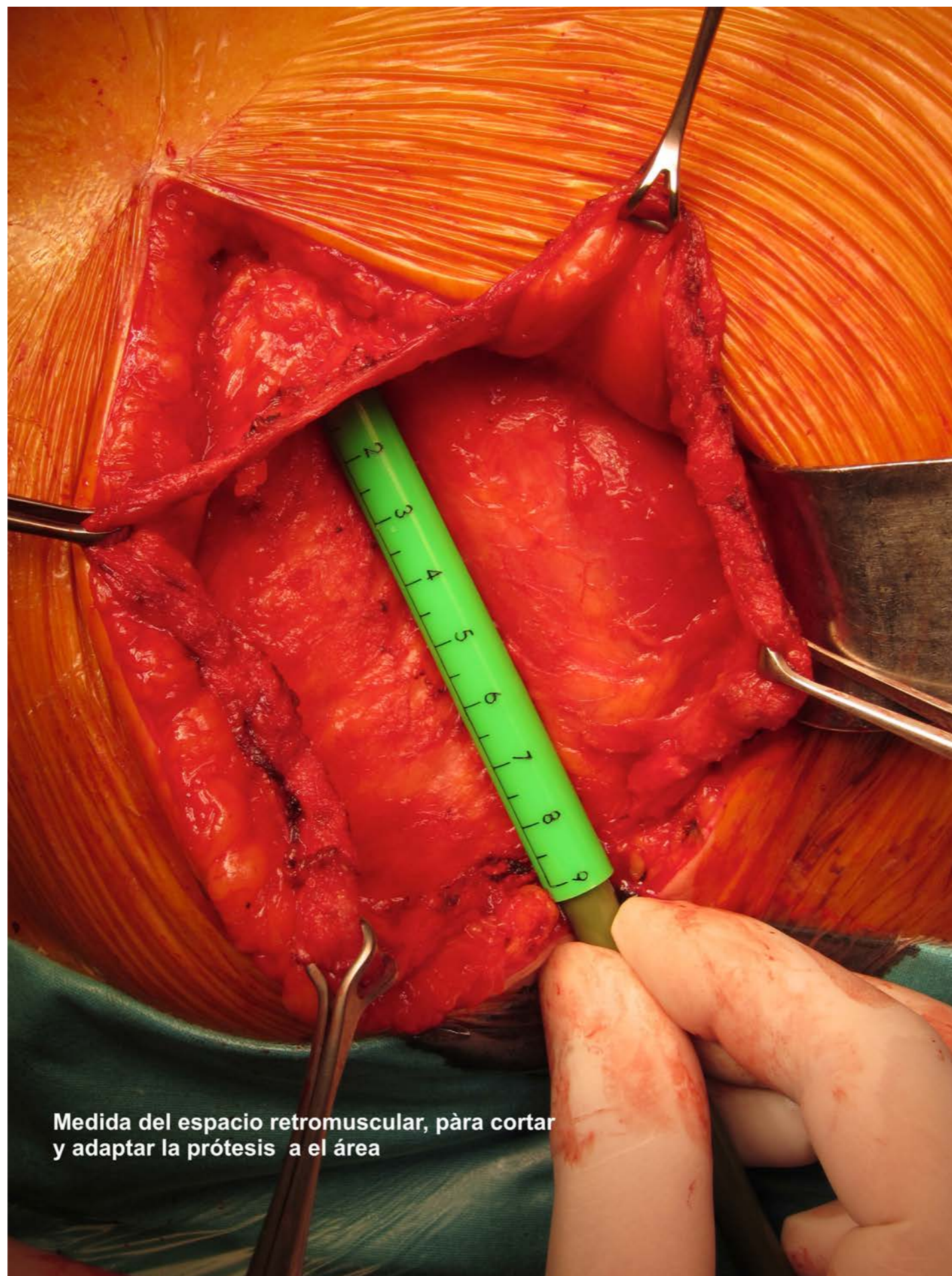


P330

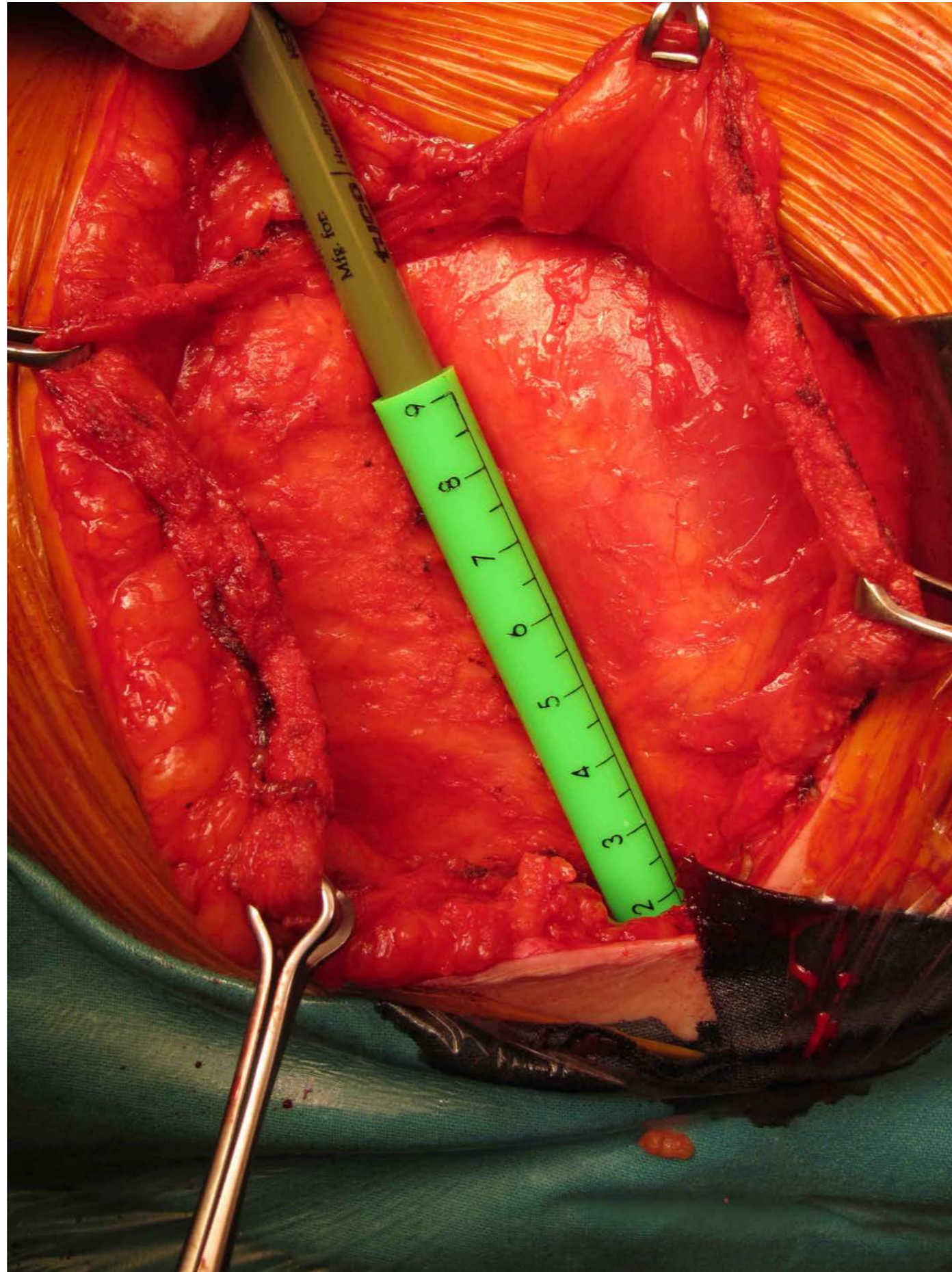


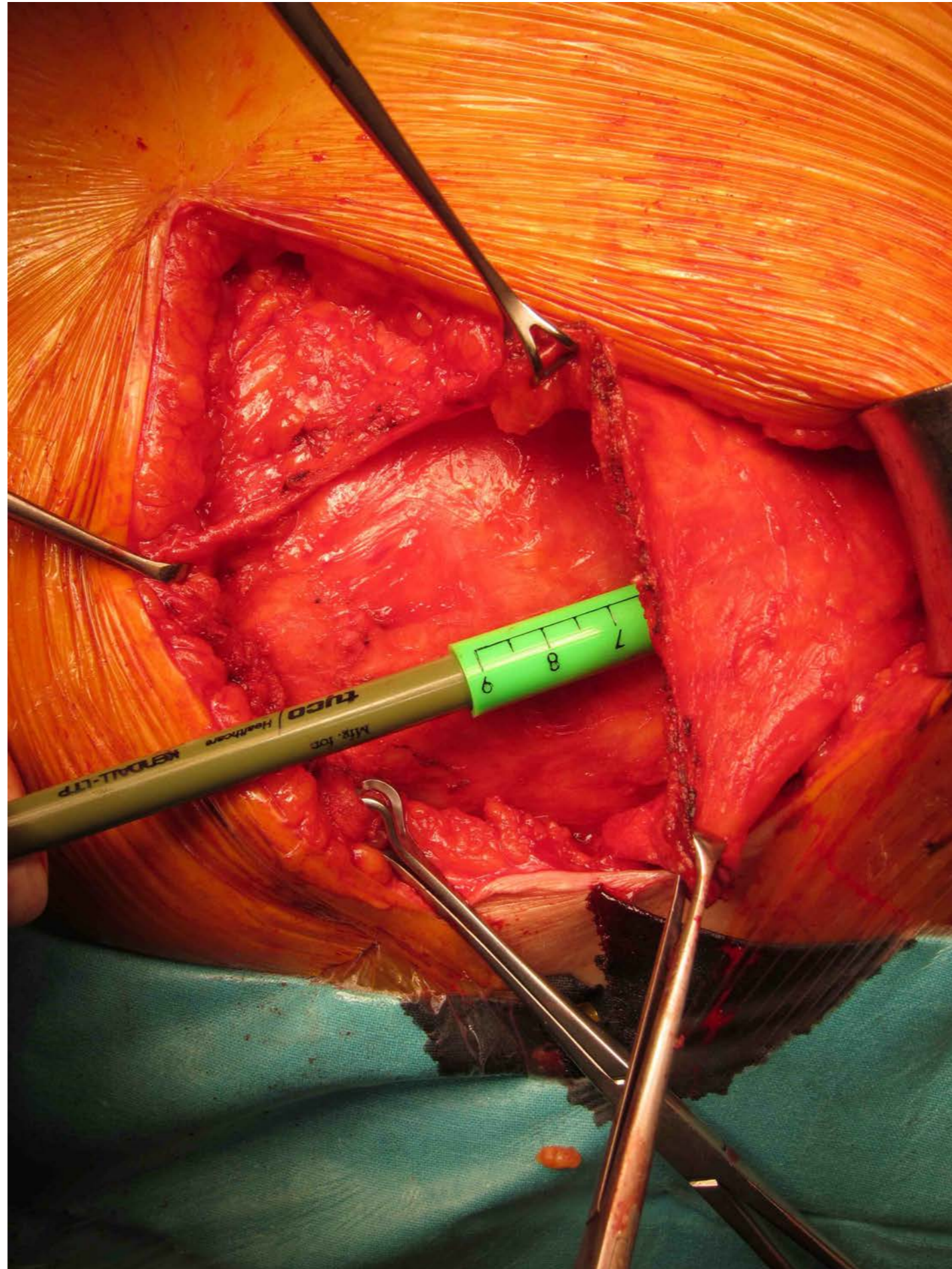


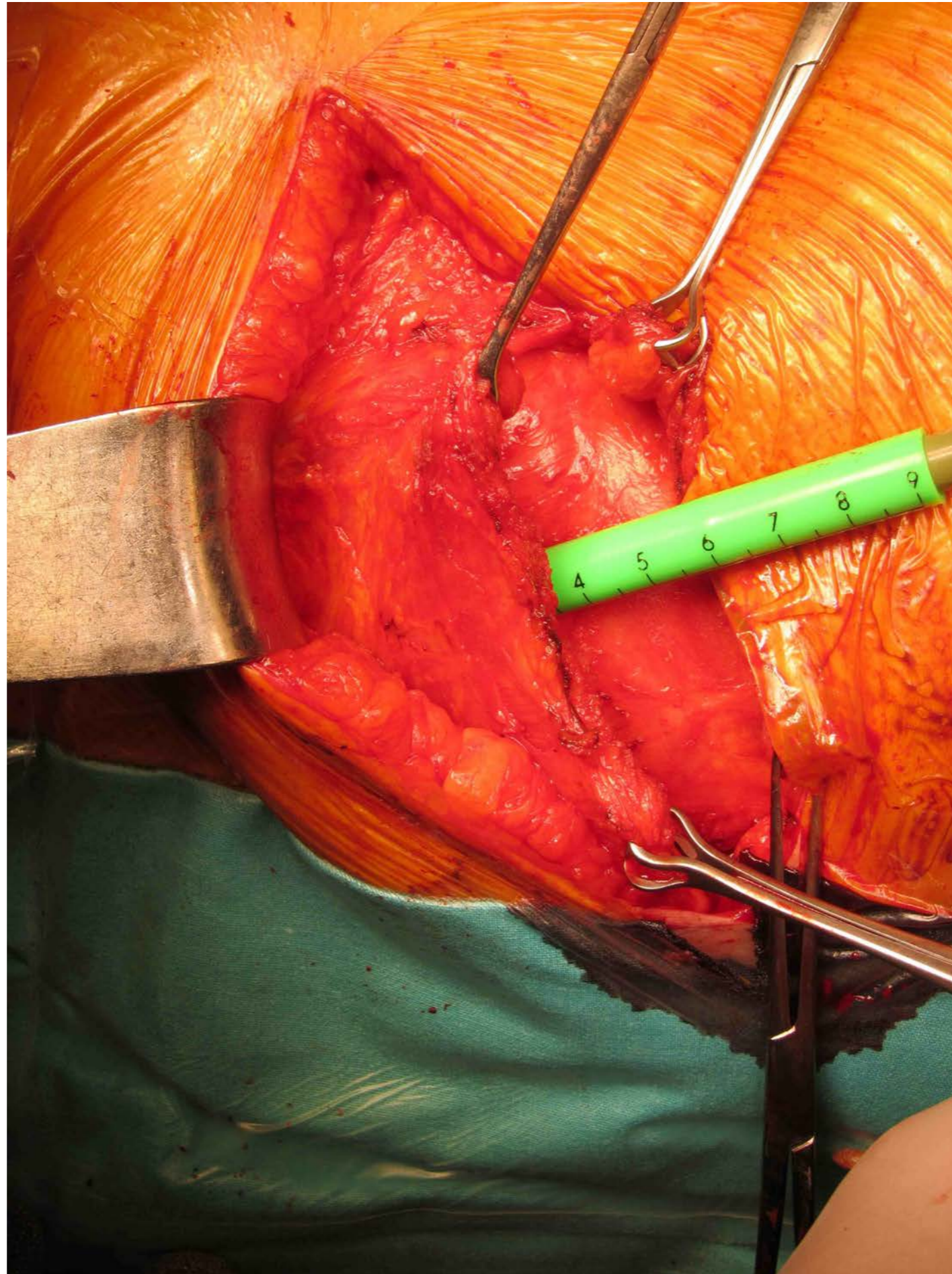


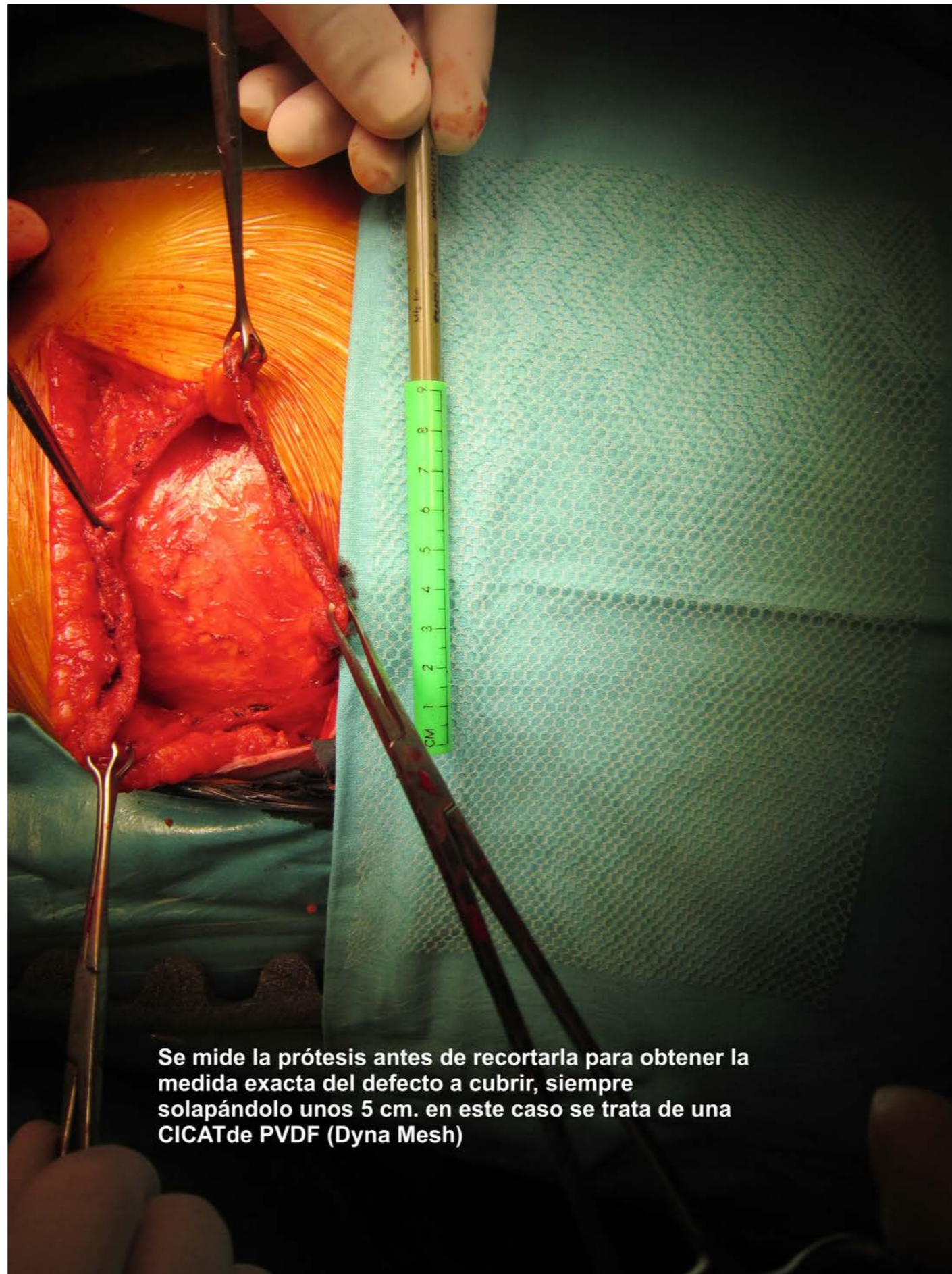


Medida del espacio retromuscular, para cortar y adaptar la prótesis a el área

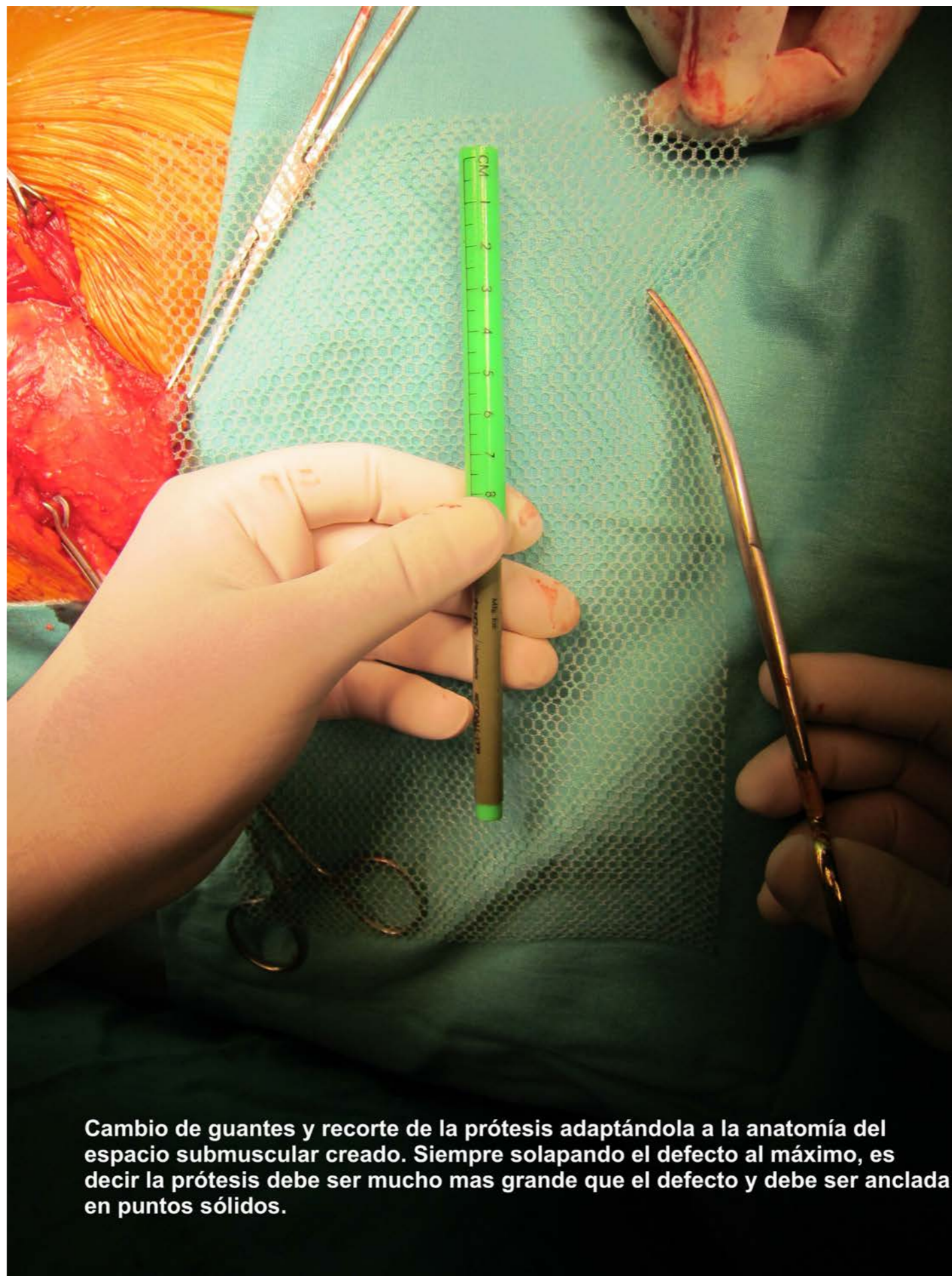








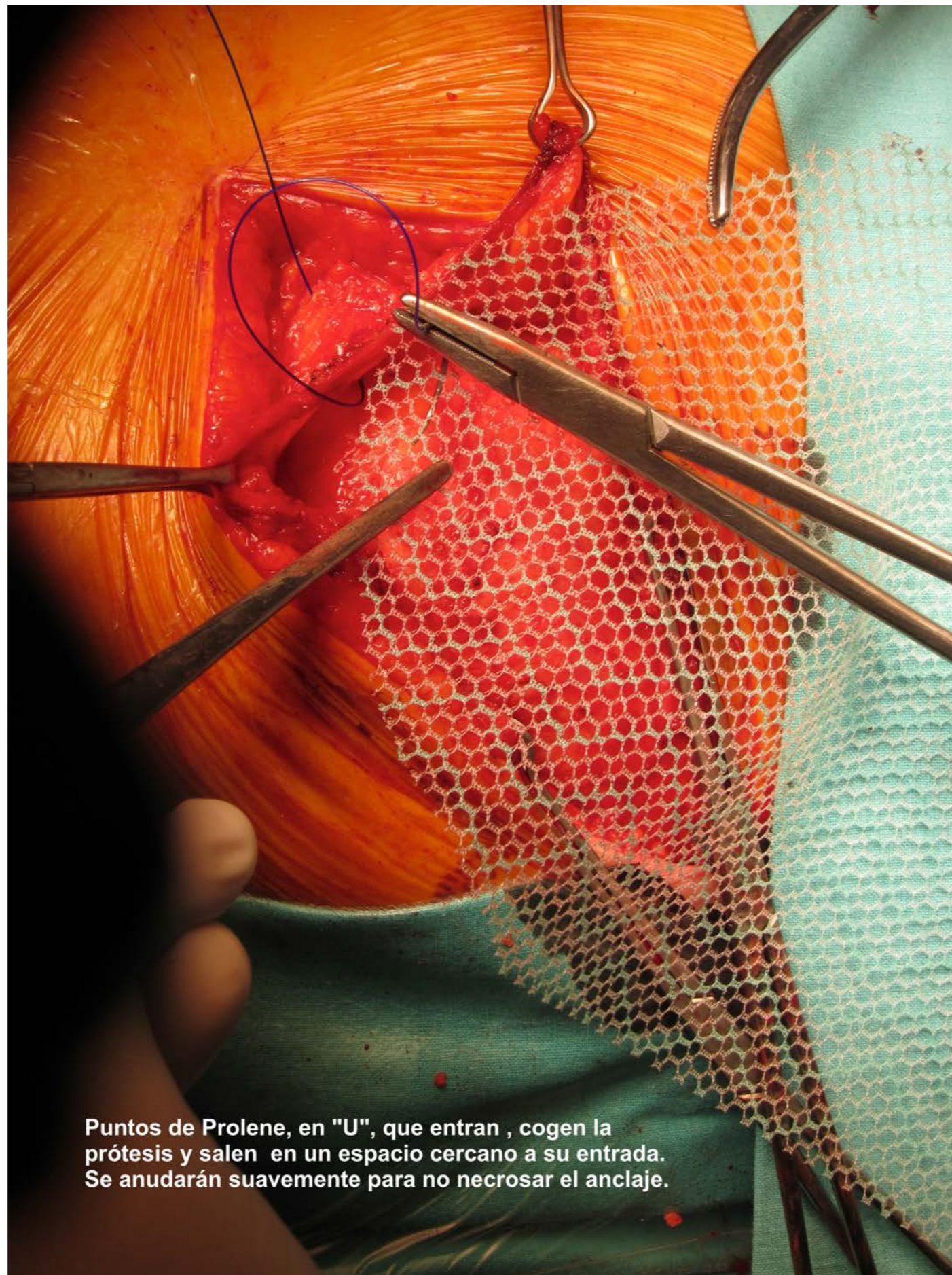
Se mide la prótesis antes de recortarla para obtener la medida exacta del defecto a cubrir, siempre solapándolo unos 5 cm. en este caso se trata de una CICAT de PVDF (Dyna Mesh)



Cambio de guantes y recorte de la prótesis adaptándola a la anatomía del espacio submuscular creado. Siempre solapando el defecto al máximo, es decir la prótesis debe ser mucho mas grande que el defecto y debe ser anclada en puntos sólidos.

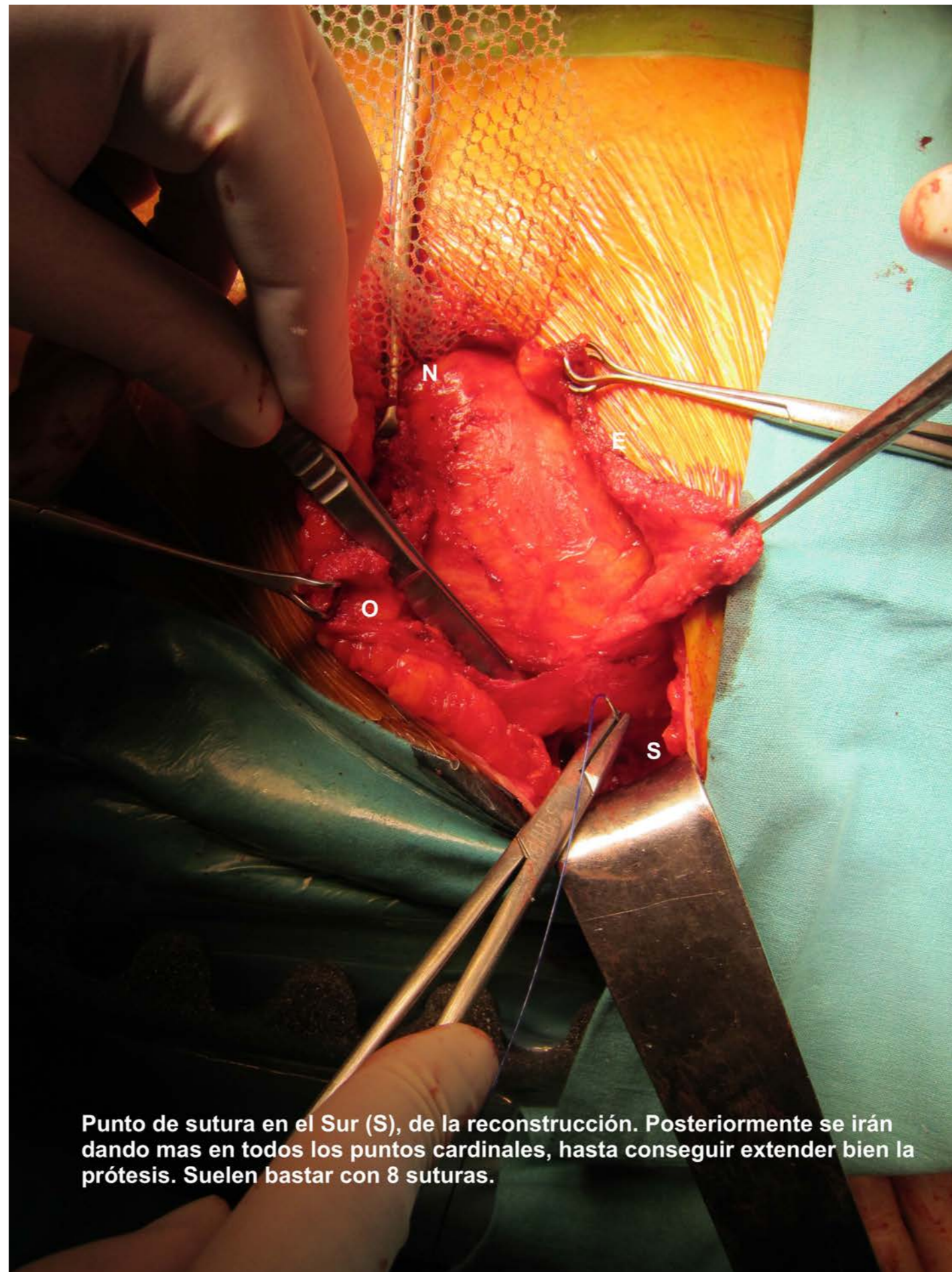


La prótesis la colocaremos en este espacio submuscular con puntos transfixivos que entran por la aponeurosis muscular, cogen la prótesis y salen de nuevo. Haremos una "corona "en los espacios (N, S, E, O, NE, SE, etc...)

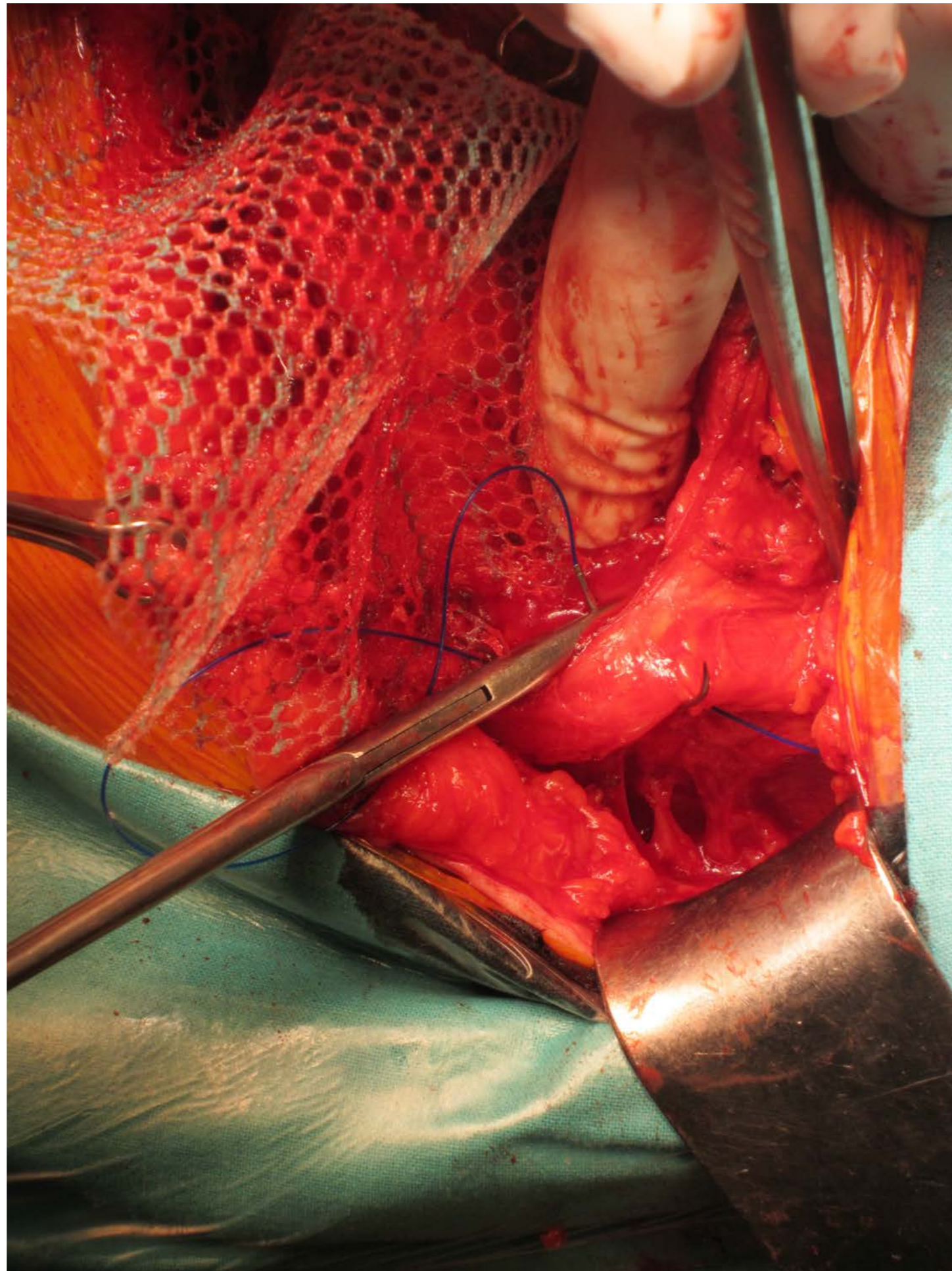


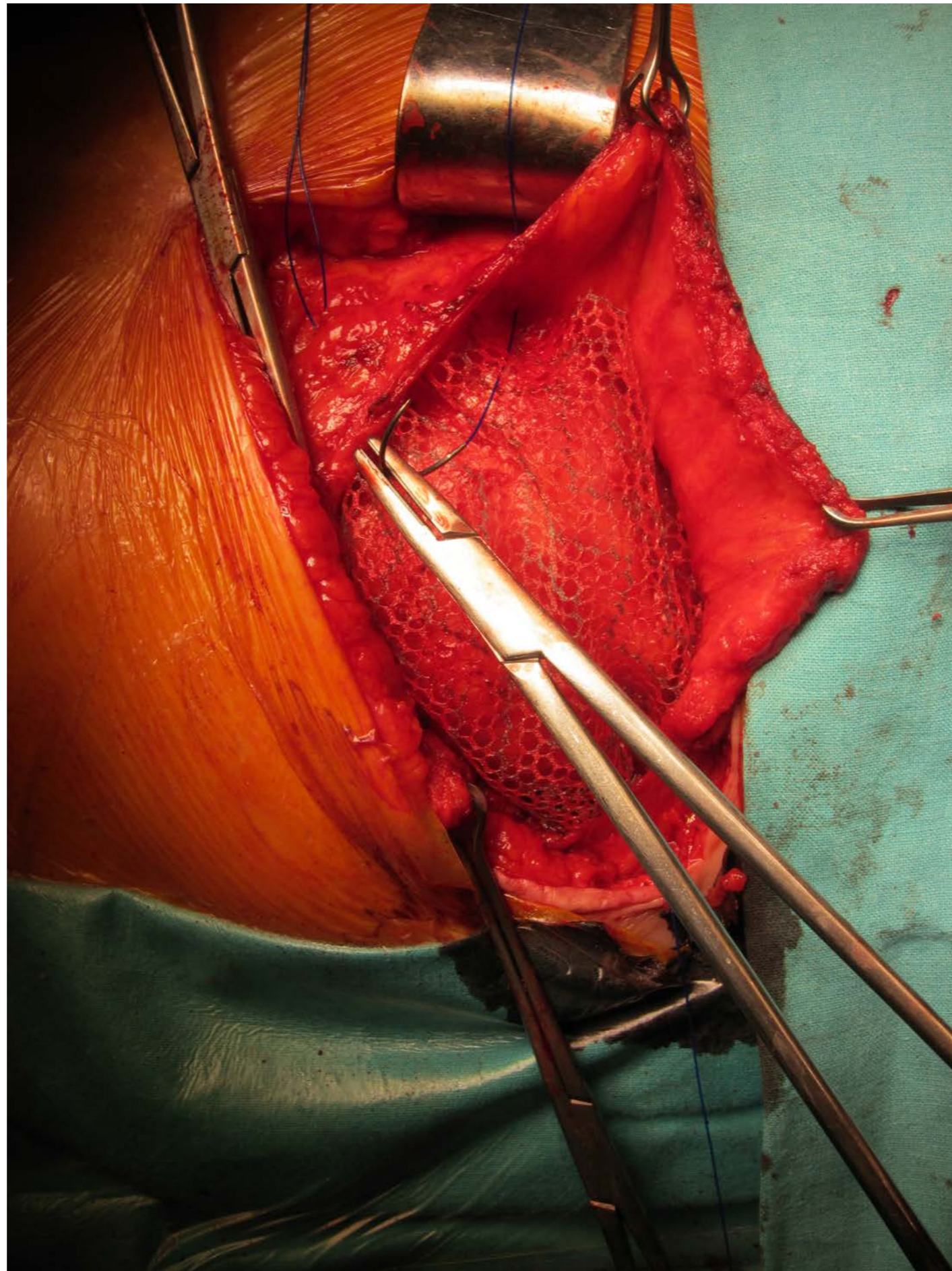
Puntos de Prolene, en "U", que entran , cogen la prótesis y salen en un espacio cercano a su entrada. Se anudarán suavemente para no necrosar el anclaje.

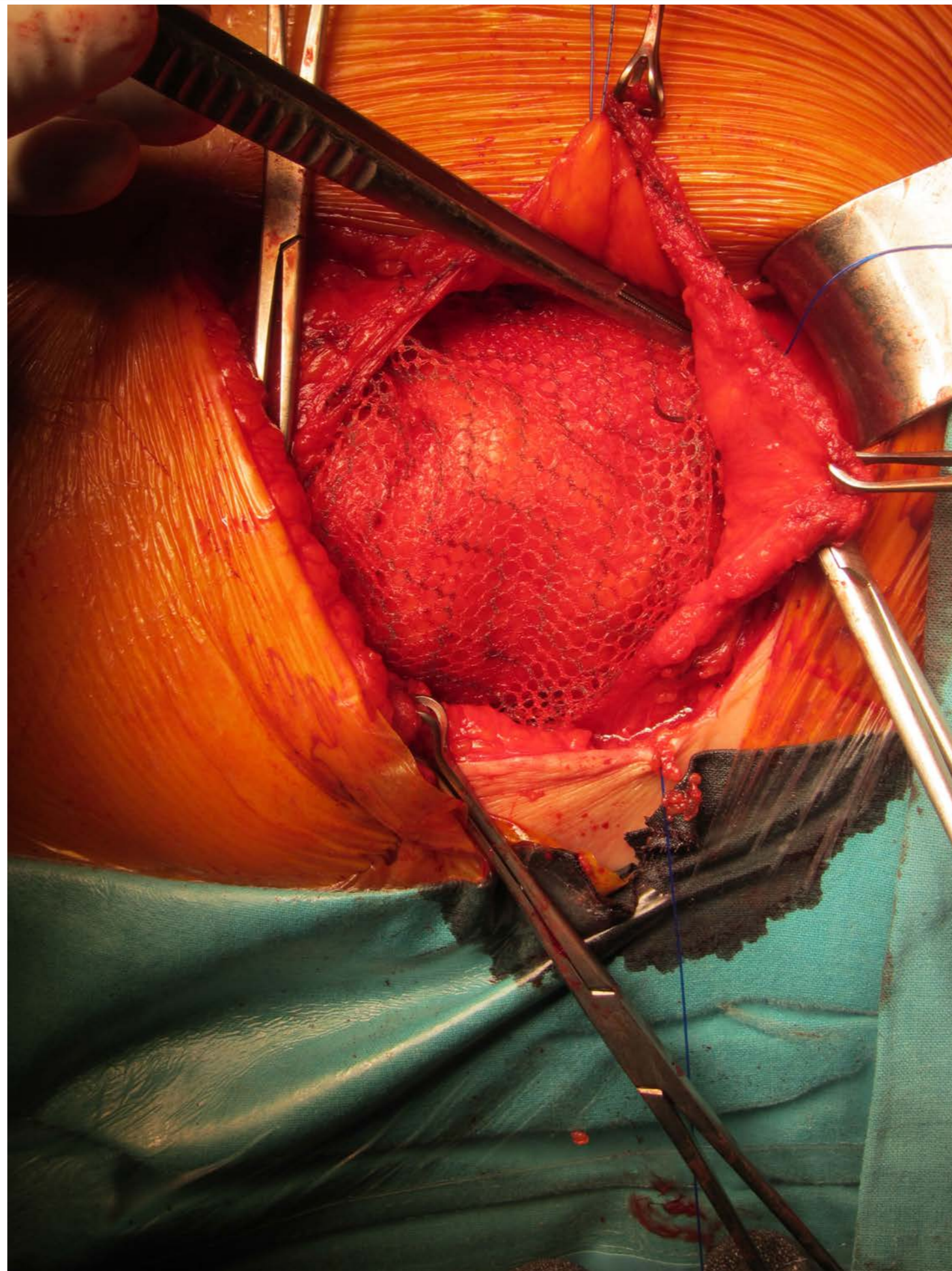


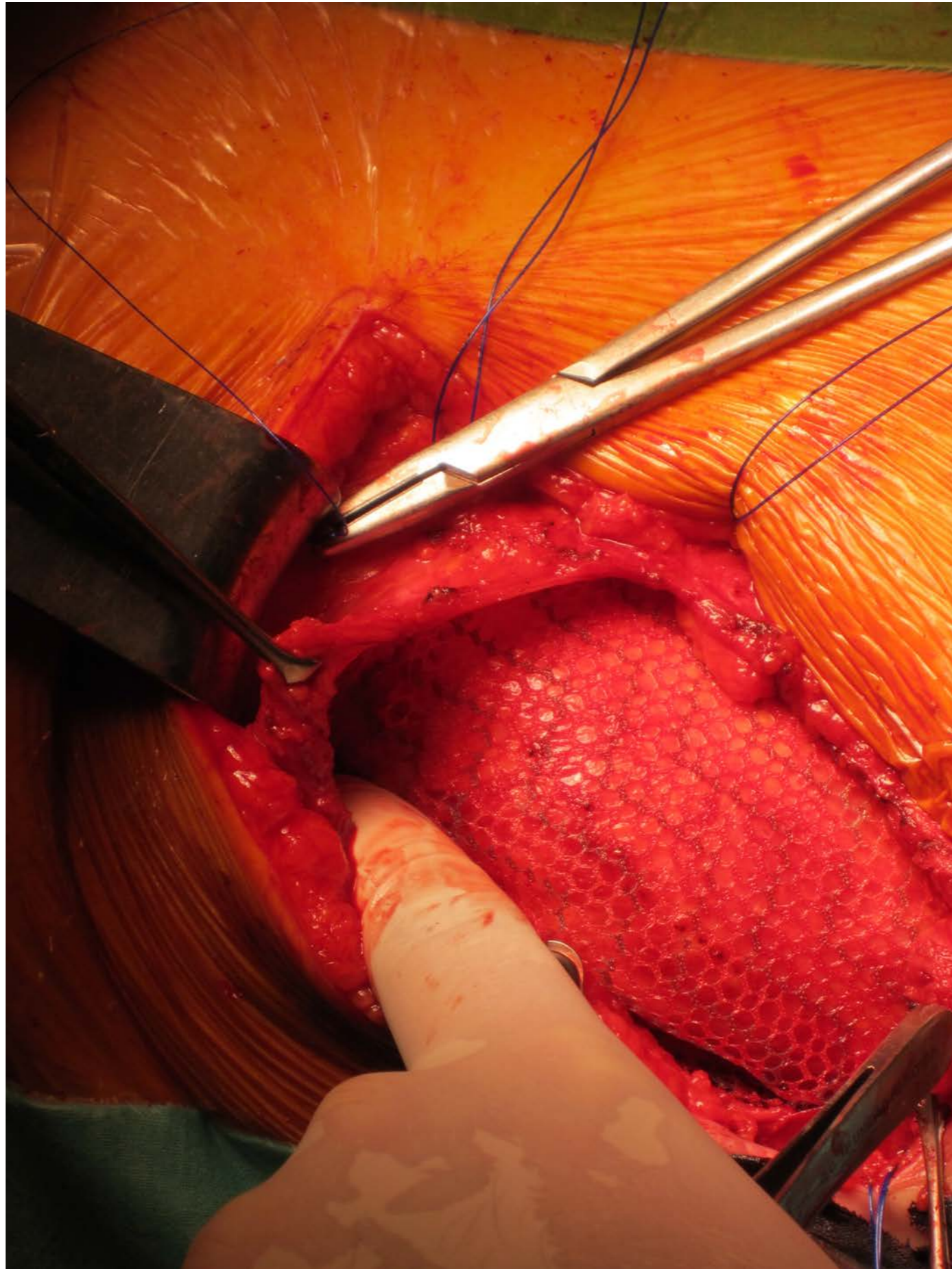


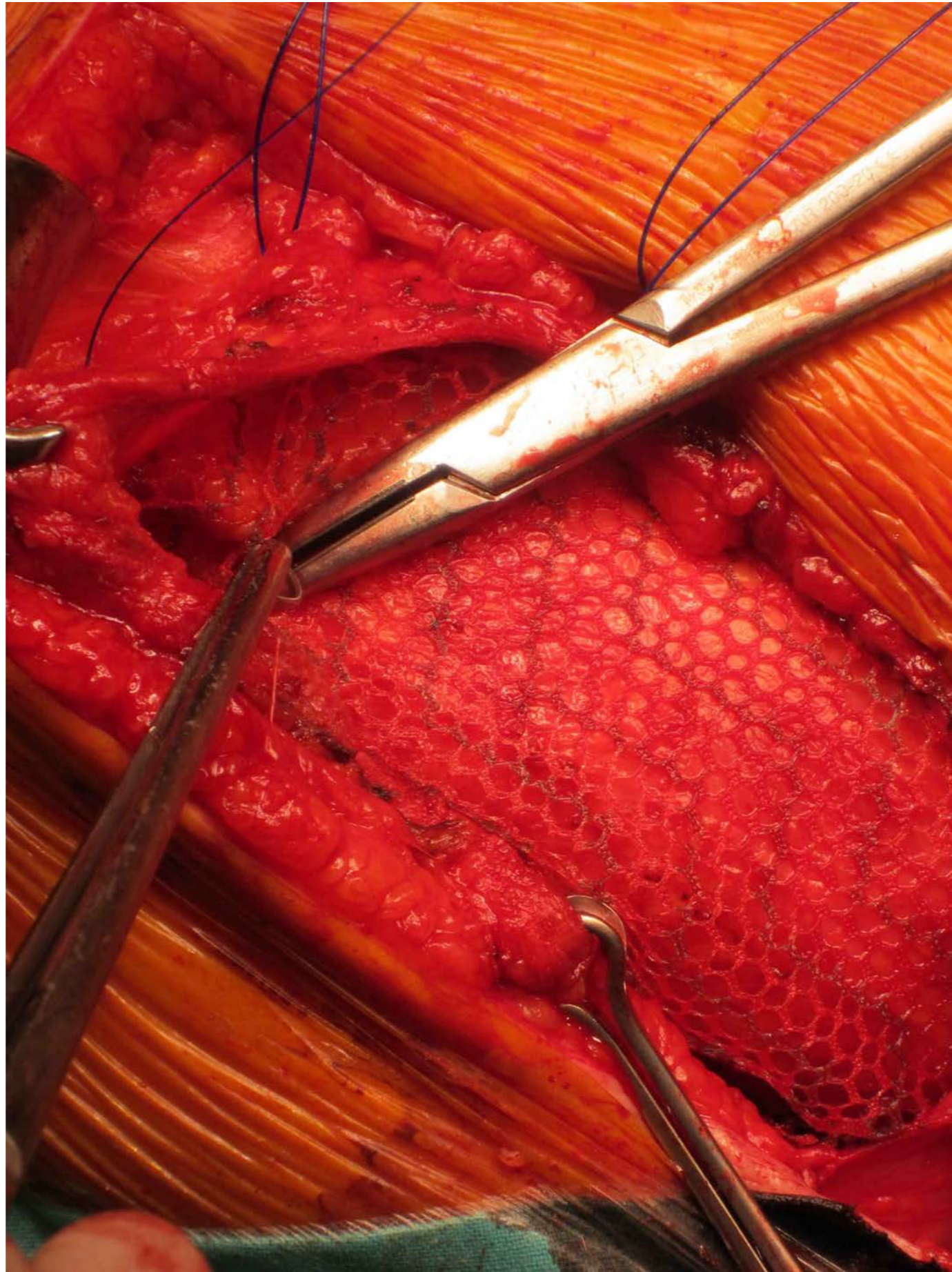
Punto de sutura en el Sur (S), de la reconstrucción. Posteriormente se irán dando mas en todos los puntos cardinales, hasta conseguir extender bien la prótesis. Suelen bastar con 8 suturas.

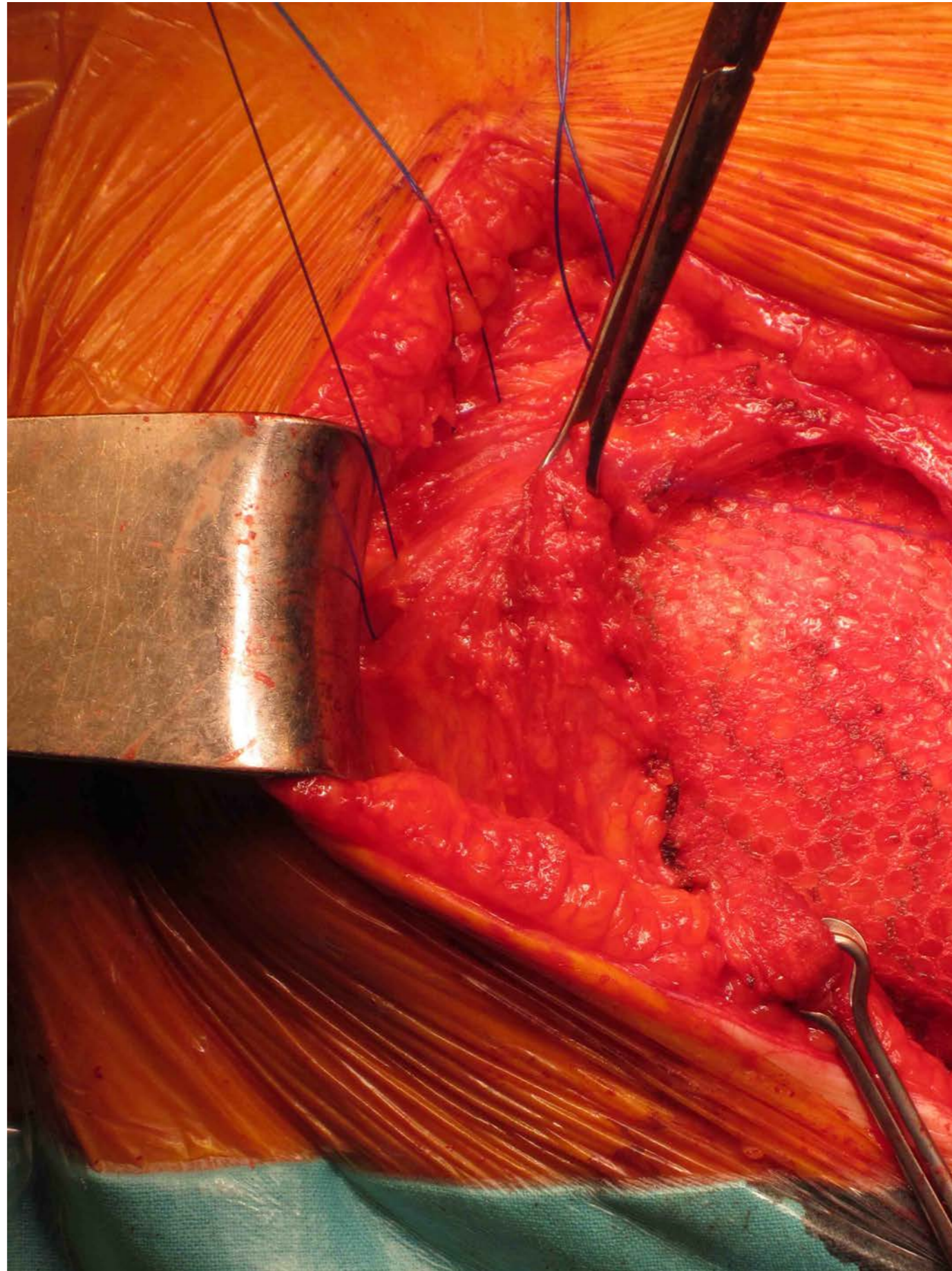


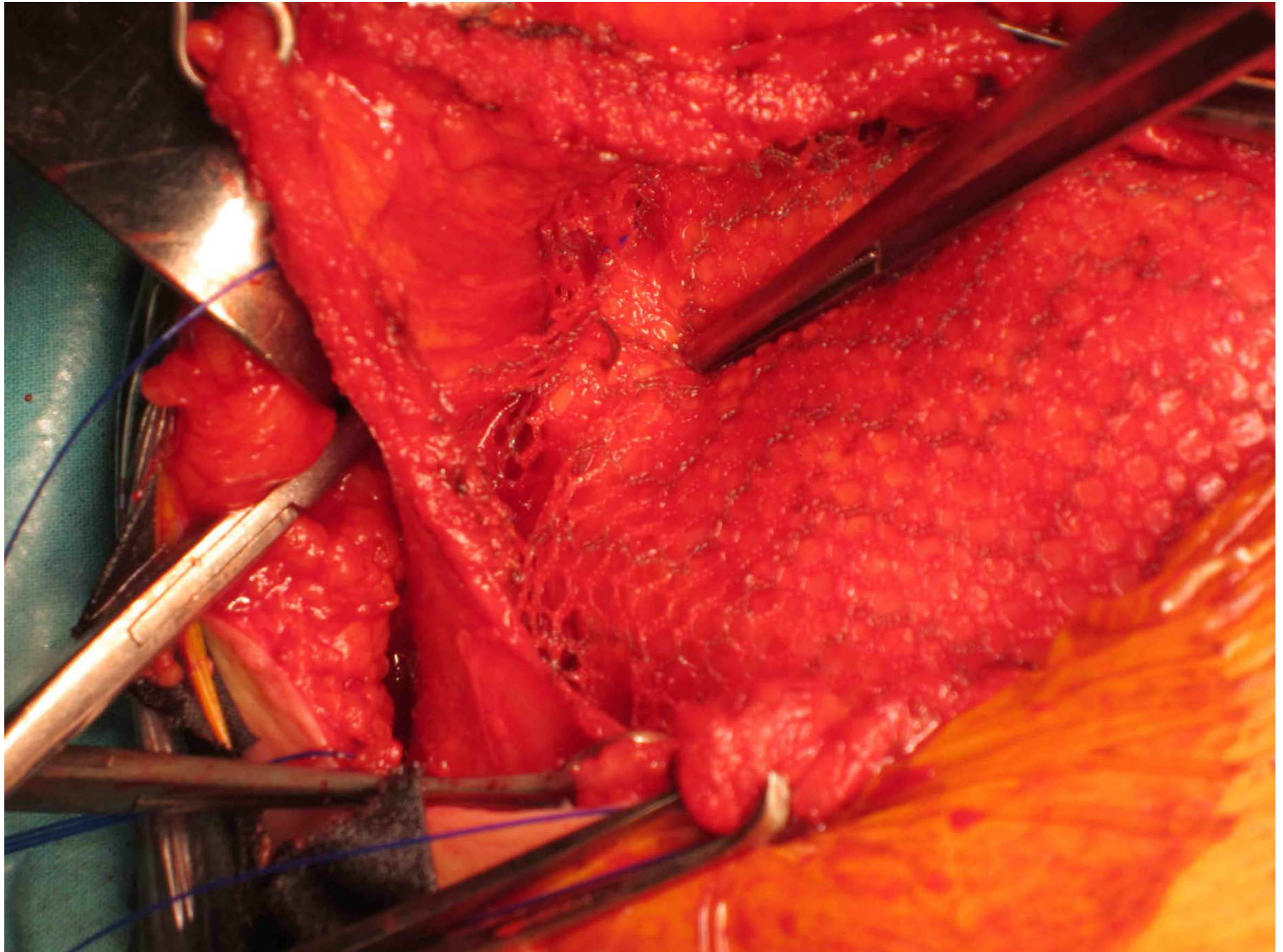


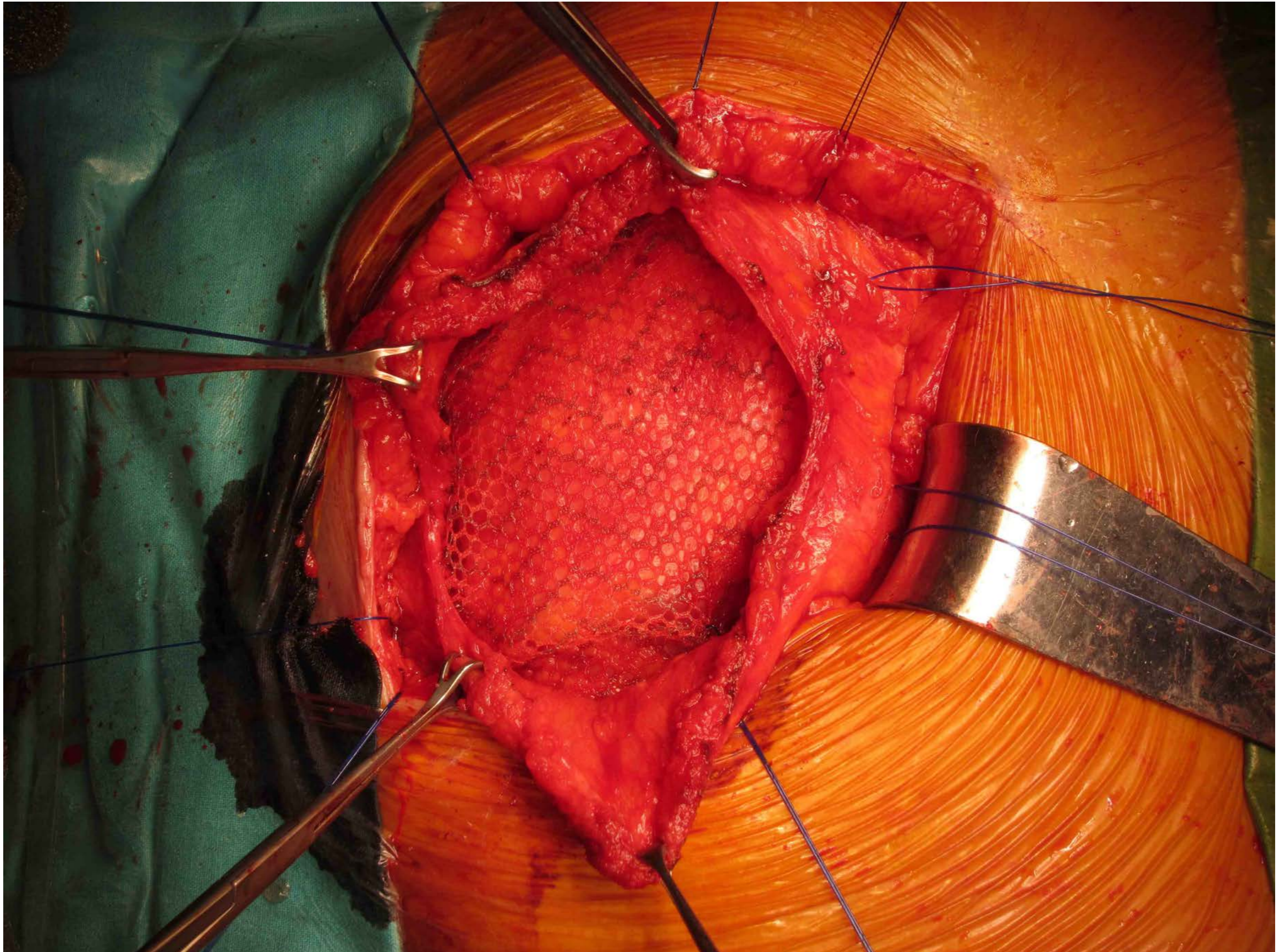


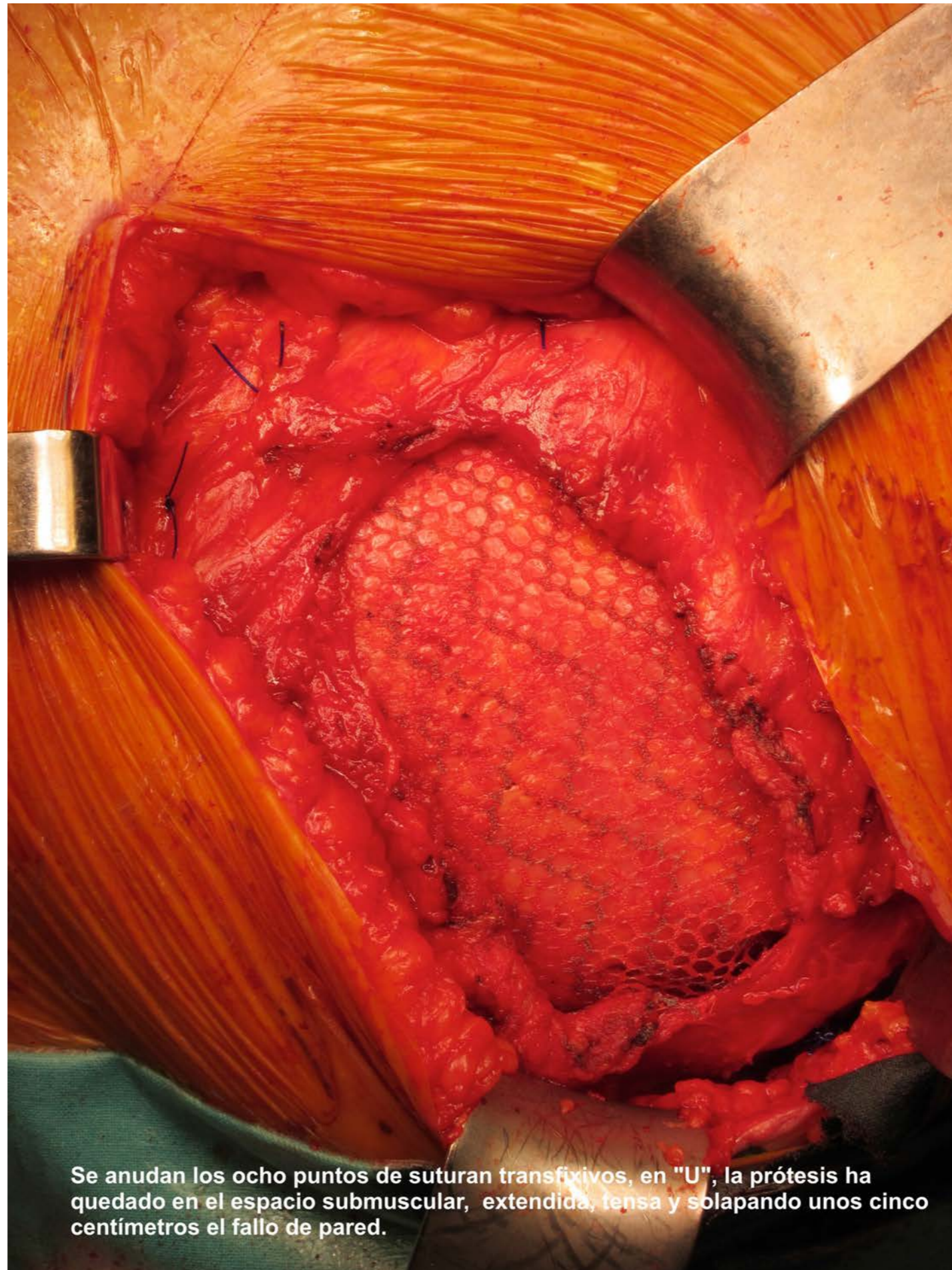




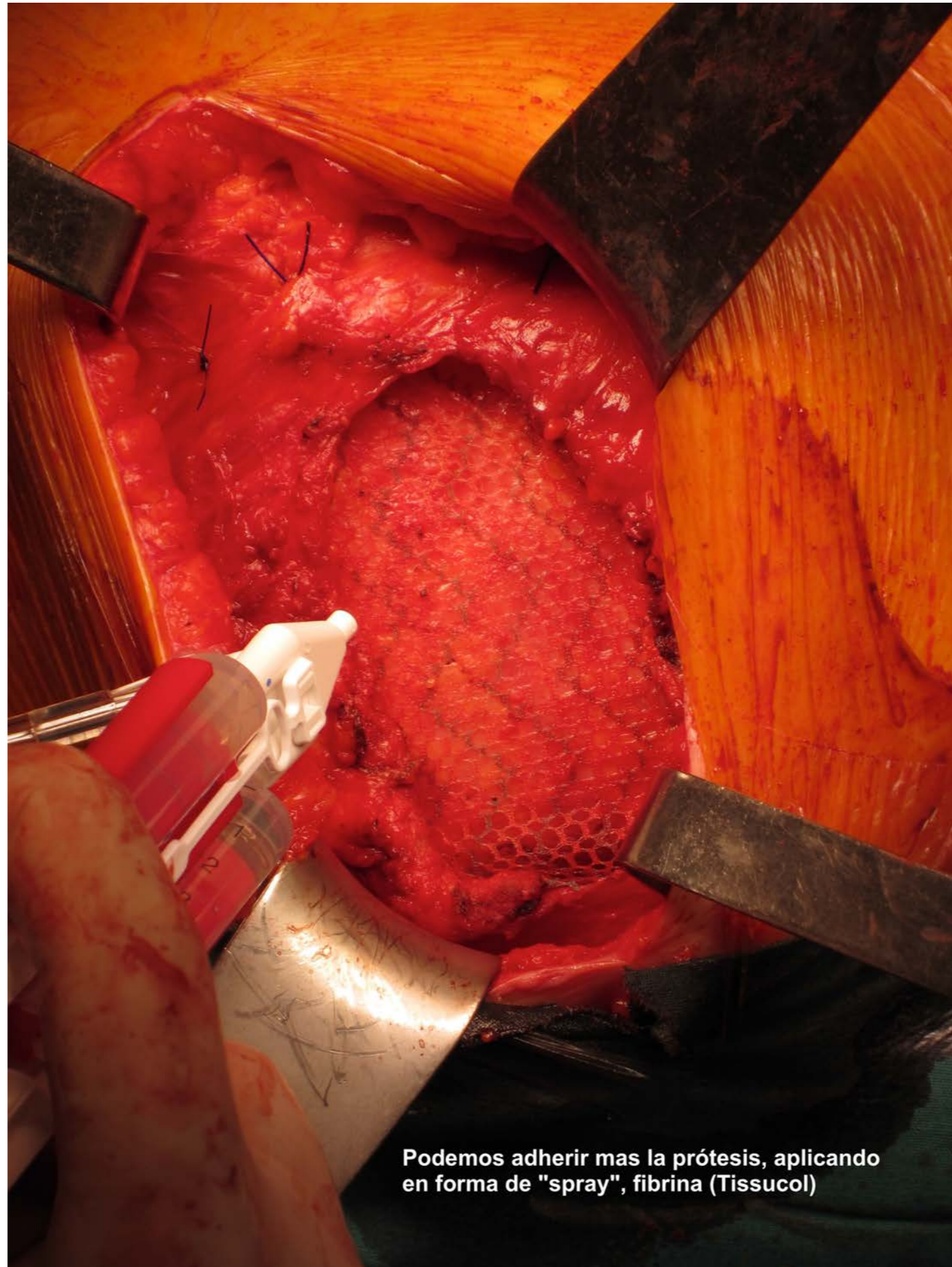




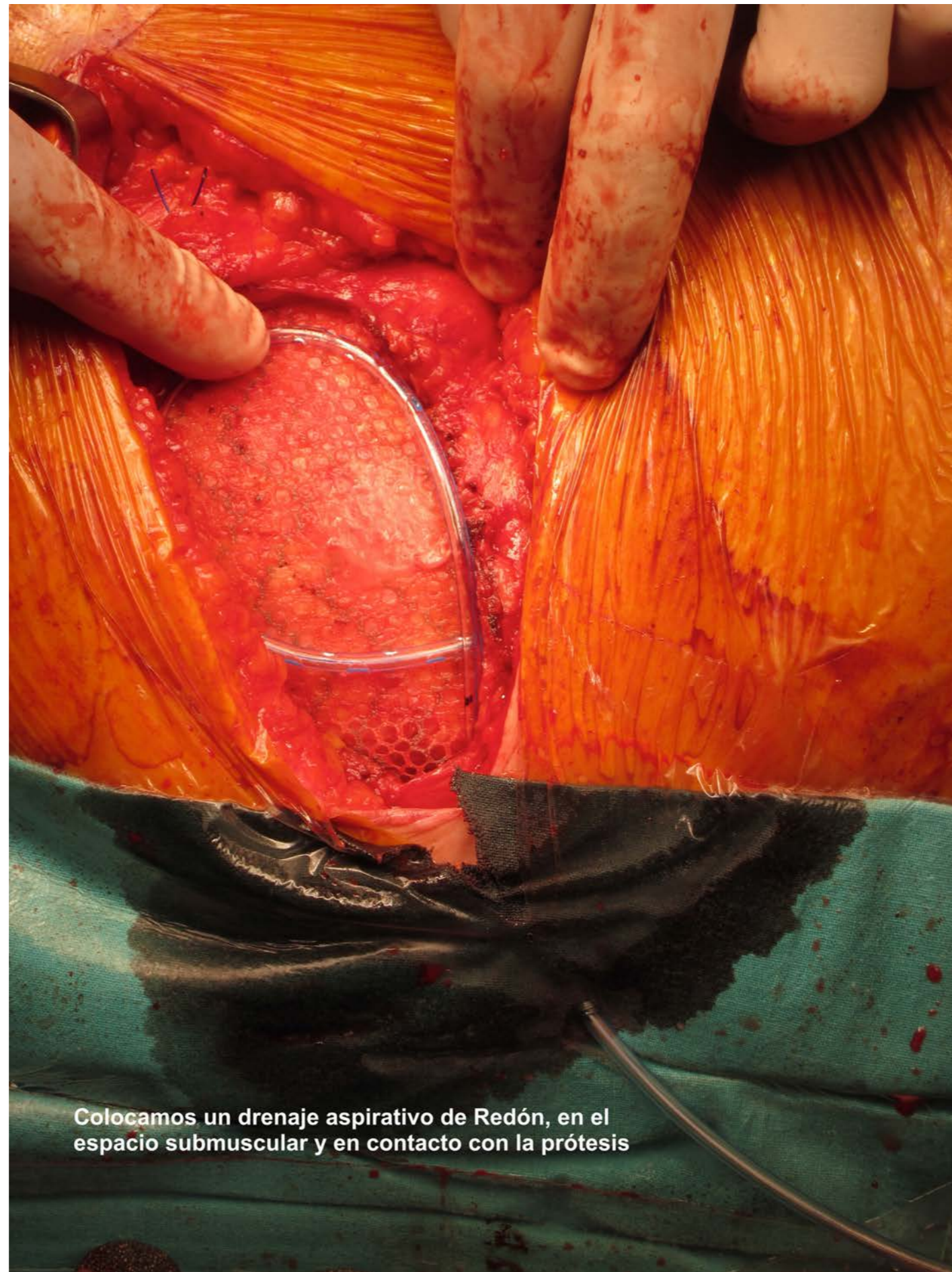




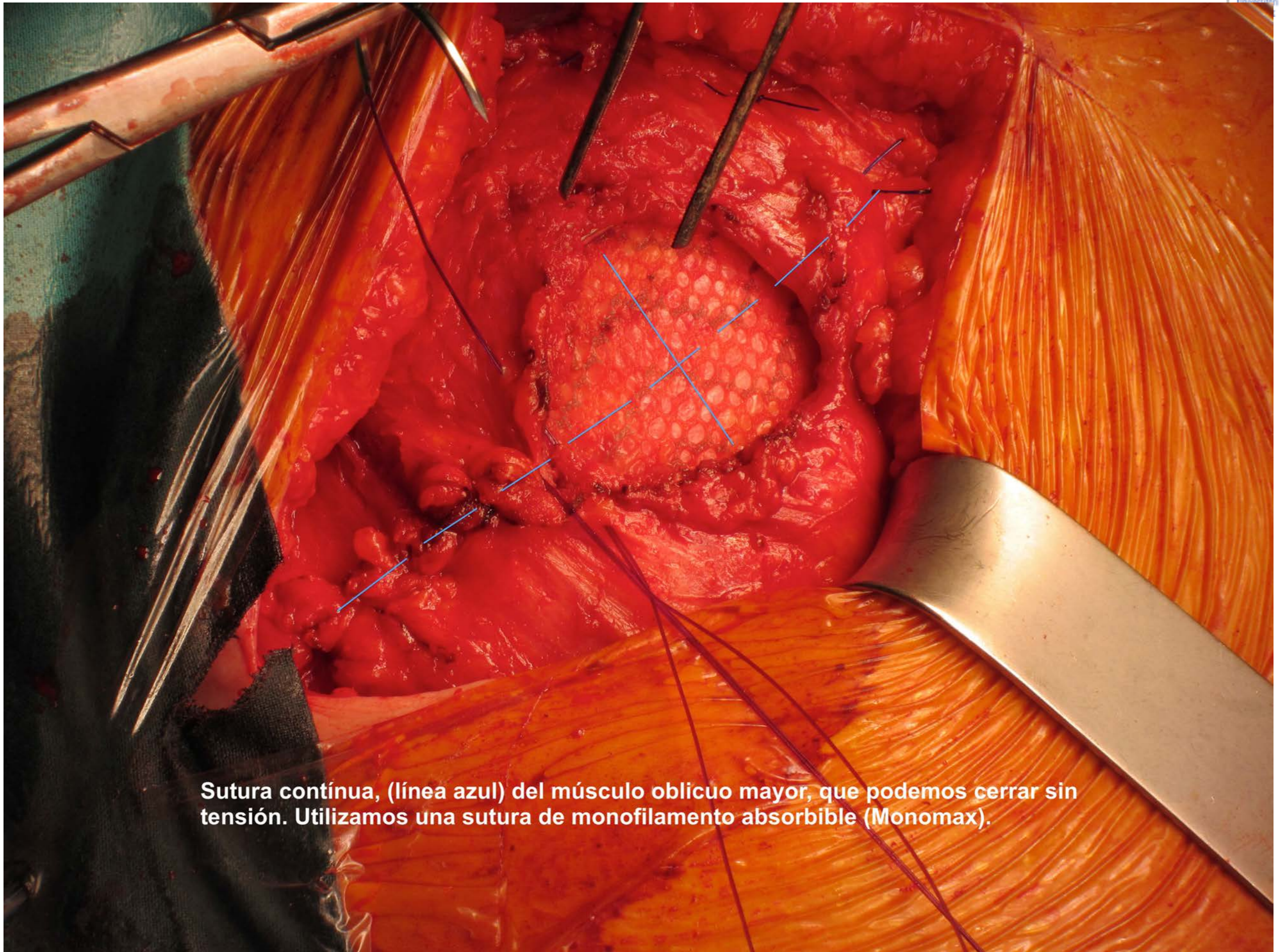
Se anudan los ocho puntos de suturan transfixivos, en "U", la prótesis ha quedado en el espacio submuscular, extendida, tensa y solapando unos cinco centímetros el fallo de pared.



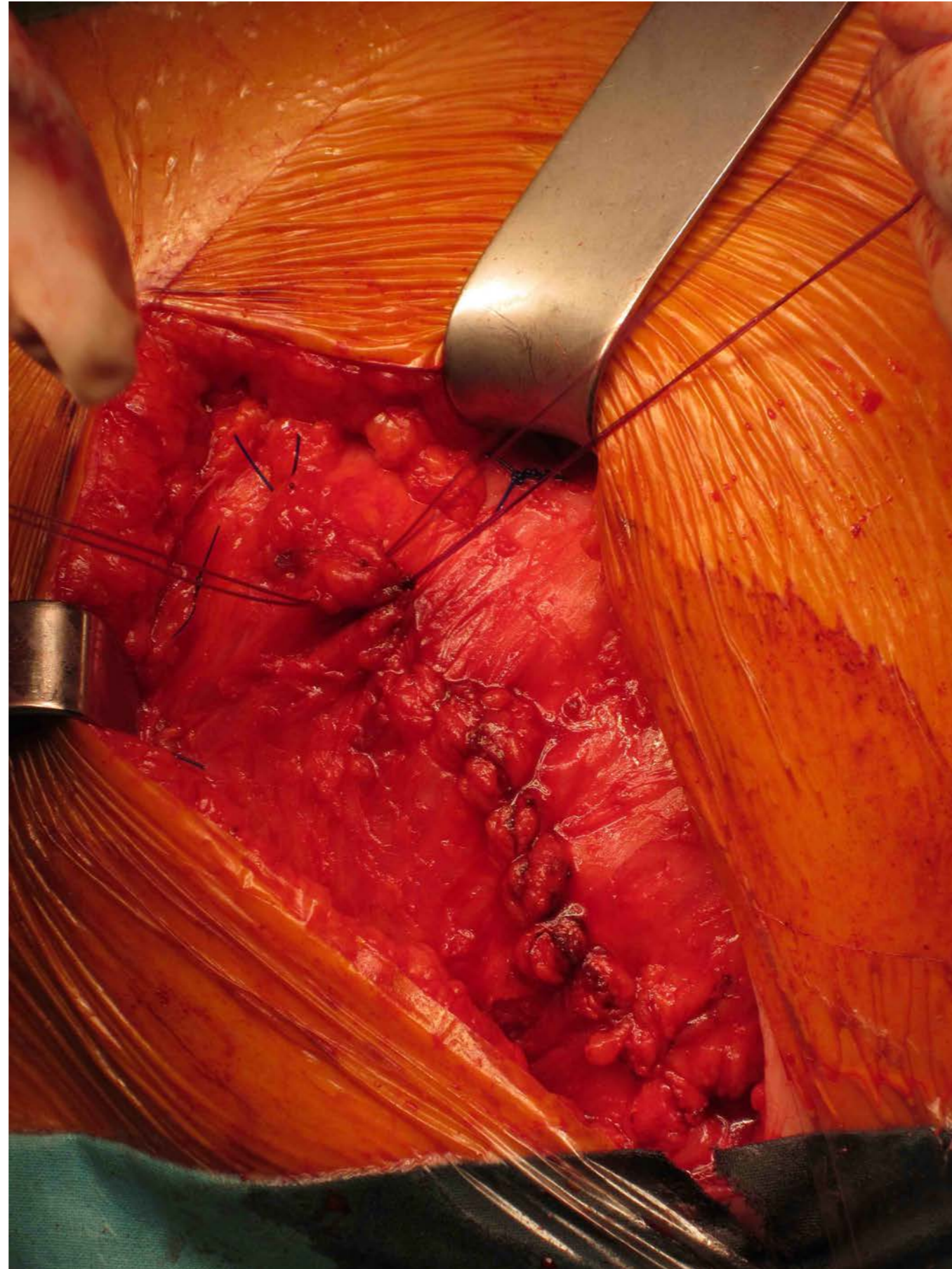
Podemos adherir mas la prótesis, aplicando en forma de "spray", fibrina (Tissucol)

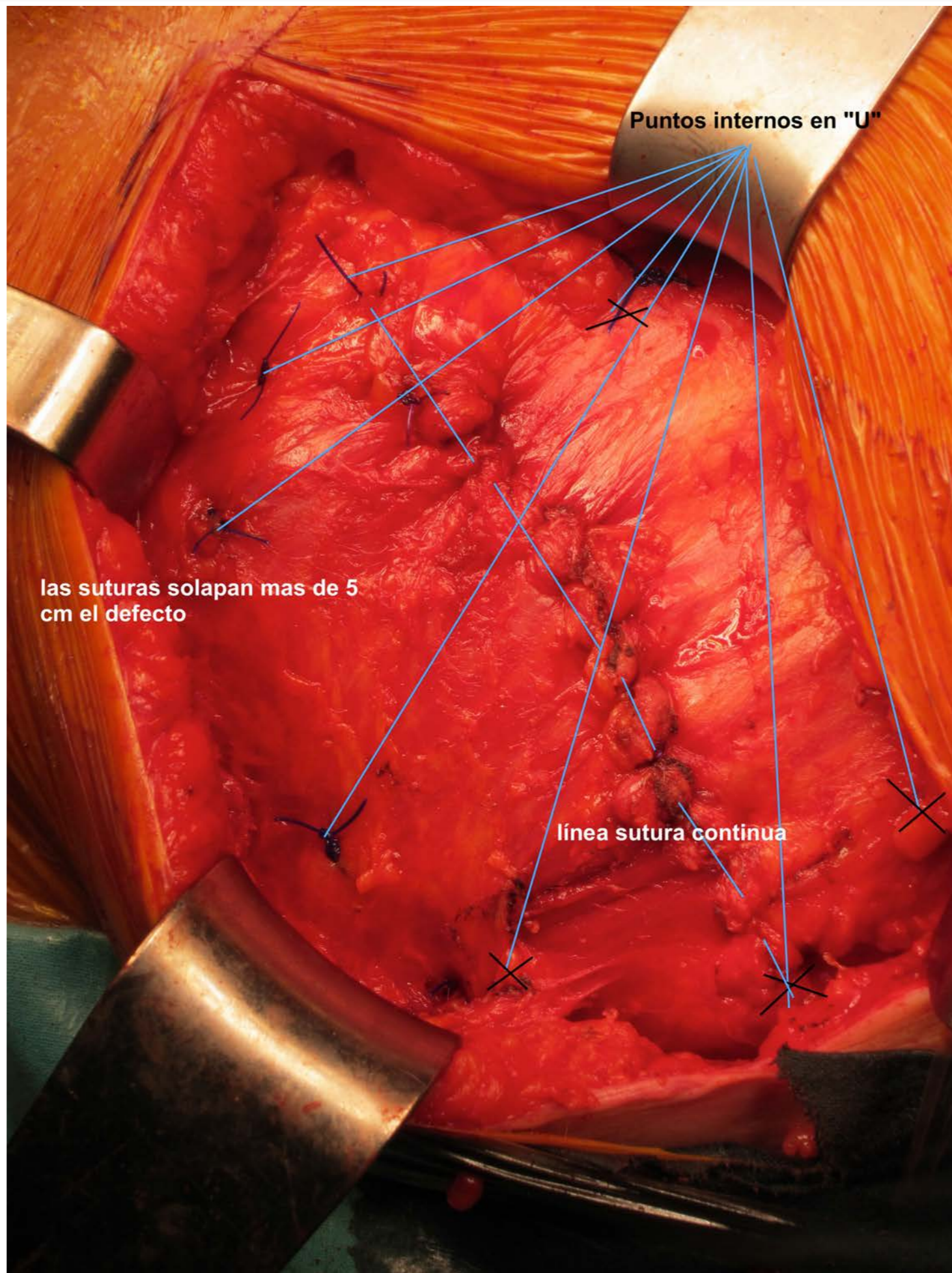


Colocamos un drenaje aspirativo de Redón, en el espacio submuscular y en contacto con la prótesis



Sutura continua, (línea azul) del músculo oblicuo mayor, que podemos cerrar sin tensión. Utilizamos una sutura de monofilamento absorbible (Monomax).

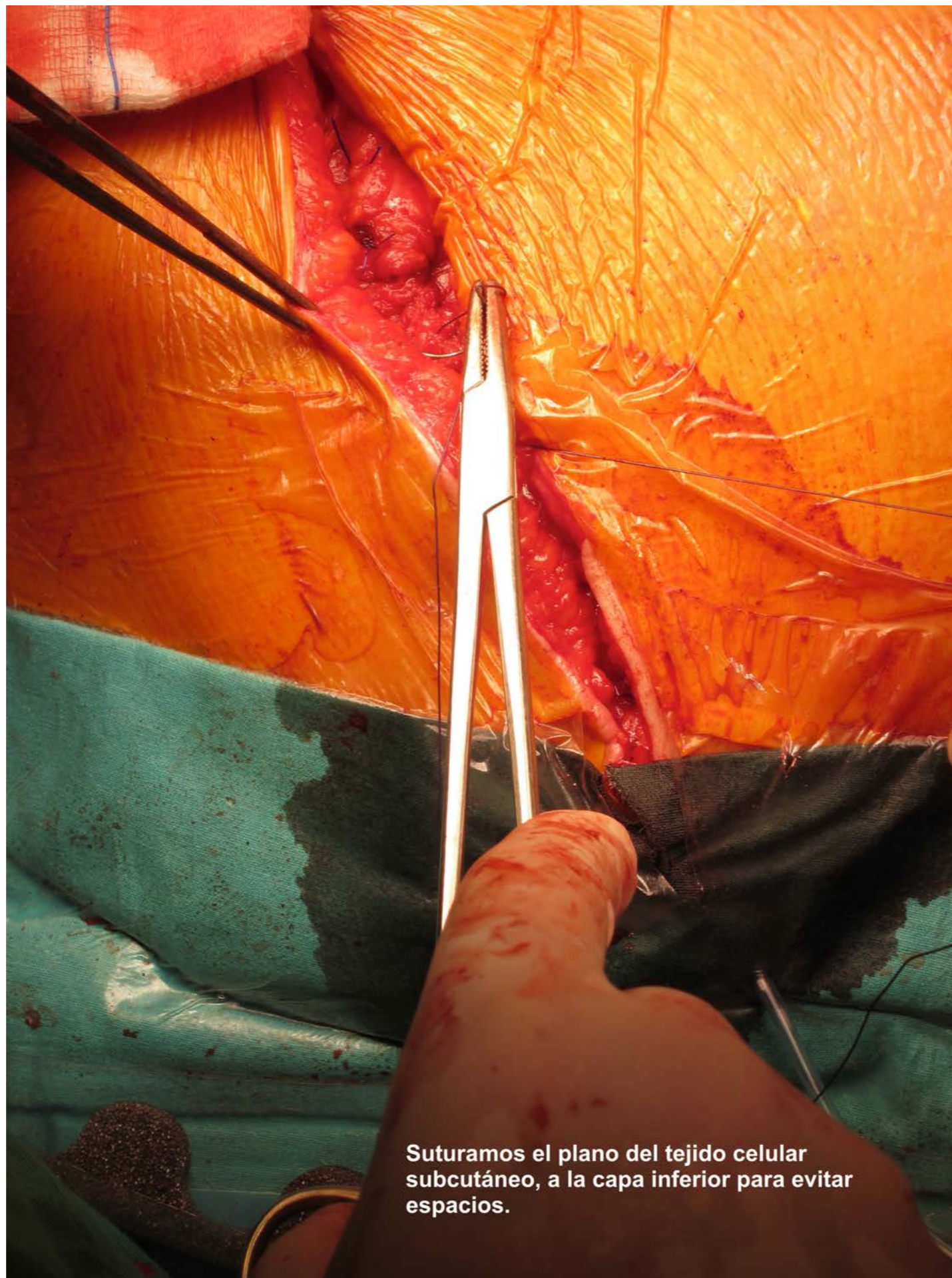




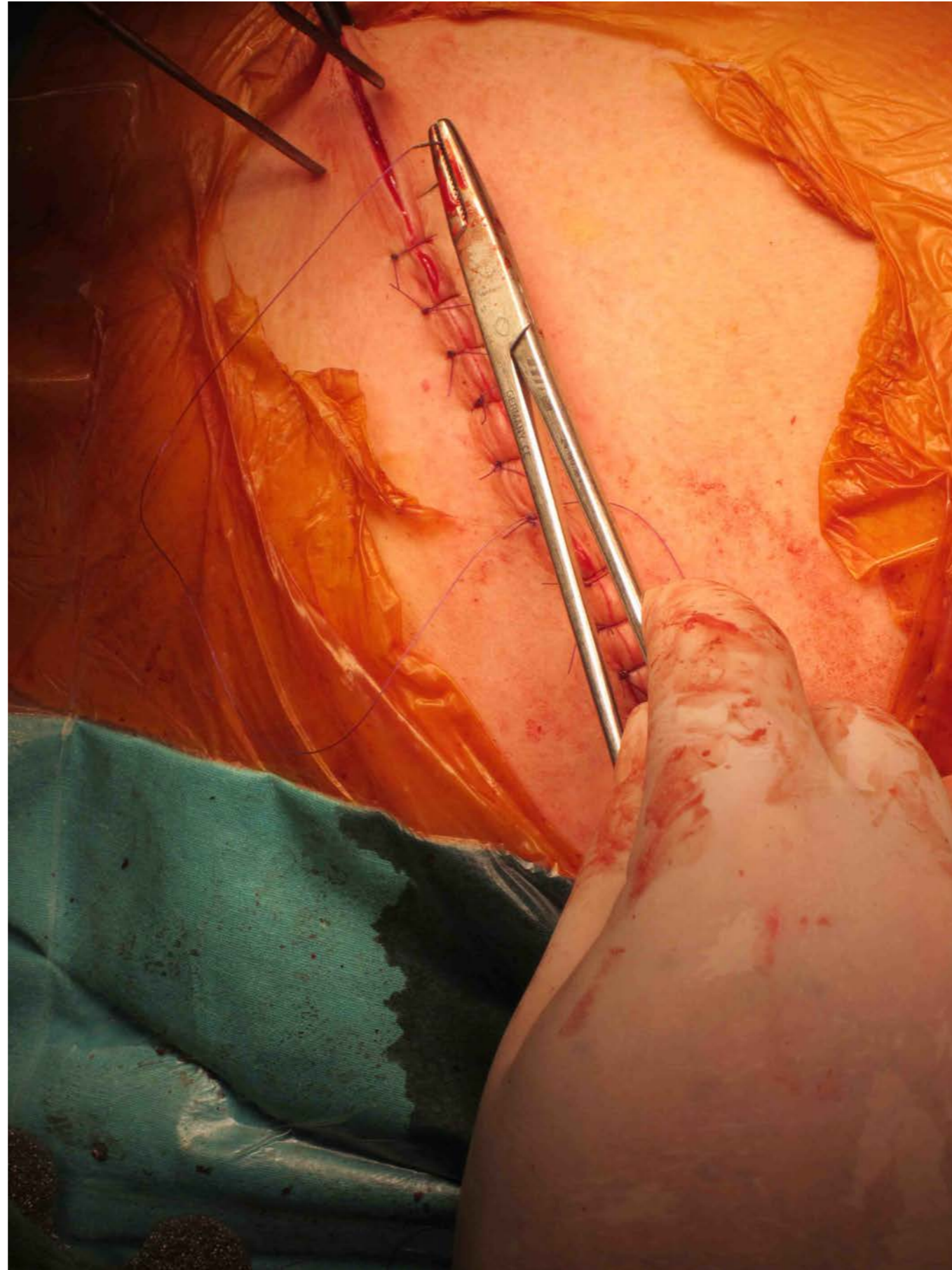
Puntos internos en "U"

las suturas solapan mas de 5 cm el defecto

línea sutura continua



Suturamos el plano del tejido celular subcutáneo, a la capa inferior para evitar espacios.



Reparamos al mismo tiempo una hernia inguinal con una prótesis Linchestein (Dyna Mesh). En este caso cabría la discusión de haberlo solucionado el caso por cirugía laparoscópica. Hemos preferido no habrir la cavidad abdominal y dejar la prótesis submuscular. Tampoco la hernioplastia necesitó la apertura del peritoneo. Si se hubiera hecho por laparoscopia la opción hubiera sido una TAP al mismo tiempo. La paciente fué alta al 2º día y no hay recidiva hasta hoy.

