

Eventración Subxifoidea

Separación anatómica de componentes modificada, de
Carbonell - Bonafé. Niveles 1 y 2.

Carlos J. Gómez Díaz

Unidad de Pared Abdominal
Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo



Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari

Caso Clínico

- Paciente varón de 64 años.
- Peso: 81 Kg.
- Talla: 180 cm.
- IMC: 25 Kg/m²
- ASA: 2



Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari

Antecedentes Médicos:

- Alergias: Ciprofloxacino, Gentamicina.
- HTA.
- EPOC moderado.

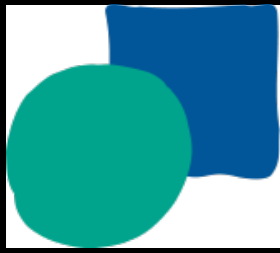
Antecedentes Quirúrgicos:

2012:

- Intervención quirúrgica por ulcus duodenal perforado a través de laparotomía media supraumbilical.
- Curso postoperatorio: múltiples colecciones intrabdominales que requieren drenajes percutáneos.

Consulta:

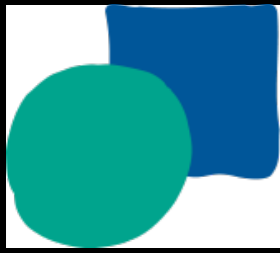
- El paciente acude a consultas externas por eventración de la laparotomía media.
- Necesita usar faja abdominal porque tiene limitación para su actividad laboral (taxista).



Exploración Clínica:

- Cicatriz de laparotomía media previa.





Exploración Clínica:

- **Eventración**
M 1-3
W 3 (10 cm.)
Longitud: 15 cm.



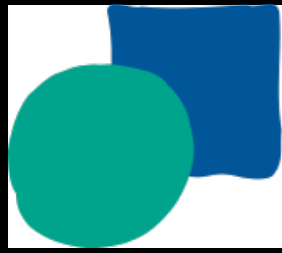
Valoración preoperatoria:

- Analítica sanguínea, Electrocardiograma, y Radiografía de Tórax: sin alteraciones significativas.

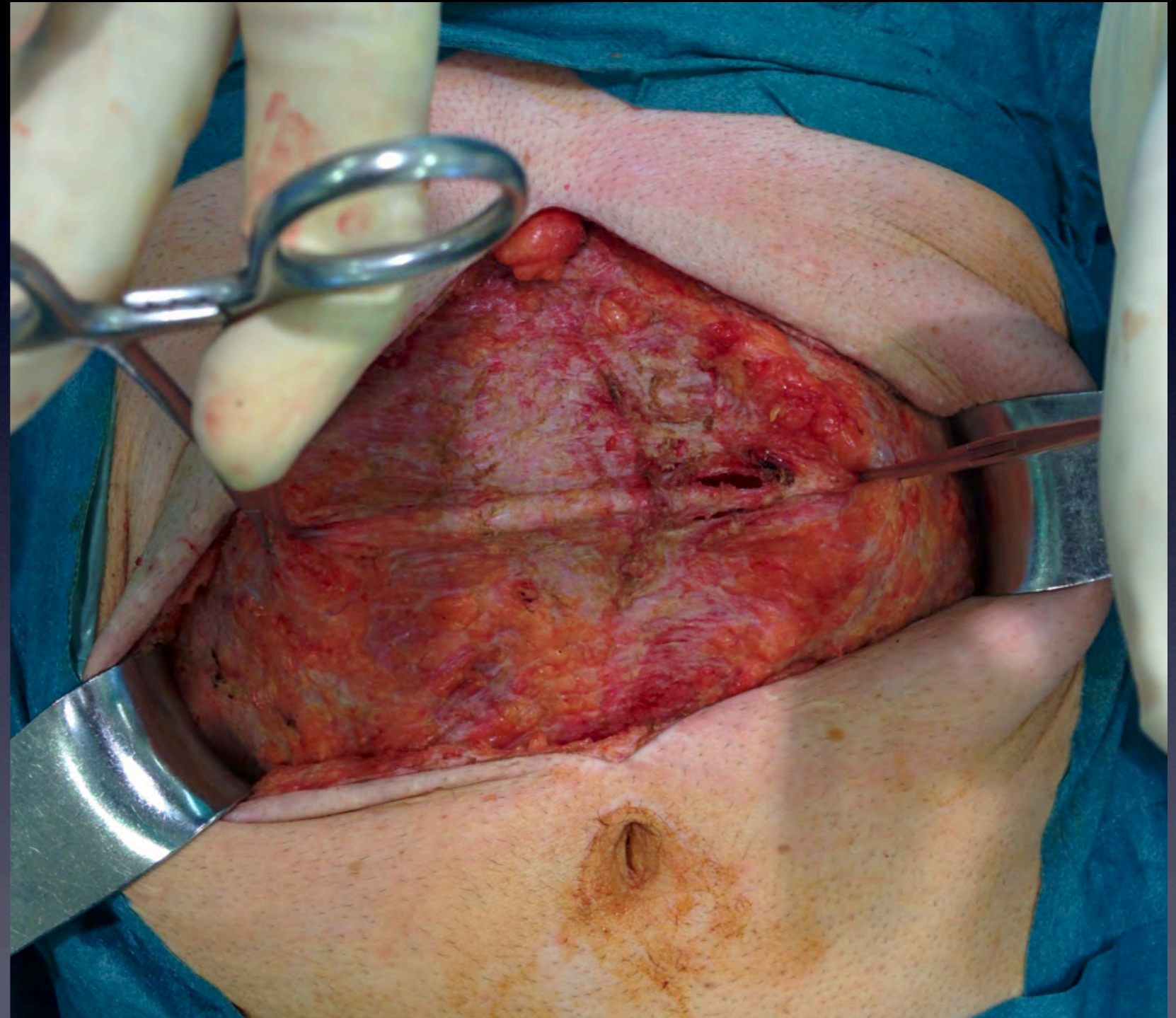
Intervención Quirúrgica:

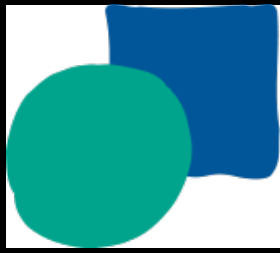
- Técnica:

Separación anatómica de componentes, modificada de Carbonell-Bonafé. Niveles 1 y 2.

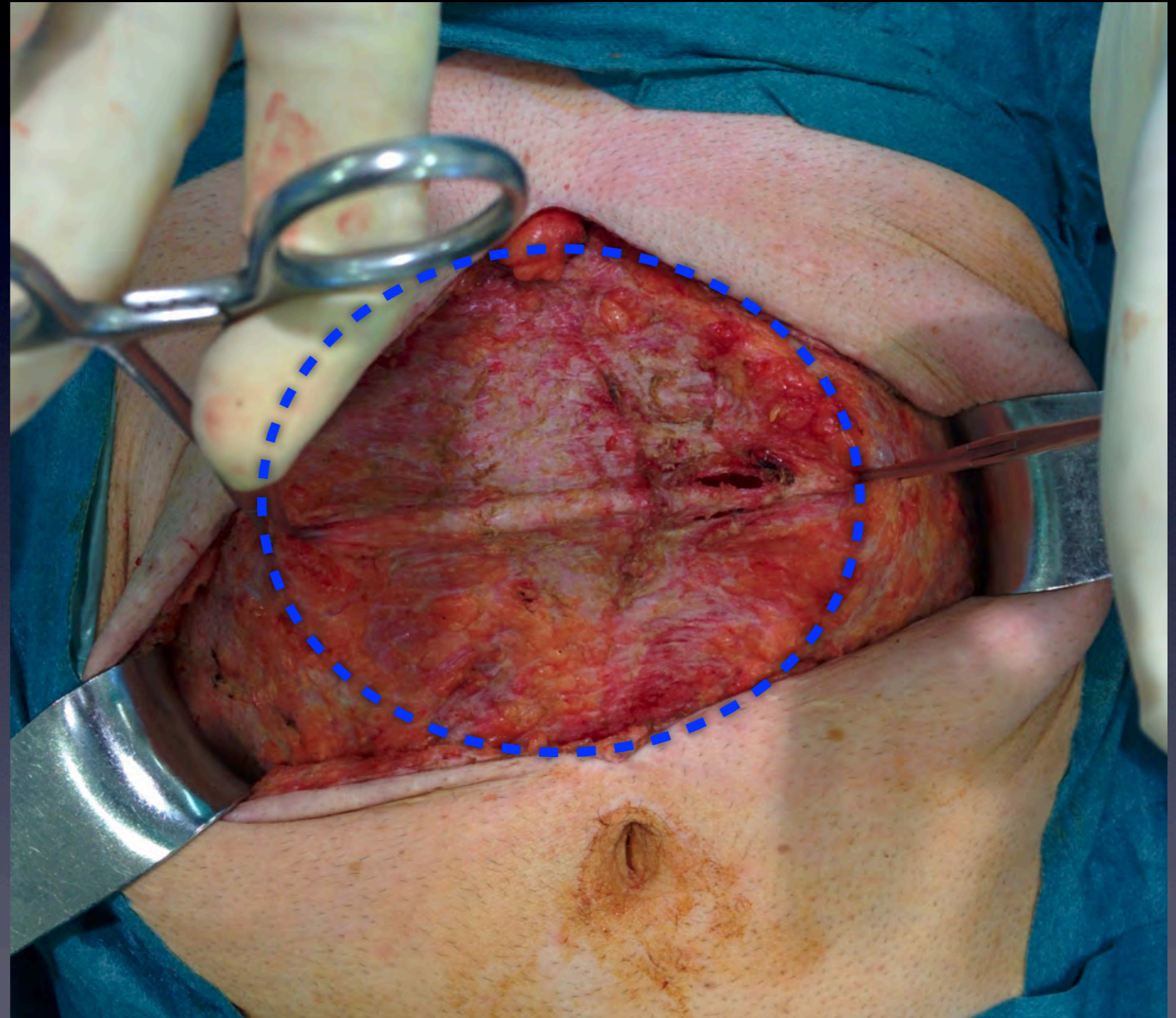


**Dissección del
saco de
eventración.**



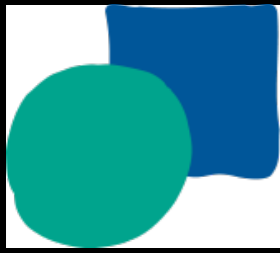


**Dissección del
saco de
eventración.**

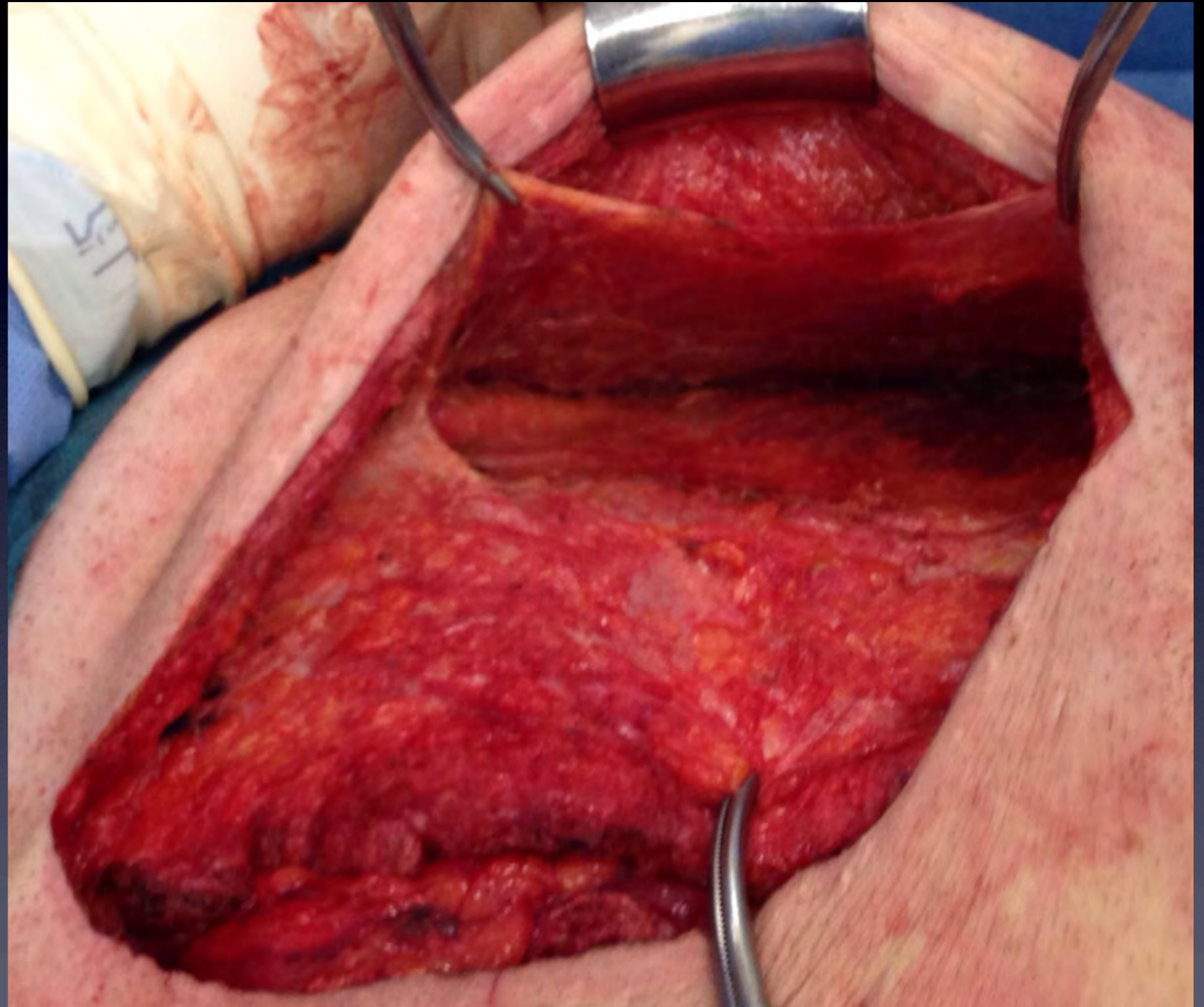


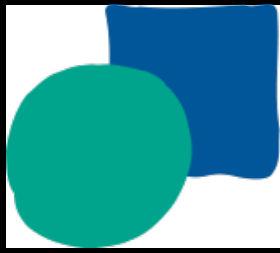
Intervención Quirúrgica:

- Apertura del saco de eventración y lisis de las adherencias intrabdominales.

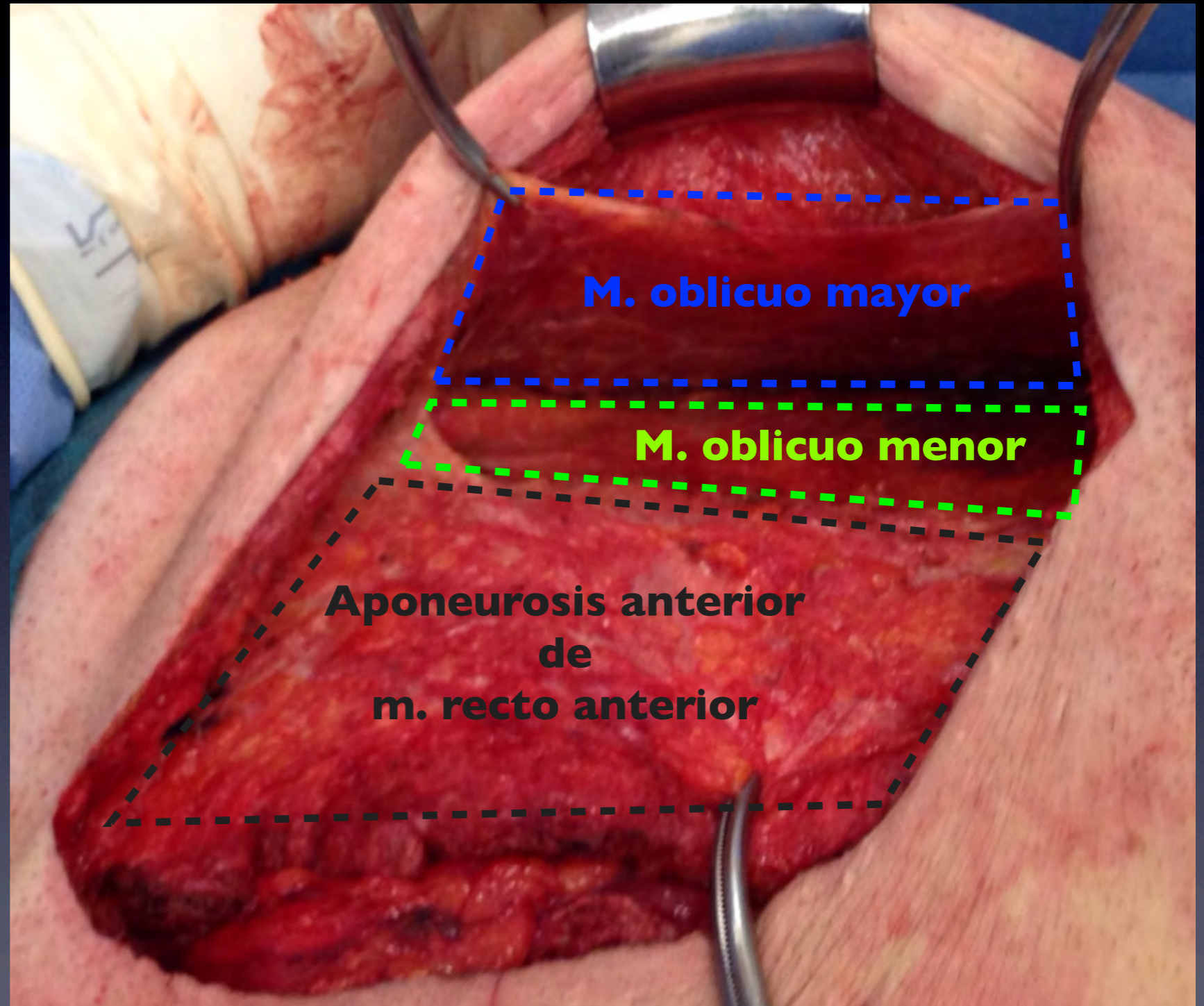


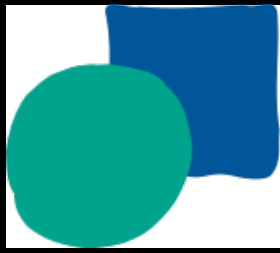
Desinserción de
ambos músculos
oblicuos
mayores a nivel
de la línea
semilunar.



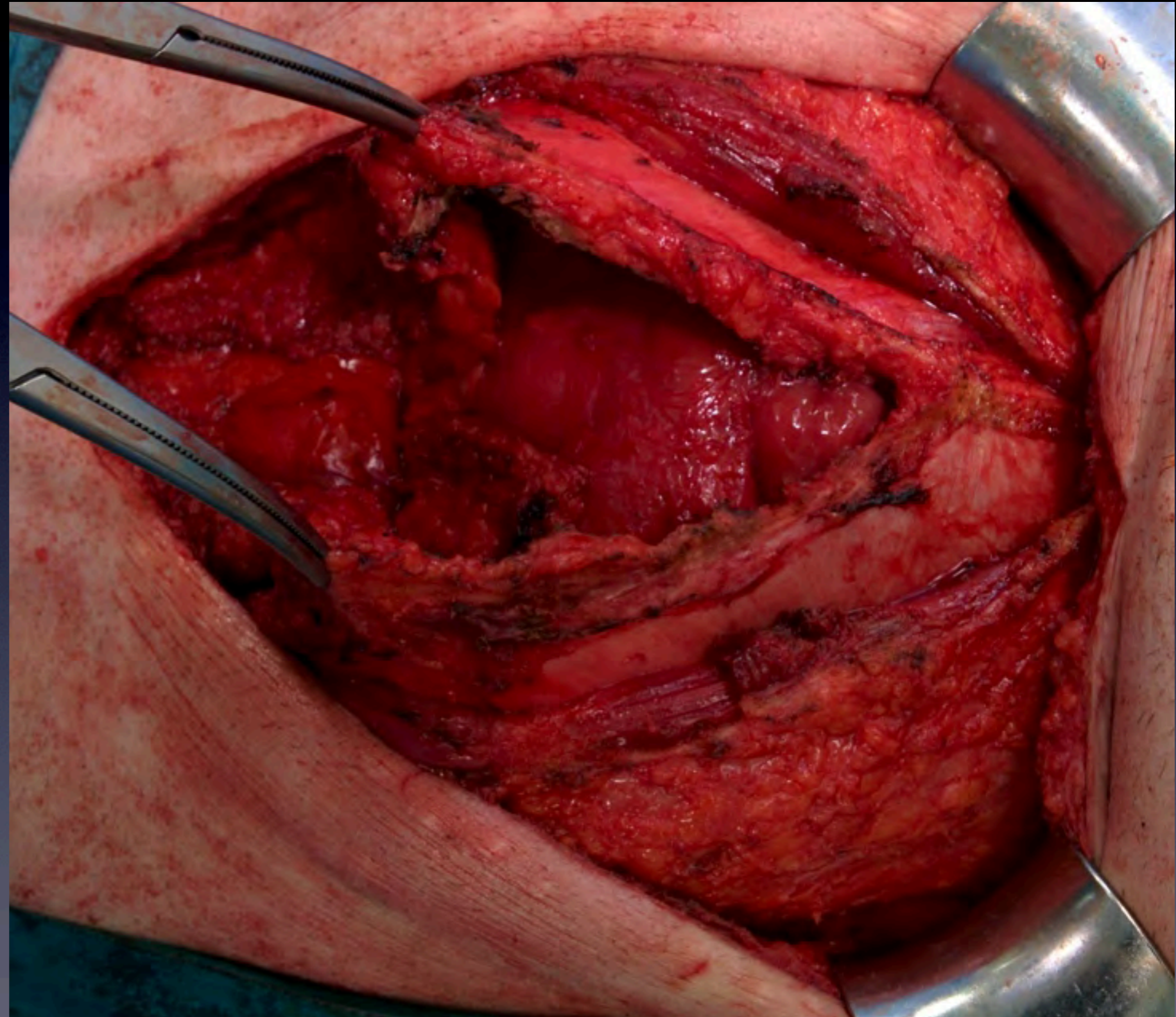


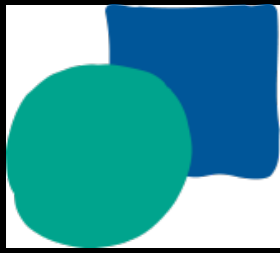
Desinserción de
ambos músculos
oblicuos
mayores a nivel
de la línea
semilunar.



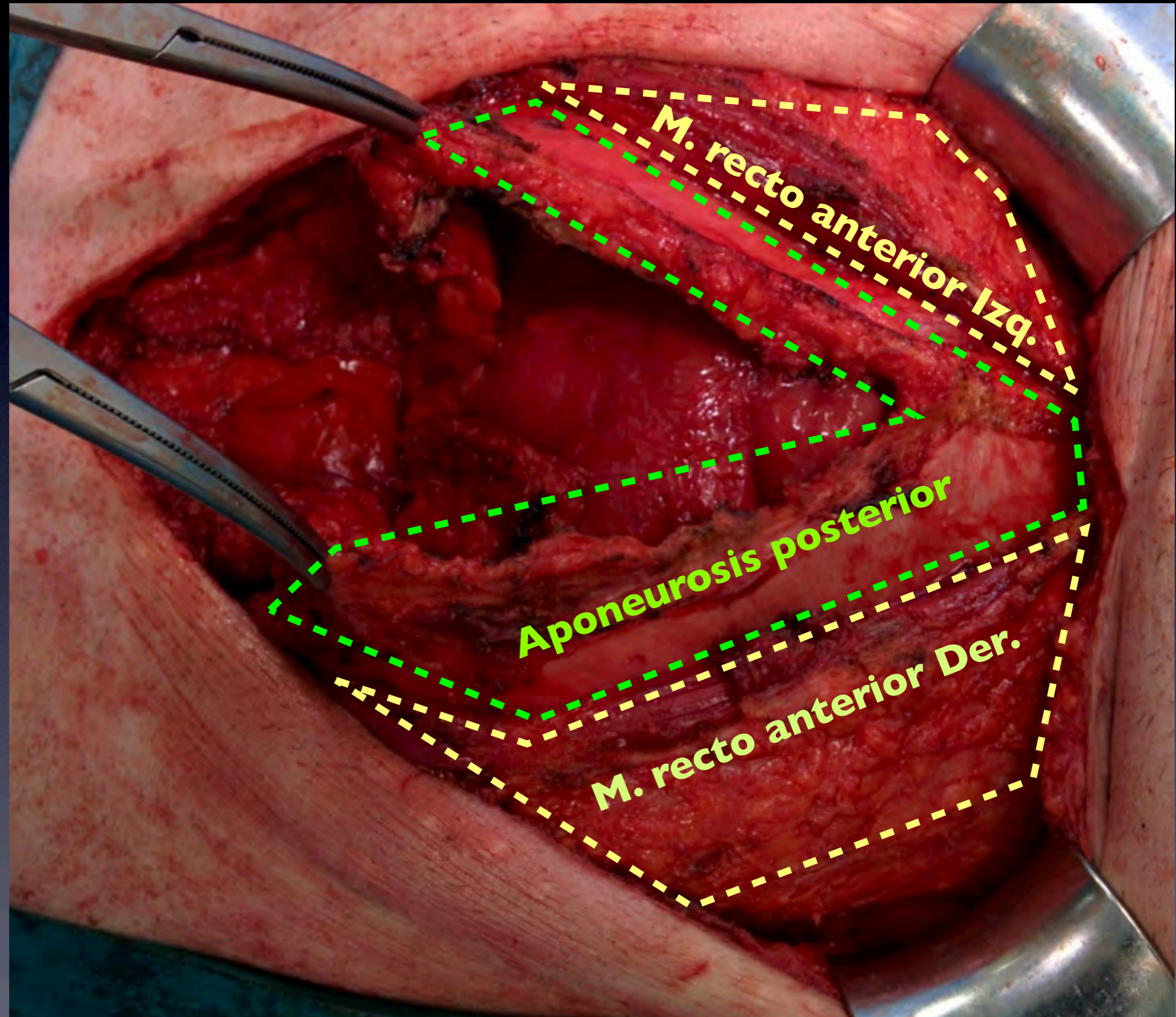


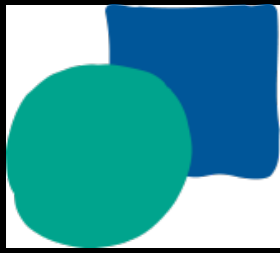
Liberación de la
aponeurosis
posterior de los
m. rectos
anteriores.





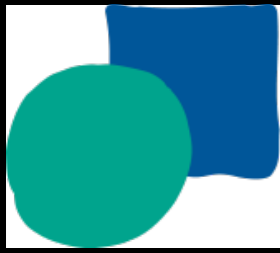
Liberación de la aponeurosis posterior de los m. rectos anteriores.



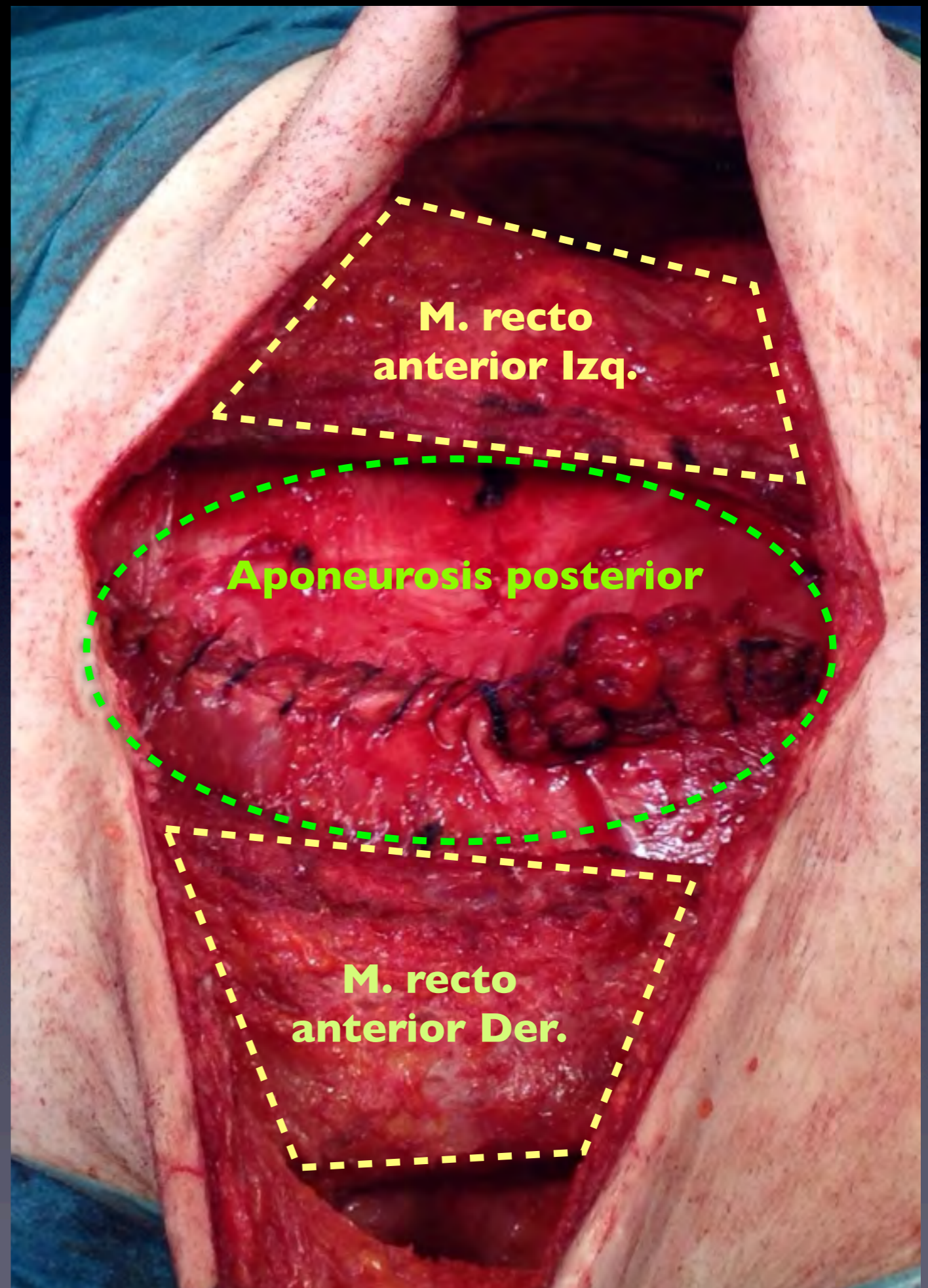


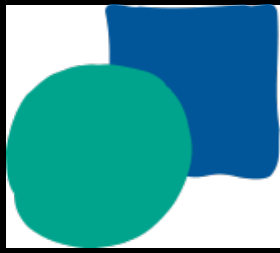
Cierre de la
aponeurosis
posterior con 2
contínuas de PDS
doble loop 1



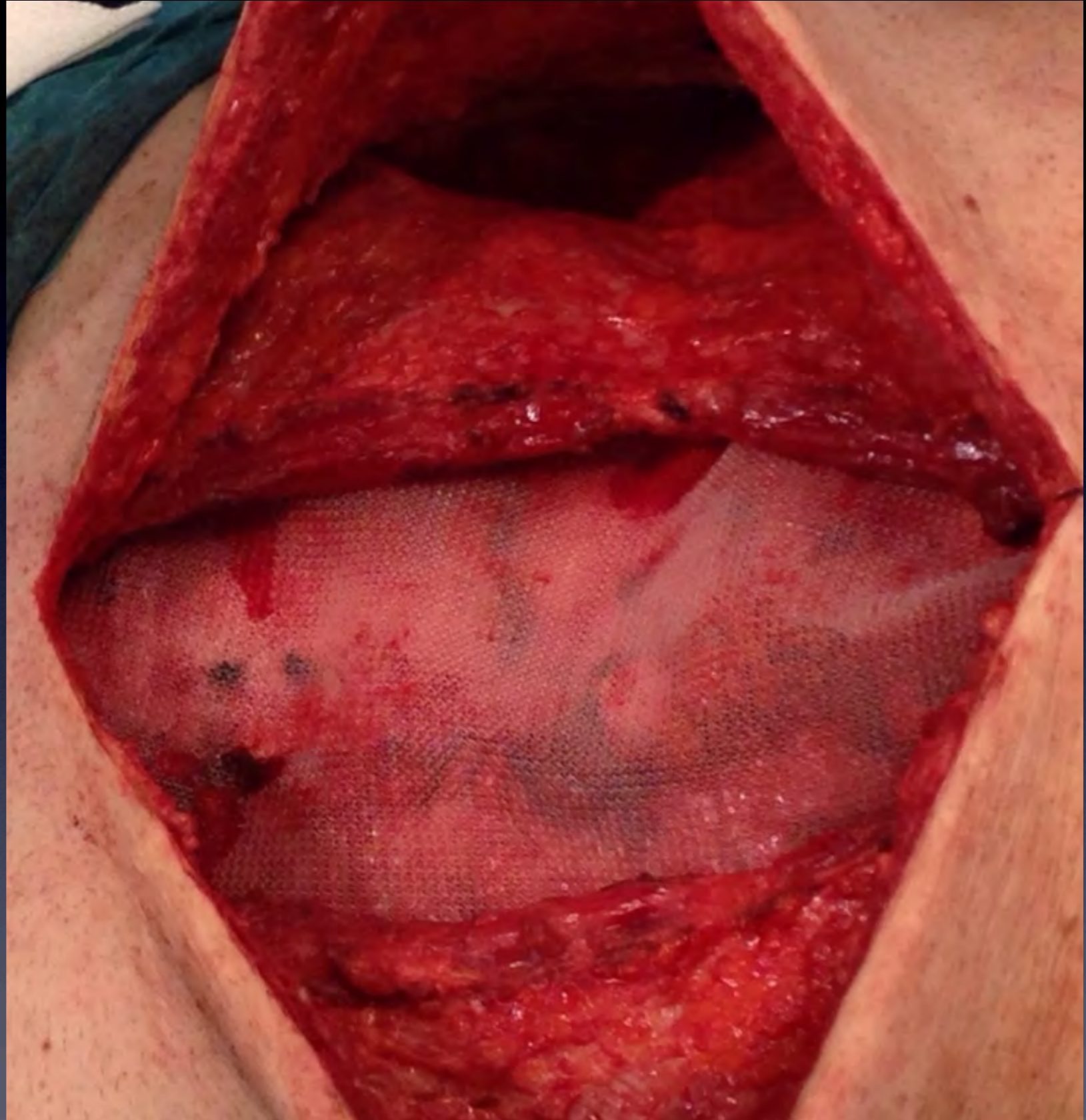


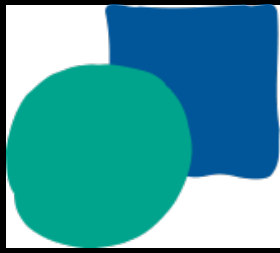
Cierre de la
aponeurosis
posterior con 2
contínuas de PDS
doble loop 1



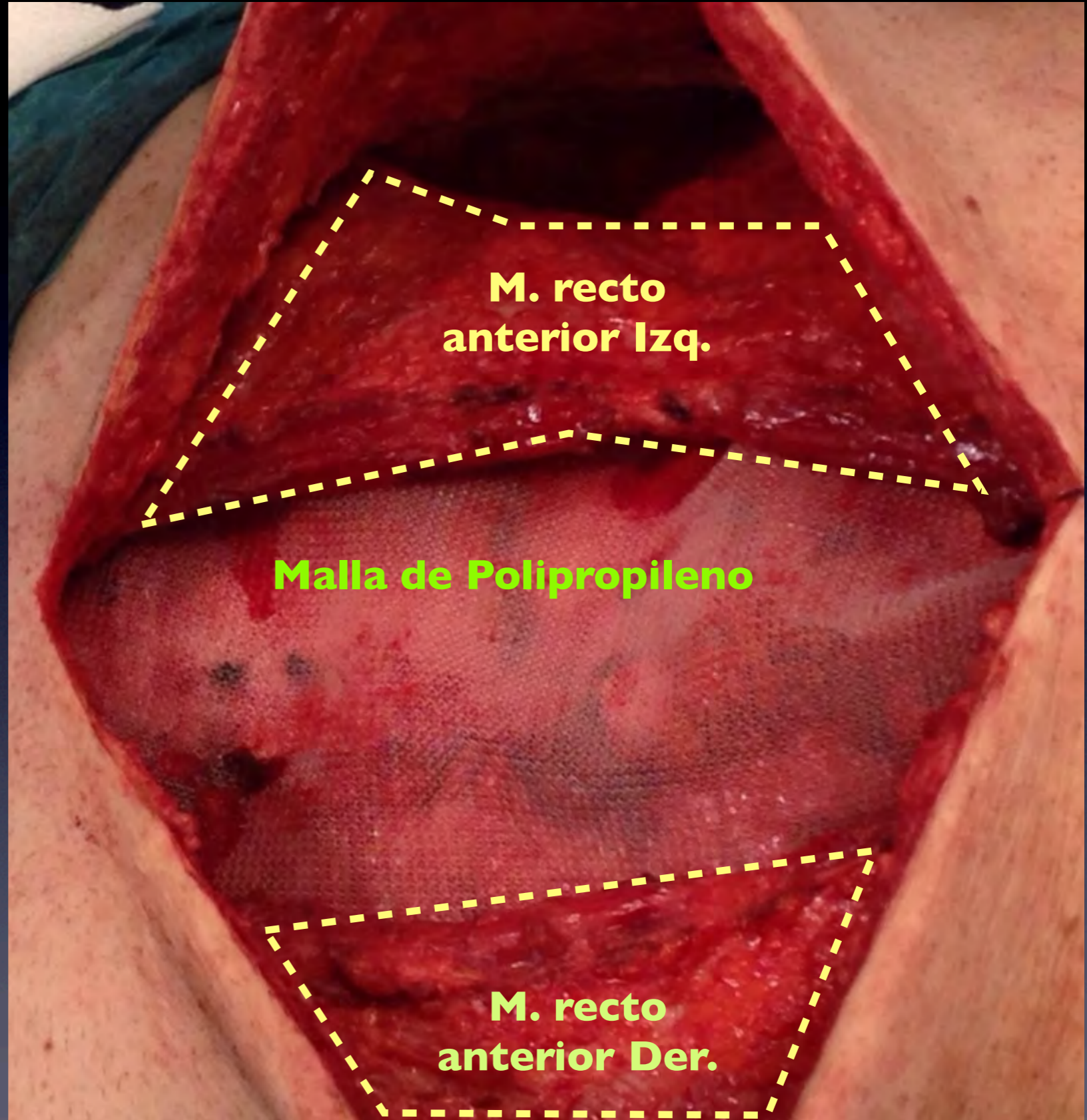


Colocación de
malla de
Polipropileno
retromuscular



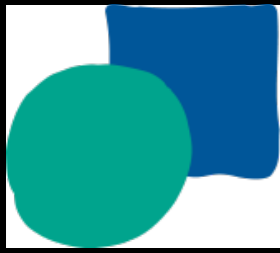


Colocación de malla de Polipropileno retromuscular

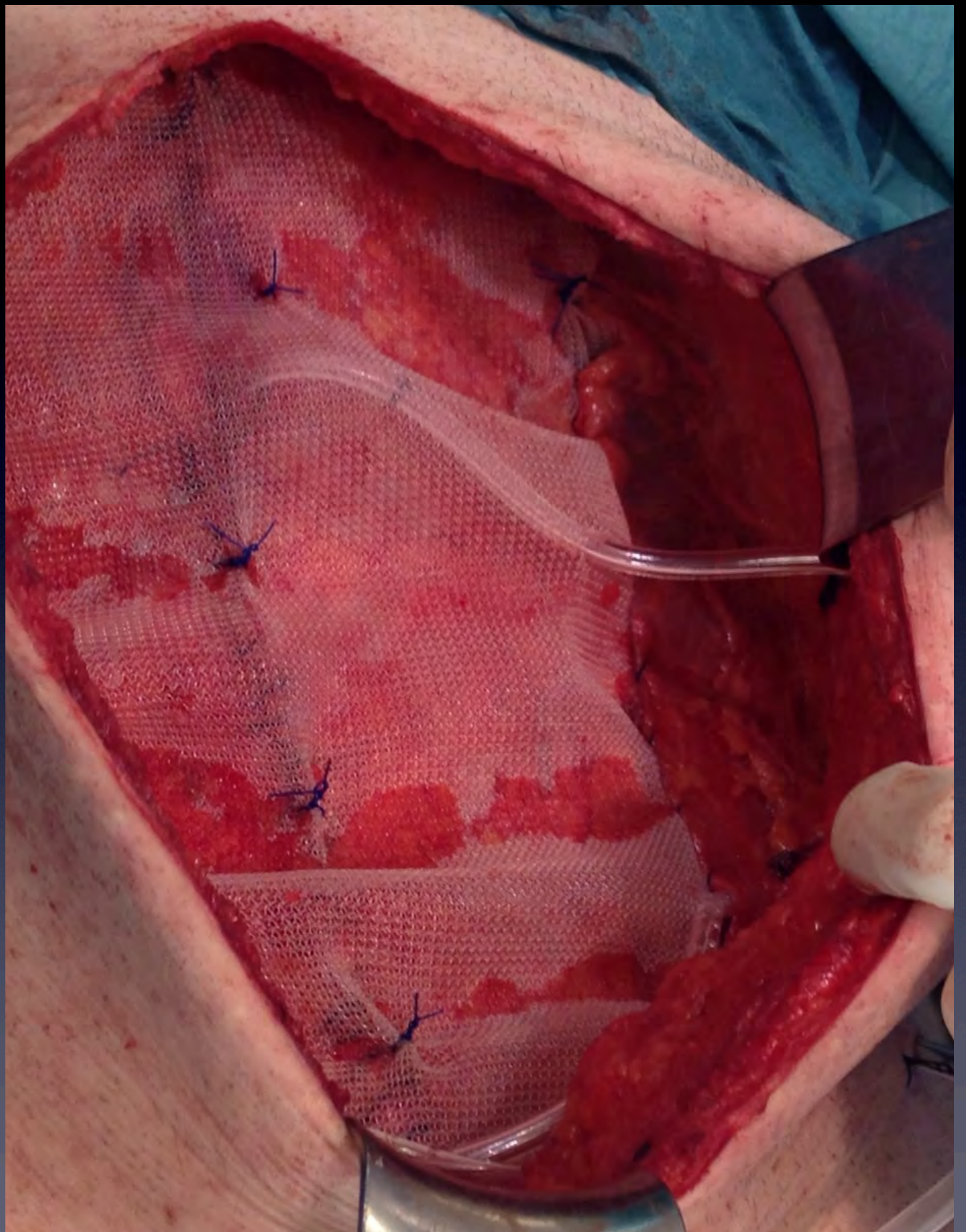


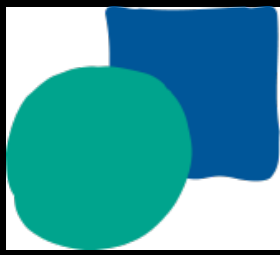
Intervención Quirúrgica:

- Aproximación sin tensión de la aponeurosis anterior de los m. rectos anteriores con 2 contínuas de PDS doble loop 1, a nivel de mitad inferior y parte superior de la laparotomía. Dejando abierta una zona de aprox. 5 cm entre ambas suturas, para evitar cierre a tensión.

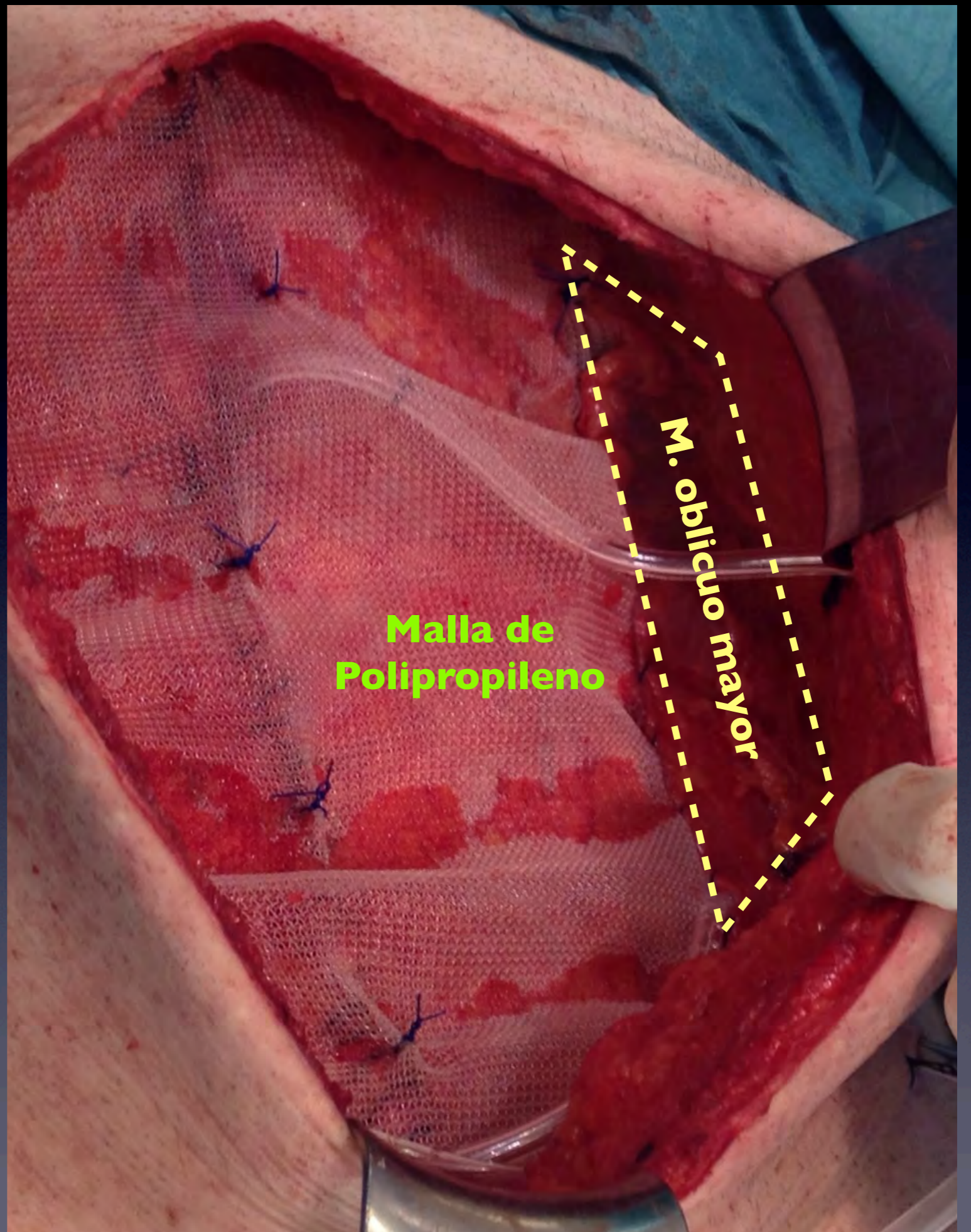


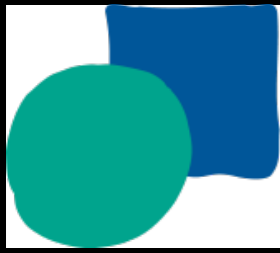
Colocación de malla de Polipropileno supraponeurótica en el centro y submuscular en los laterales, por debajo de los m. oblicuos mayores, con reinserción de los mismos, mediante suturas continuas de prolene 2/0.



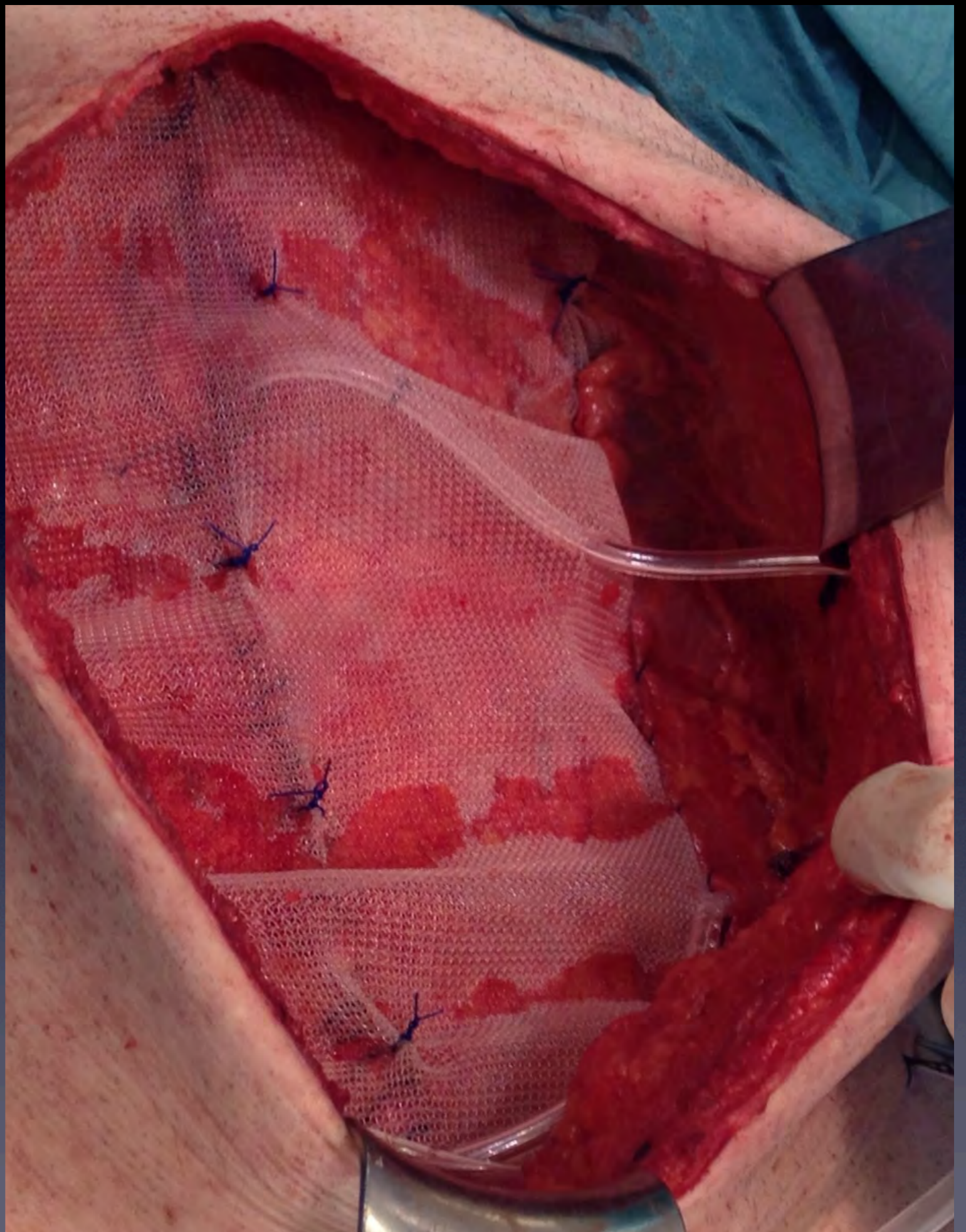


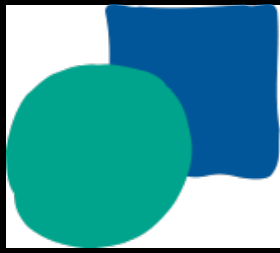
Colocación de malla de Polipropileno supraponeurótica en el centro y submuscular en los laterales, por debajo de los m. oblicuos mayores, con reinserción de los mismos, mediante suturas continuas de prolene 2/0.



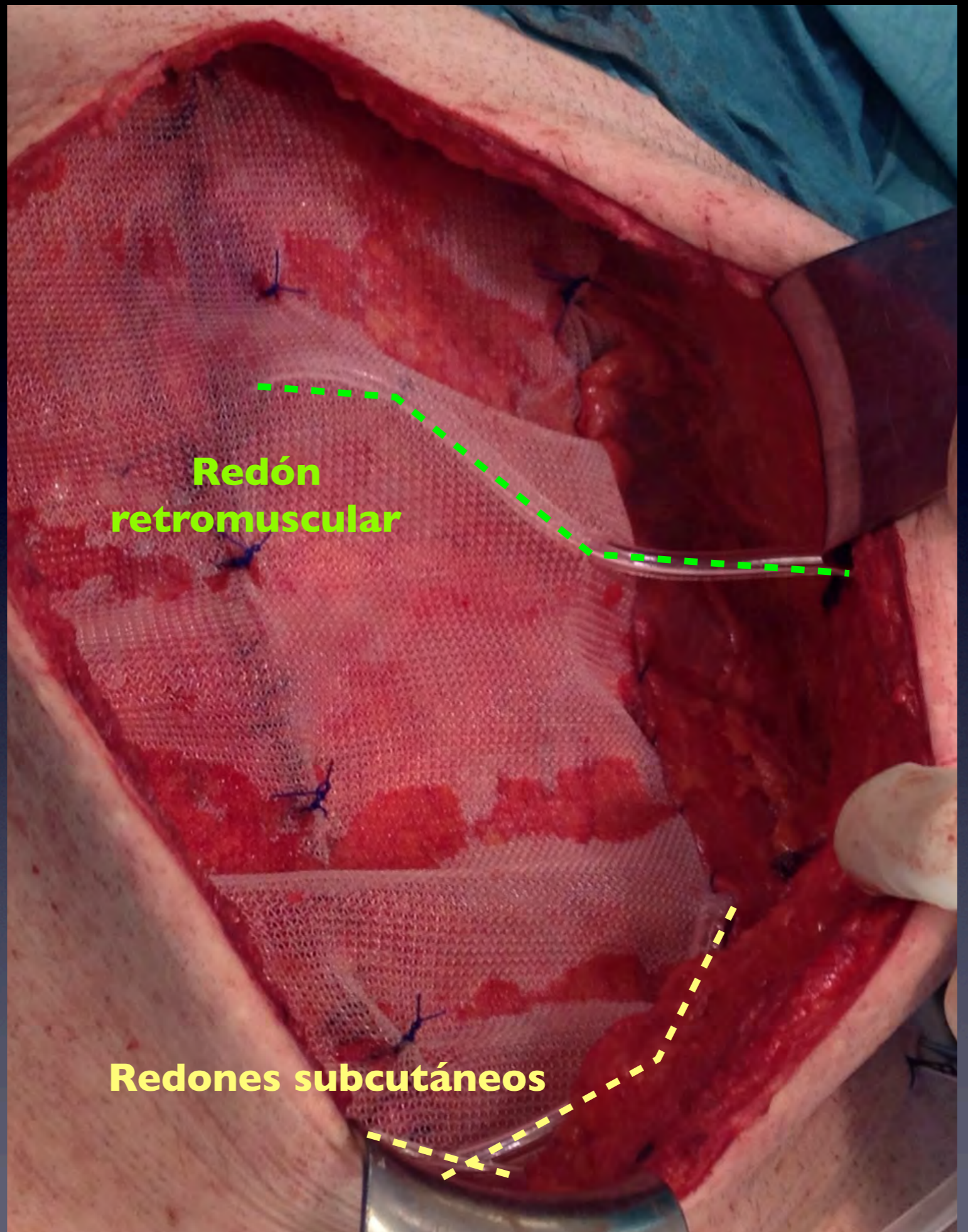


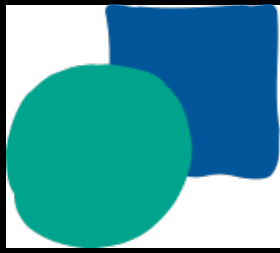
Drenajes de redón a nivel retromuscular (1) y subcutáneo (2).





Drenajes de redón a nivel retromuscular (1) y subcutáneo (2).





- Aproximación de tejido celular subcutáneo con vicryl 2/0.
- Cierre de piel con grapas.



Evolución clínica:

- Buena tolerancia oral. No hematomas. No necrosis cutánea.
- Alta hospitalaria al 4^{to} día postoperatorio, con drenaje de redón subcutáneo (débito: 100cc serohemático)
- Control por Servicio de atención domiciliaria.

Unidad de Pared Abdominal
Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo



Parc Taulí Sabadell
Hospital Universitari