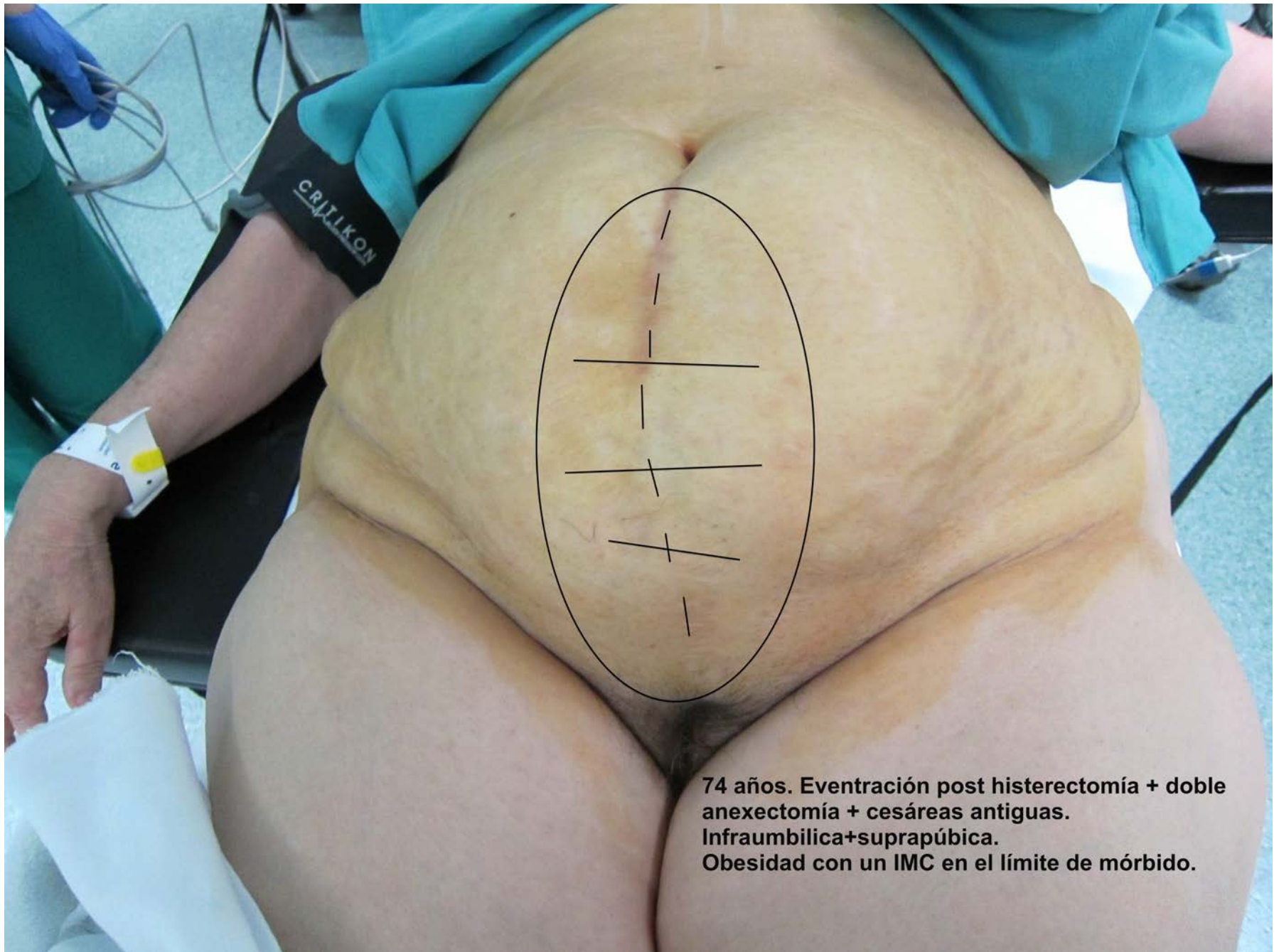


**Eventración M4 M5 W3
Infraumbilical–Suprapúbica
“Técnica de Stoppa modificada + SAC
Carbonell-Bonafé (dos niveles)
IPOM + CICAT**

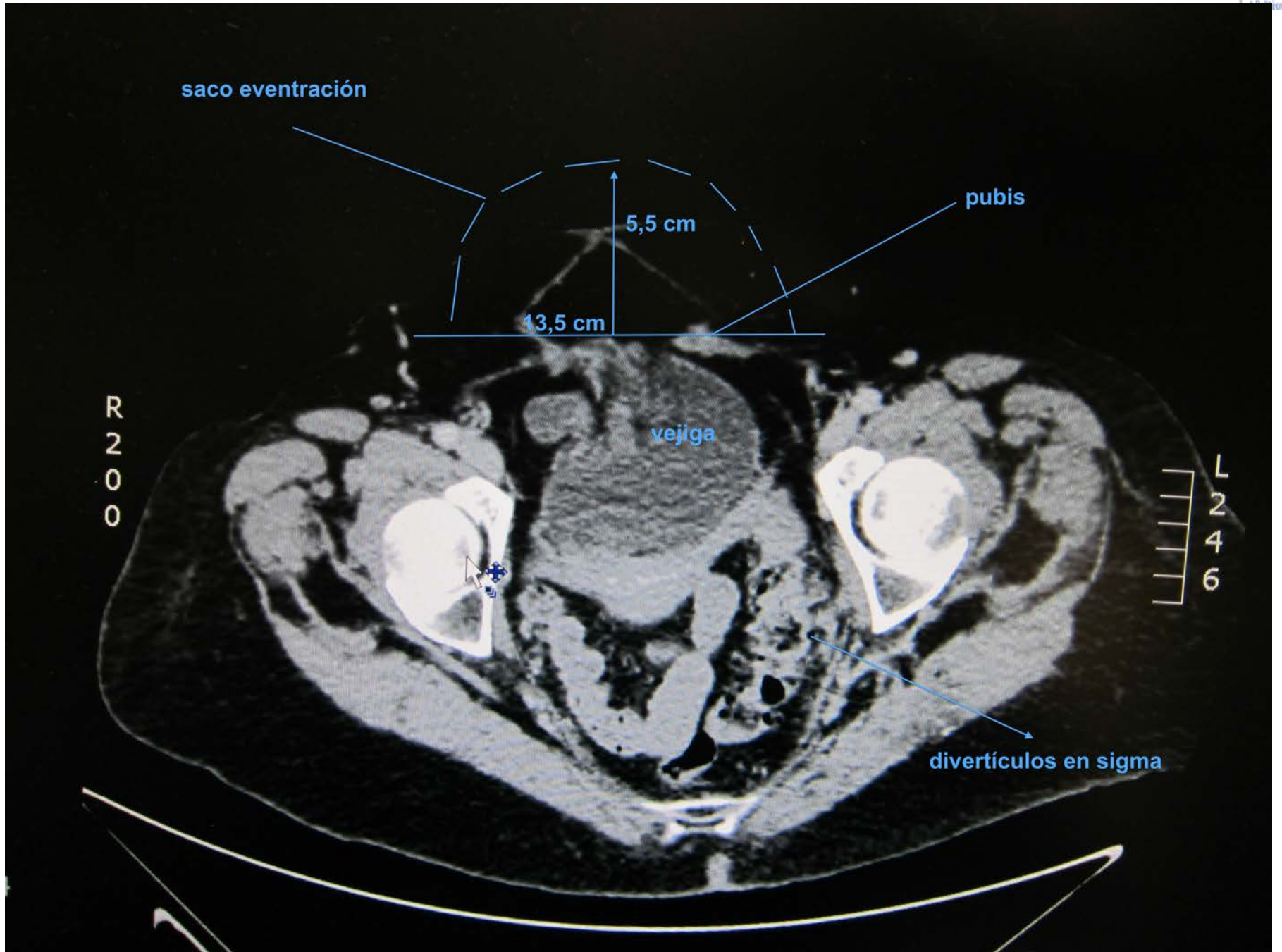
Fernando Carbonell Tatay
2012

Unidad de Cirugía de Pared

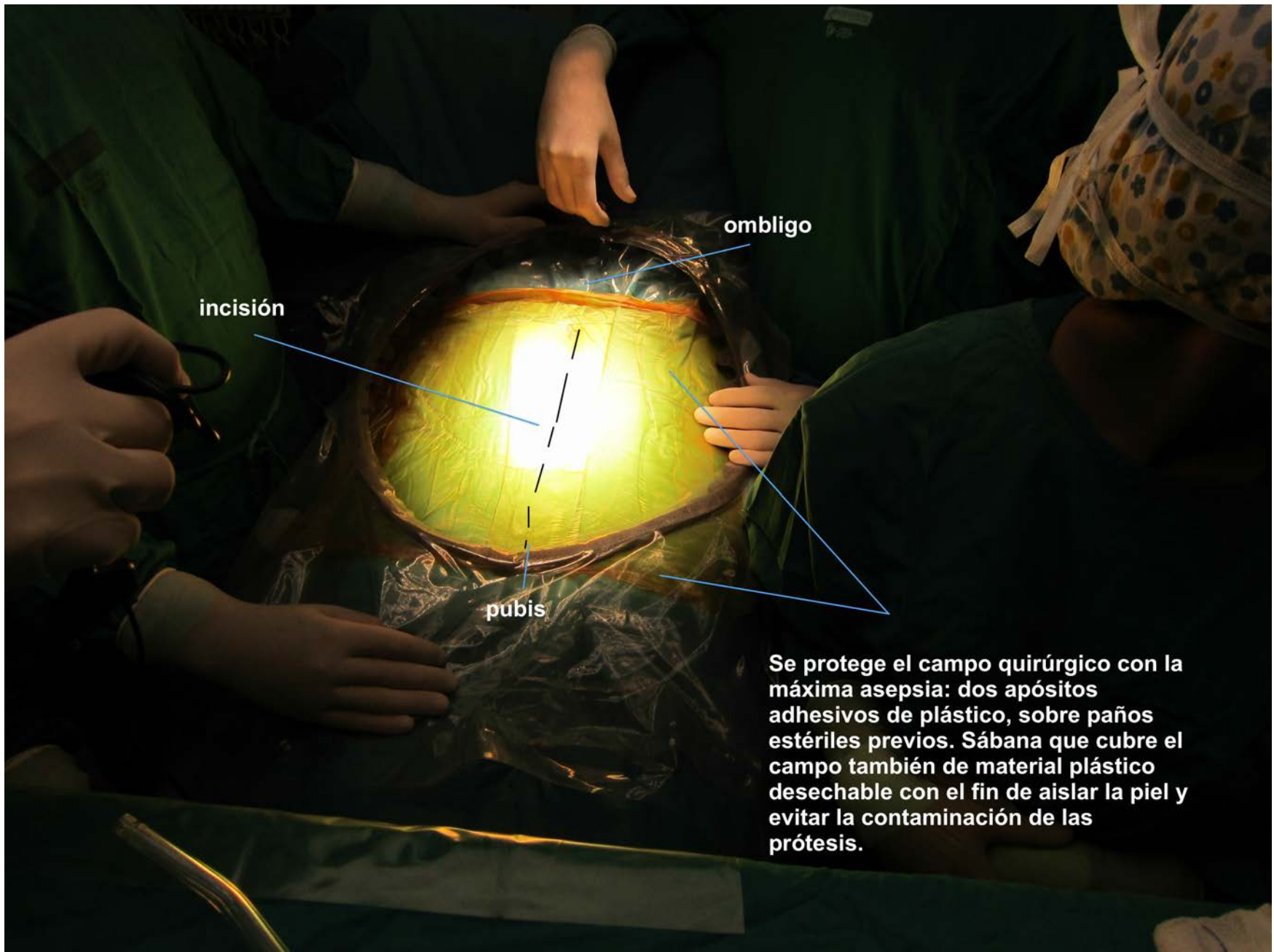
LaFe
Hospital
Universitari
i Politècnic



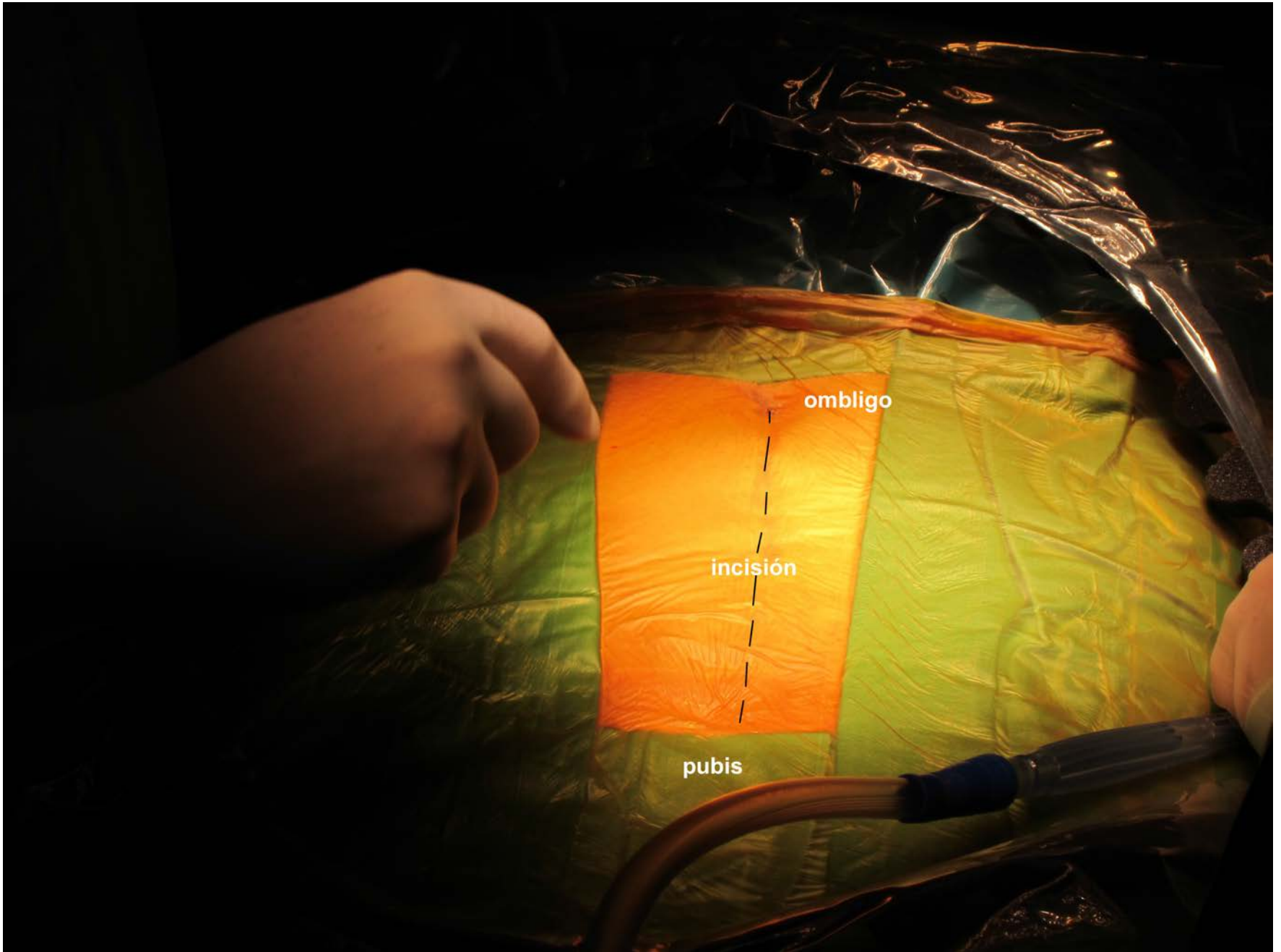
74 años. Eventración post histerectomía + doble anexectomía + cesáreas antiguas. Infraumbilica+suprapúbica. Obesidad con un IMC en el límite de mórbido.

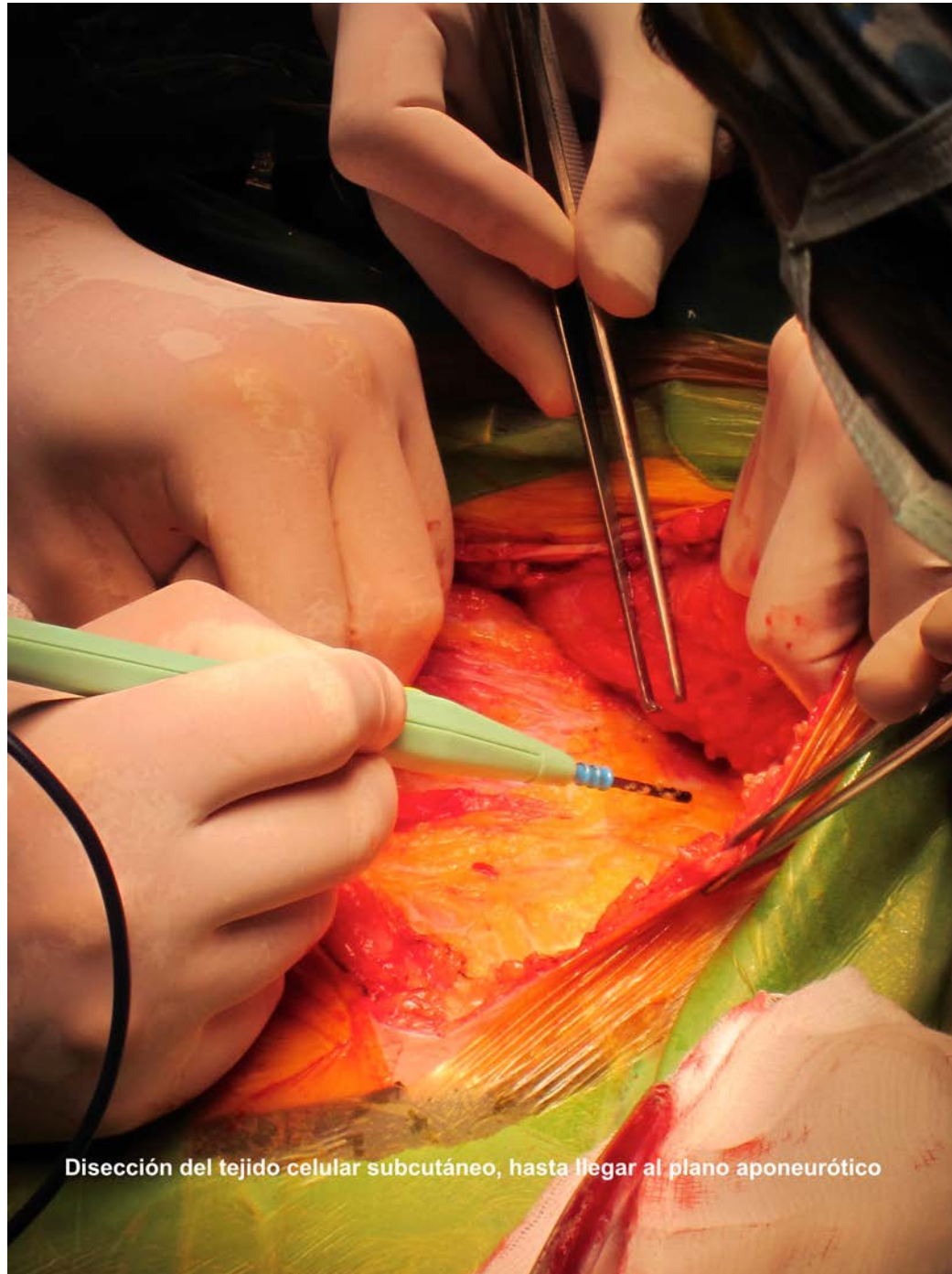




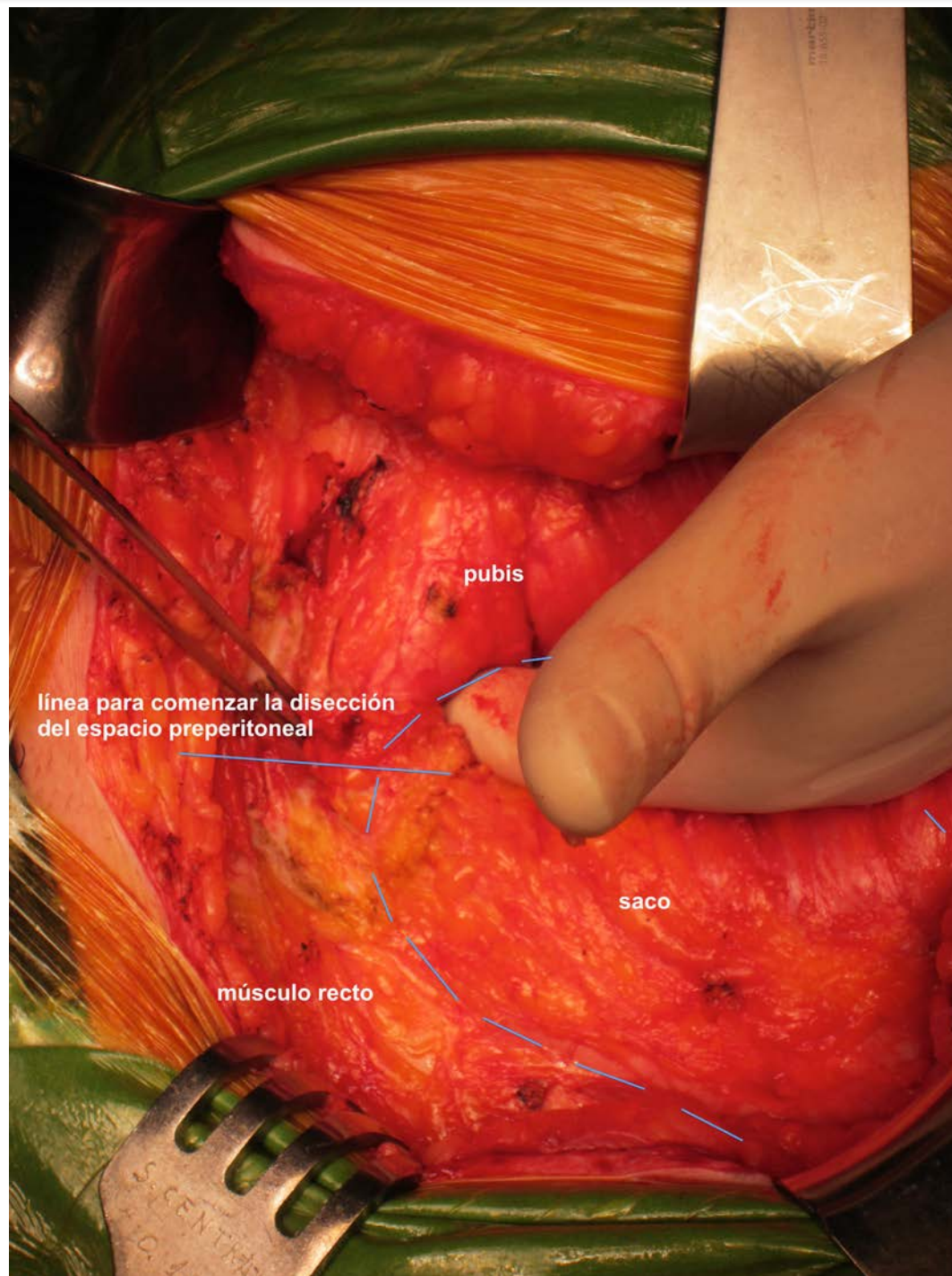


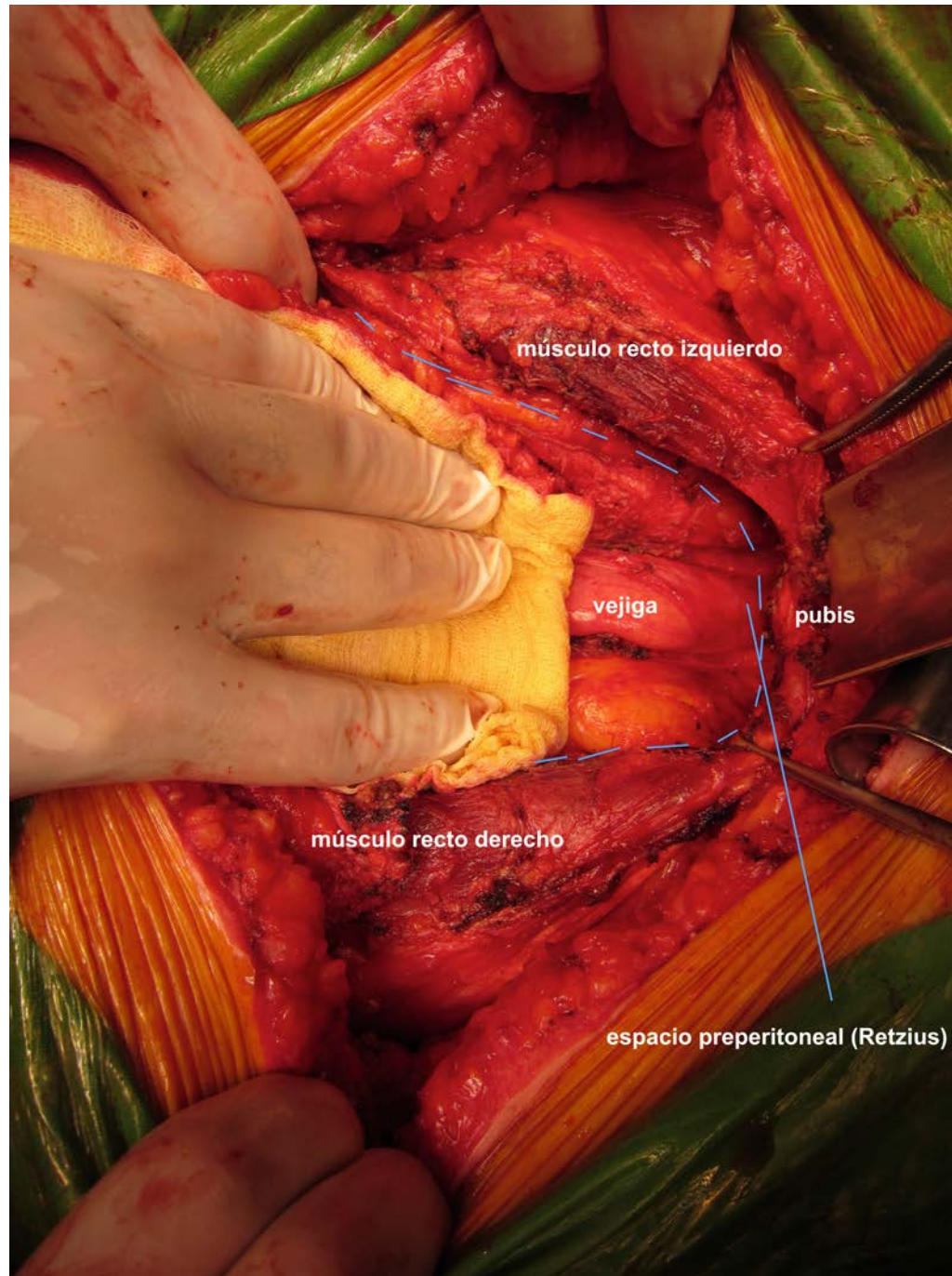
Se protege el campo quirúrgico con la máxima asepsia: dos apósitos adhesivos de plástico, sobre paños estériles previos. Sábana que cubre el campo también de material plástico desechable con el fin de aislar la piel y evitar la contaminación de las prótesis.





Dissección del tejido celular subcutáneo, hasta llegar al plano aponeurótico









músculos rectos

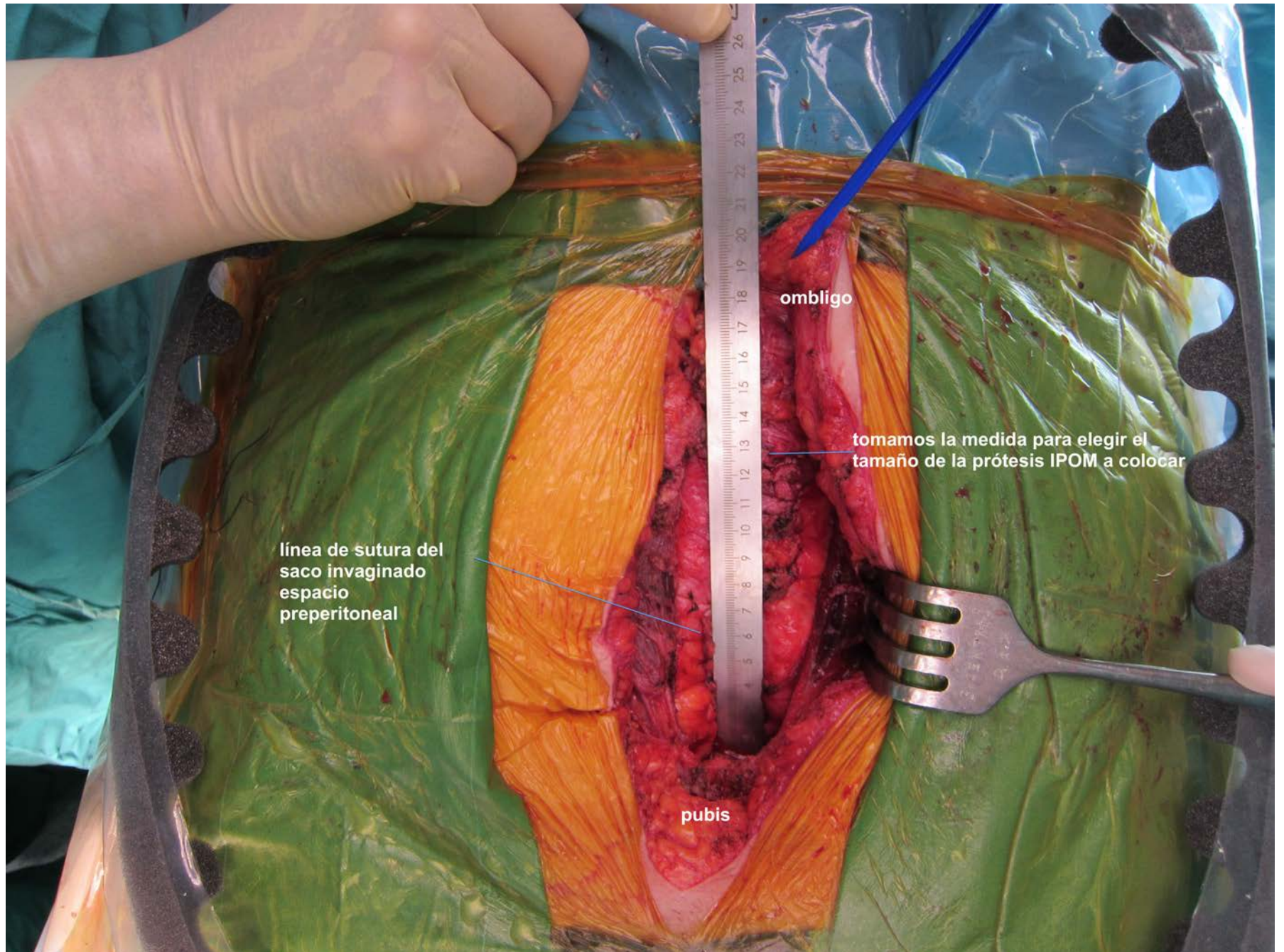
ligamentos de Cooper

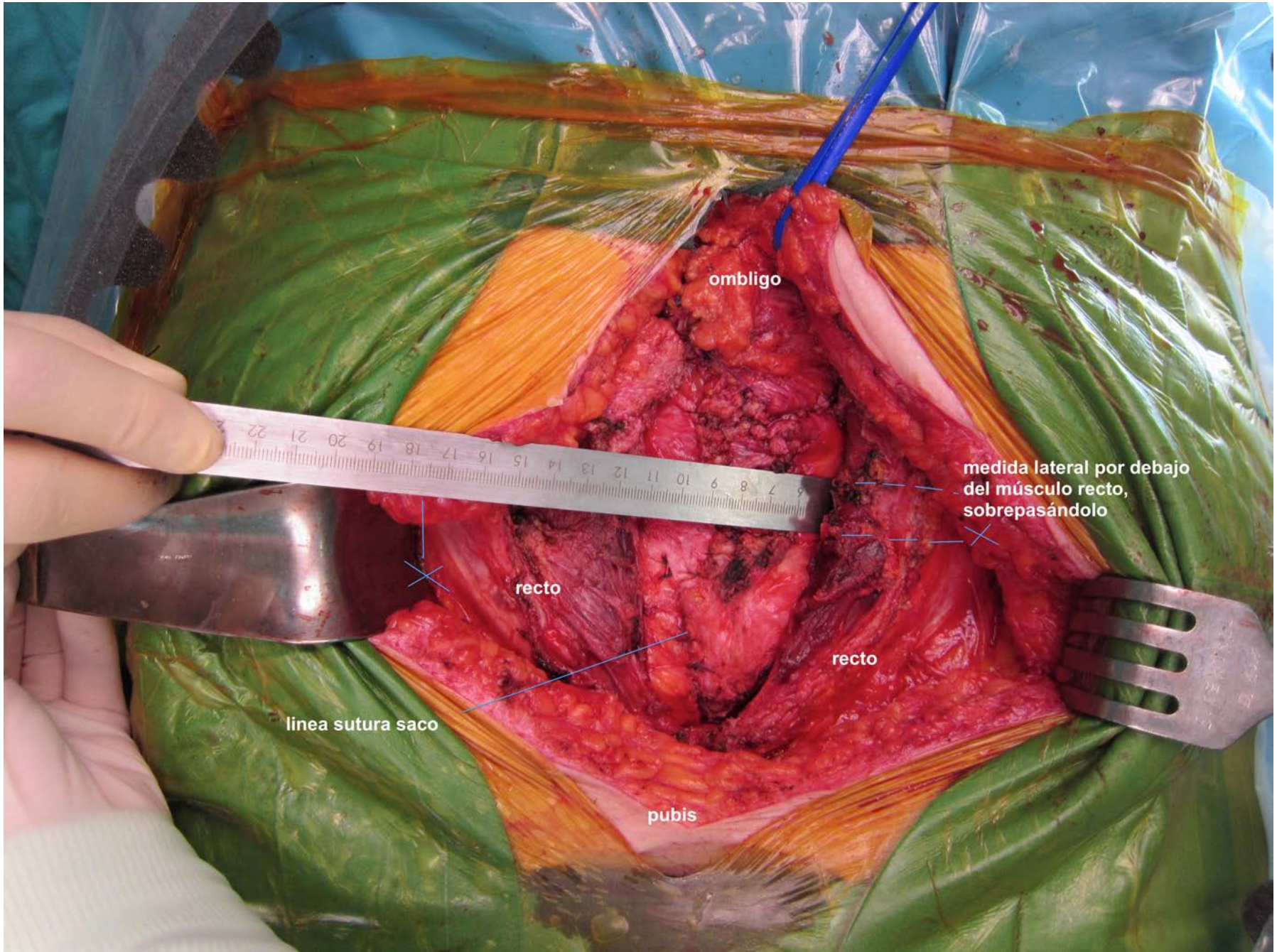
saco y vejiga

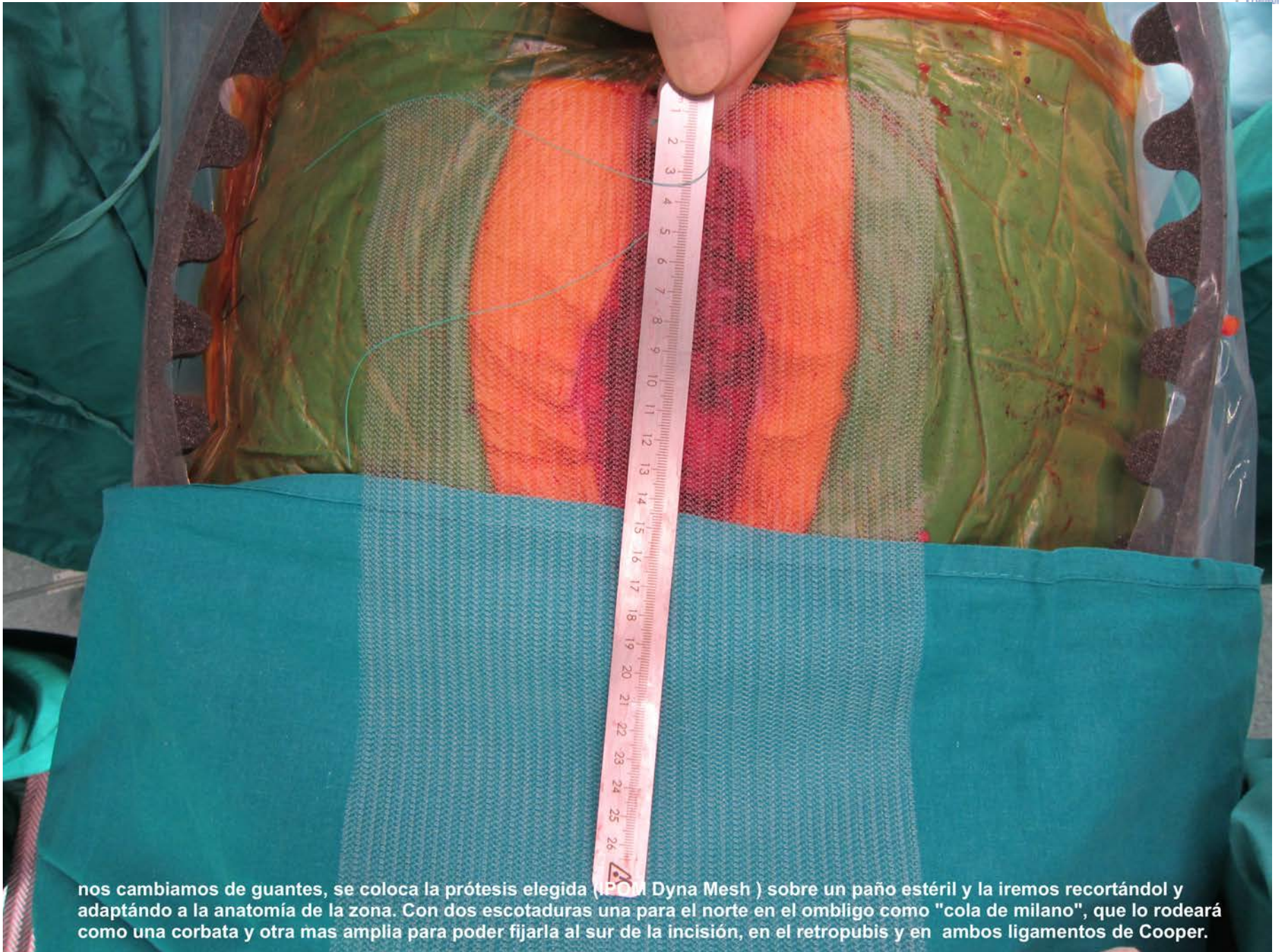
espacio preperitoneal



Hacemos una sutura invaginante, continua del saco, teniendo sumo cuidado de no perforar la vejiga. Podemos hacerla con material monofilar y reabsorbible

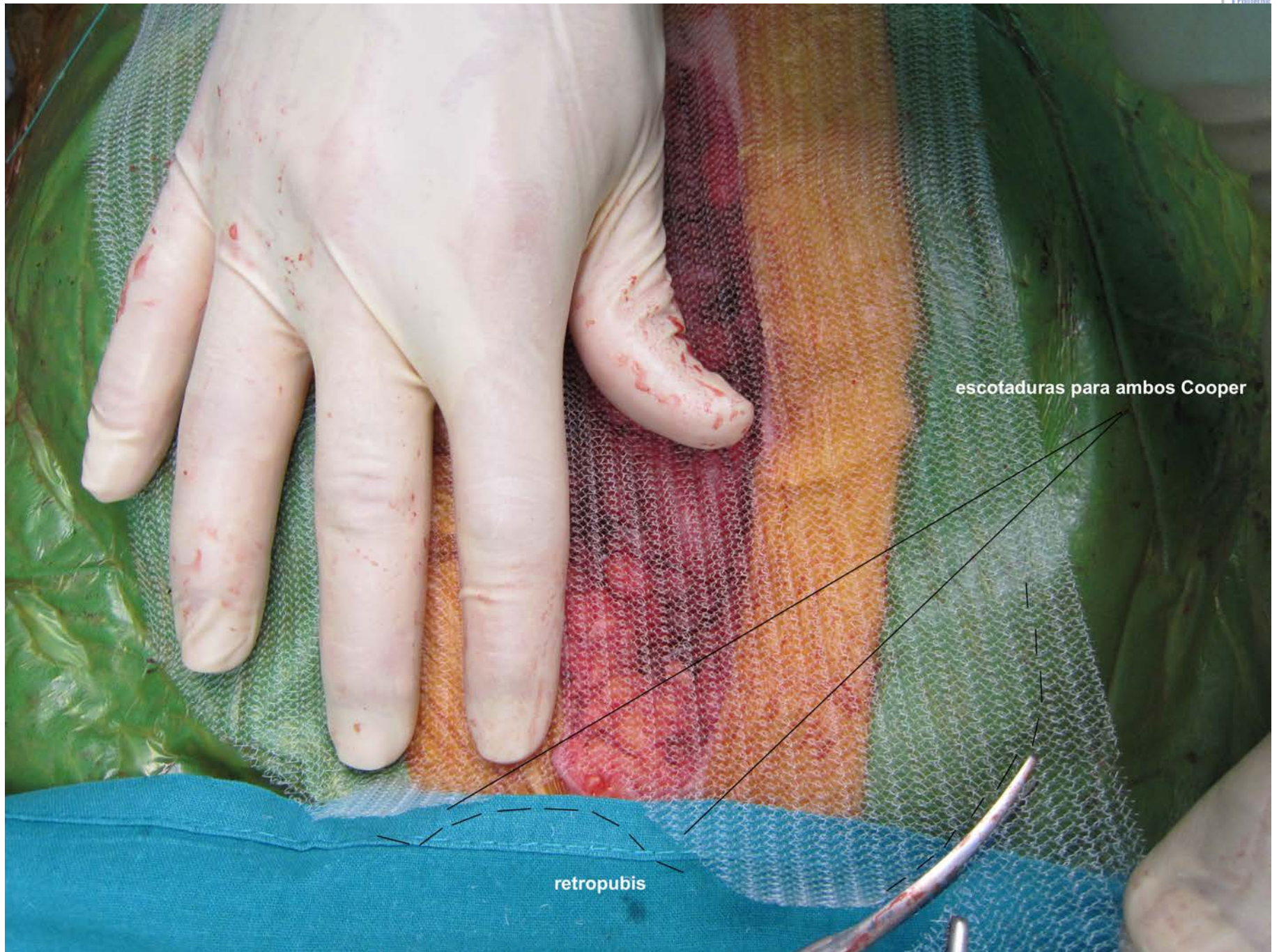






nos cambiamos de guantes, se coloca la prótesis elegida (POM Dyna Mesh) sobre un paño estéril y la iremos recortándol y adaptándol a la anatomía de la zona. Con dos escotaduras una para el norte en el ombligo como "cola de milano", que lo rodeará como una corbata y otra mas amplia para poder fijarla al sur de la incisión, en el retropubis y en ambos ligamentos de Cooper.





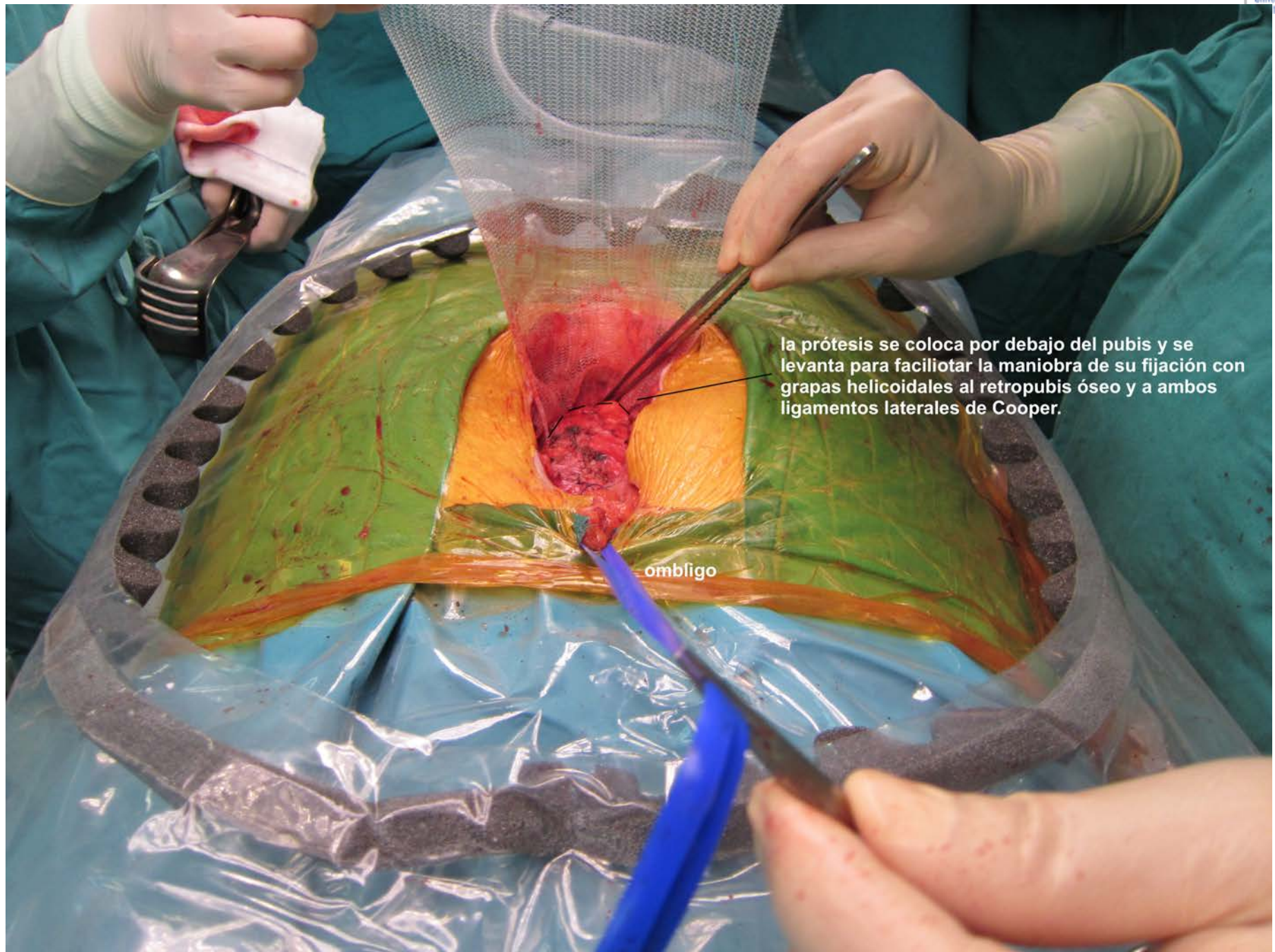
escofaduras para ambos Cooper

retropubis



pubis

la prótesis es colocada por debajo del pubis y de ambos músculos rectos lateralmente, abierta como en "alas de mariposa".



la prótesis se coloca por debajo del pubis y se levanta para facilitar la maniobra de su fijación con grapas helicoidales al retropubis óseo y a ambos ligamentos laterales de Cooper.

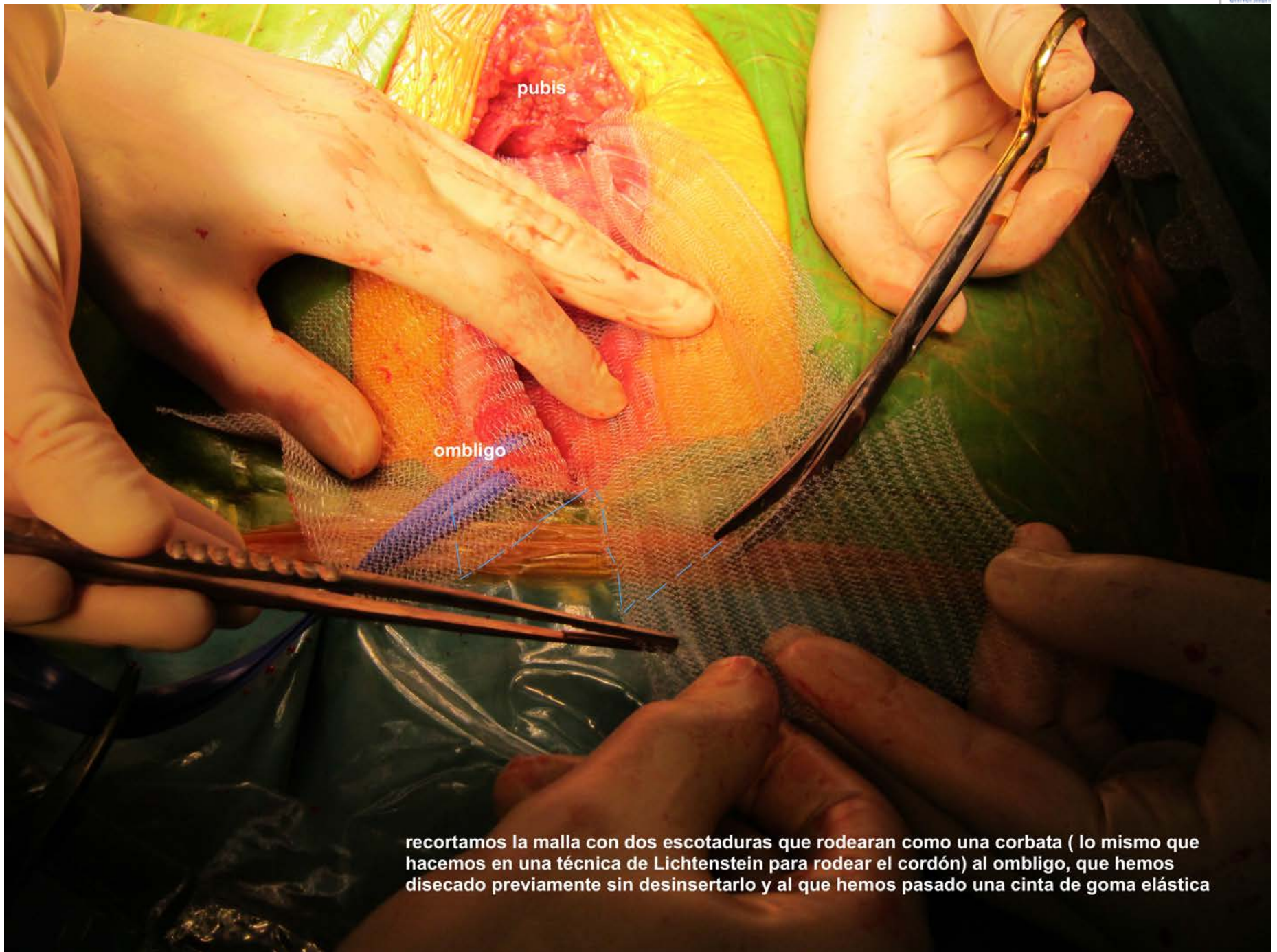
ombbligo



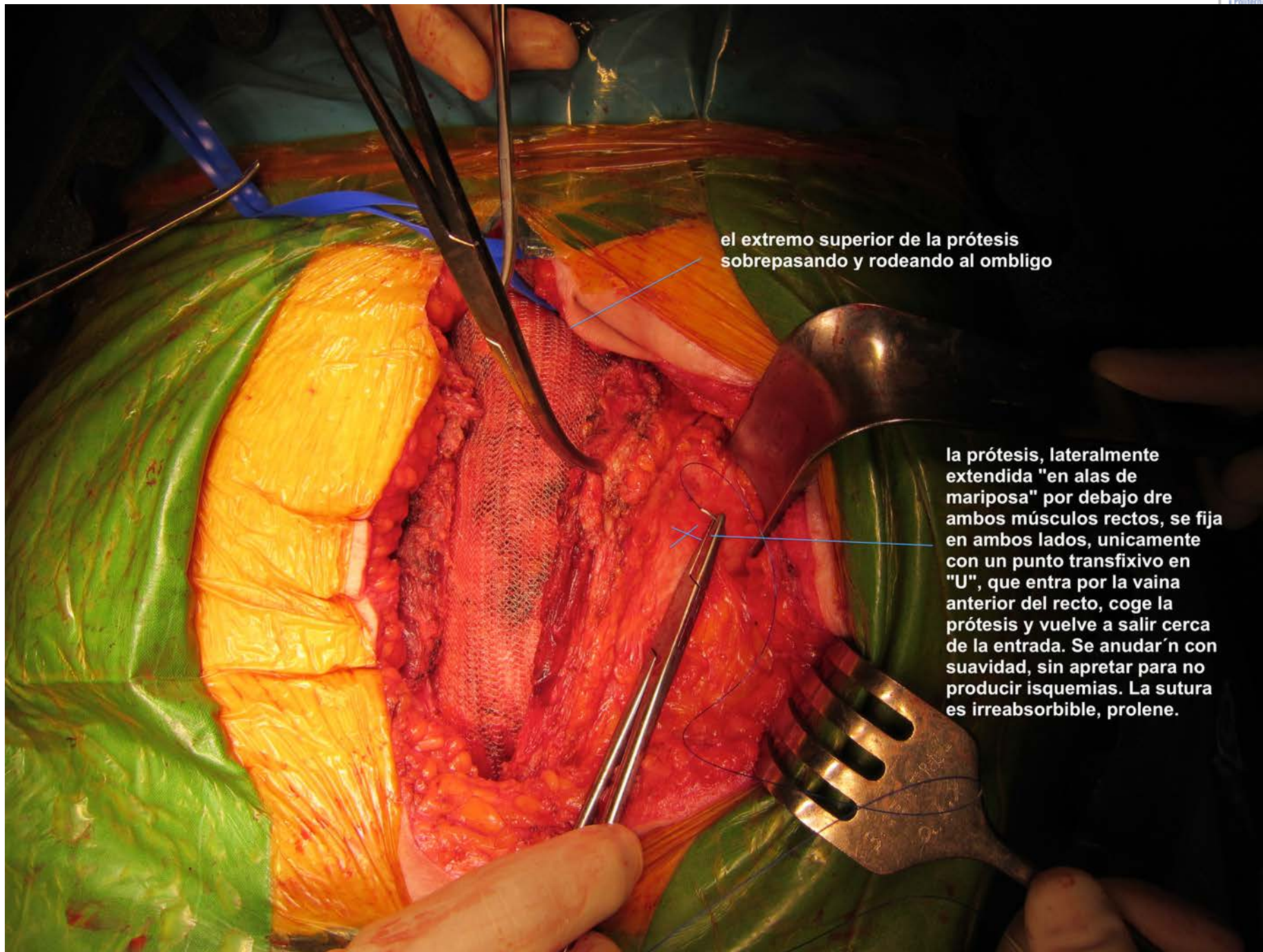
con la grapadora automática, grapamos la prótesis al retropubis y relieves óseos laterales



la mano del cirujano empuja hacia abajo la vejiga y el saco. Se ven las grapas como fijan la prótesis al retropubis





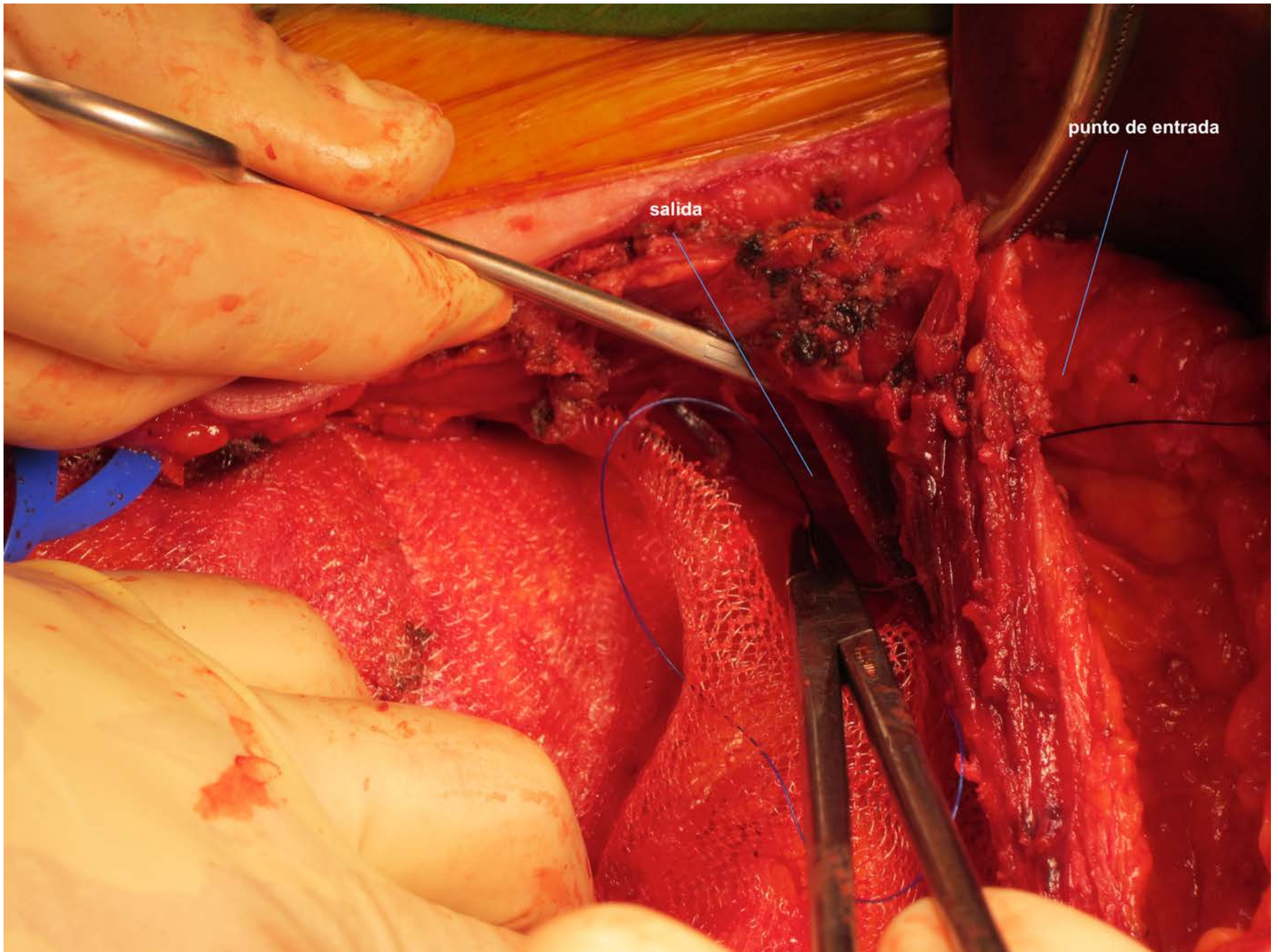


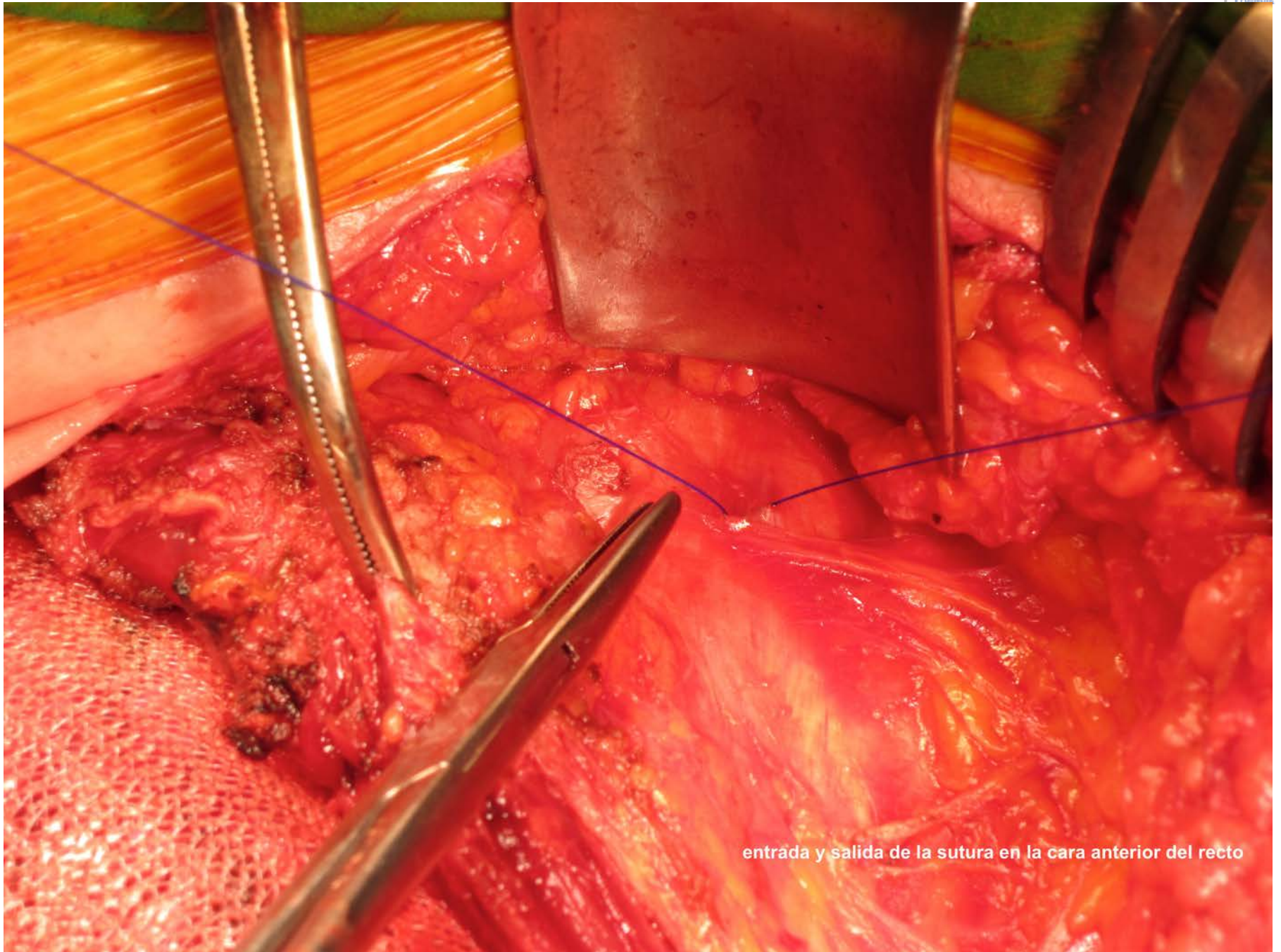


la sutura ha entrado, coge la prótesis y saldrá cerca de la entrada

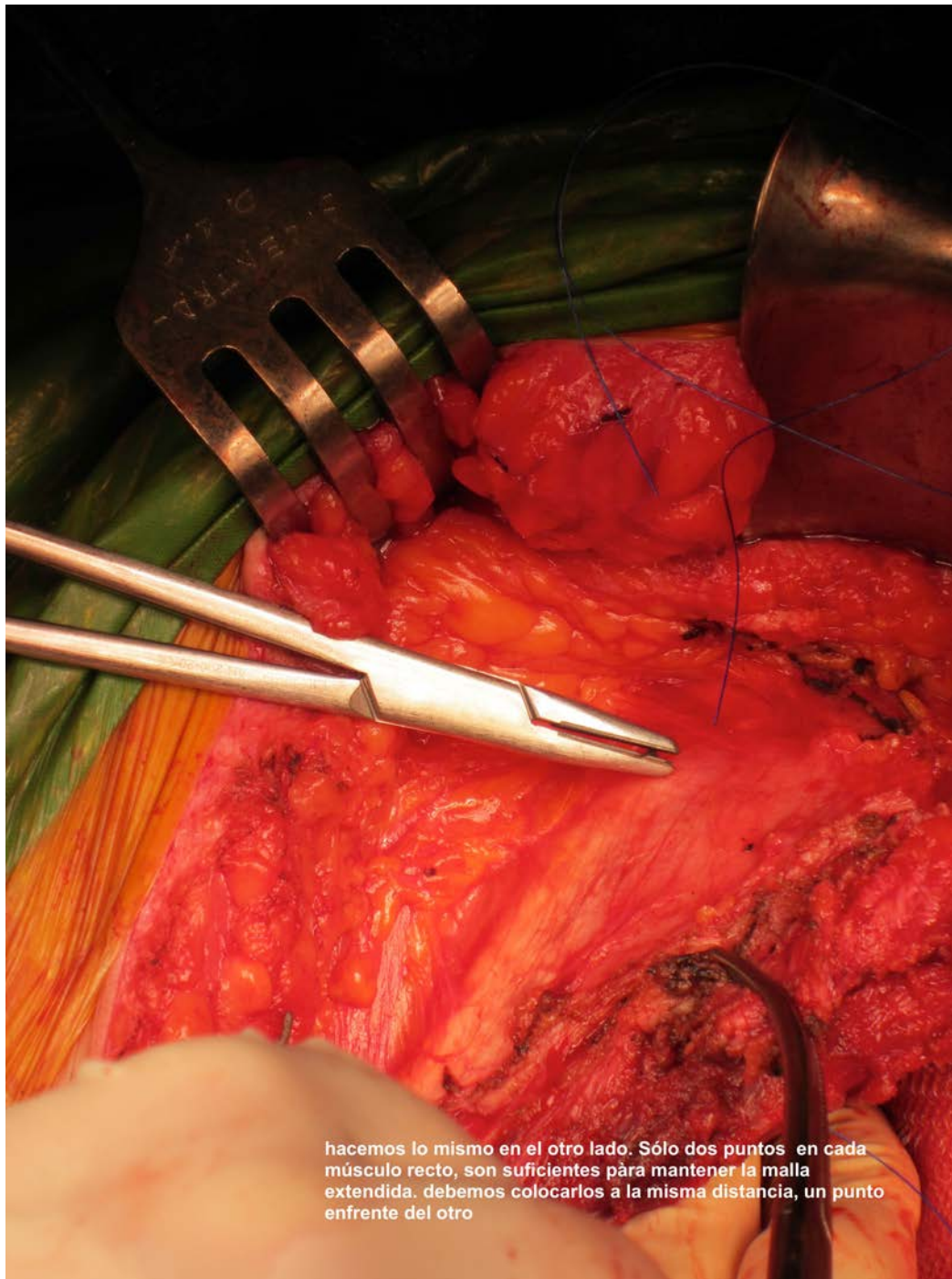
musculo recto

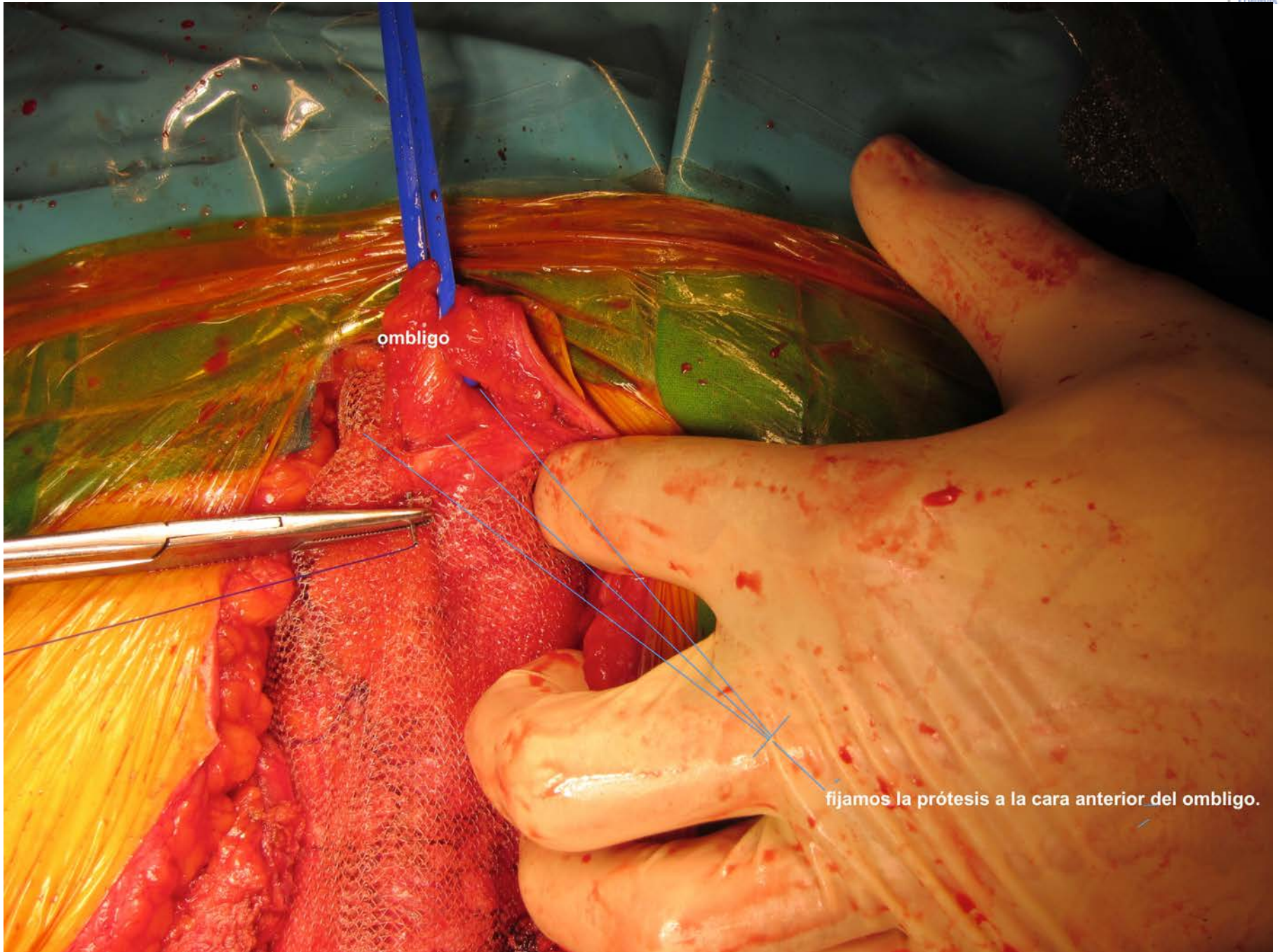
aponeurosis o vaina anterior





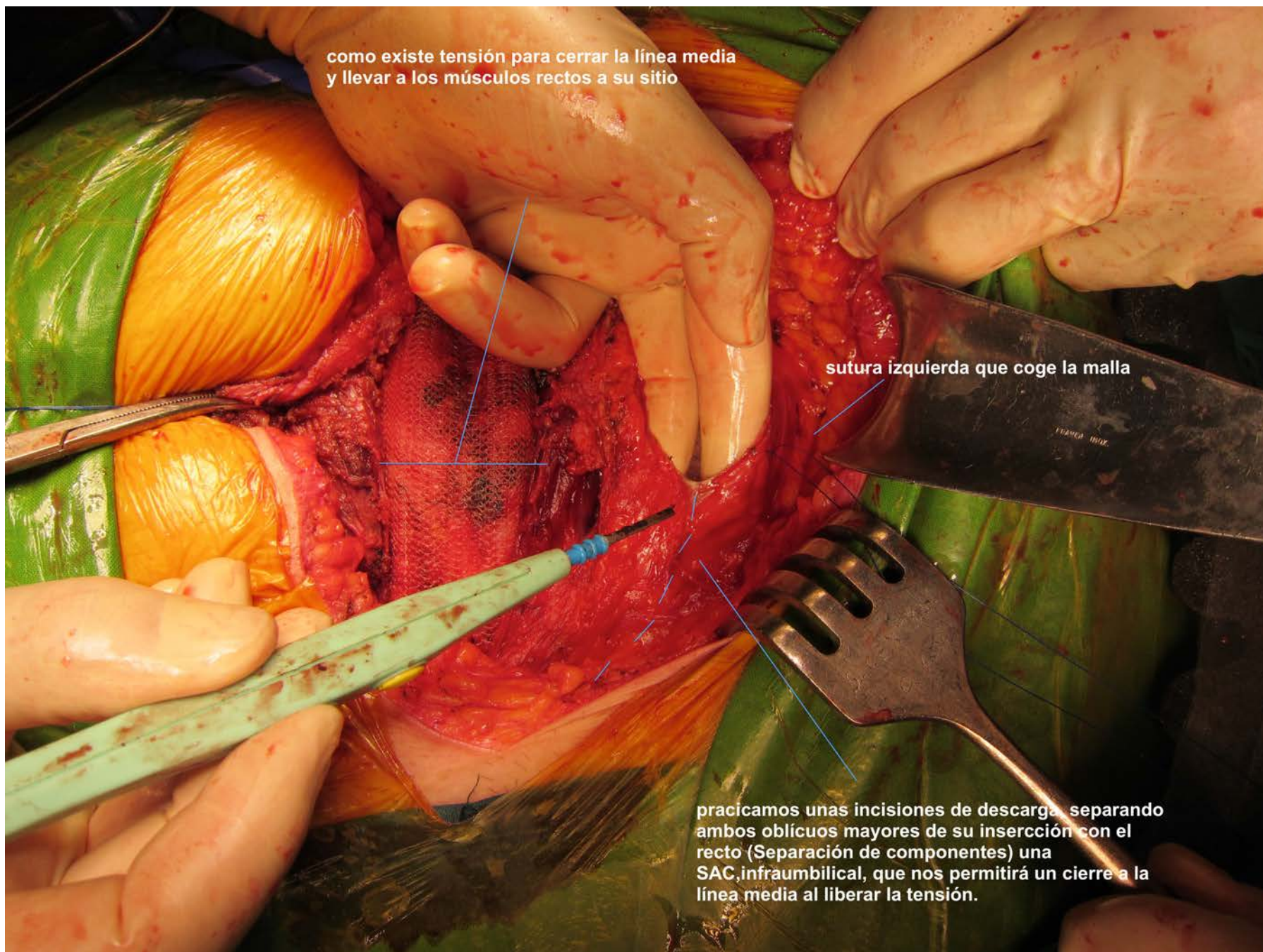
entrada y salida de la sutura en la cara anterior del recto

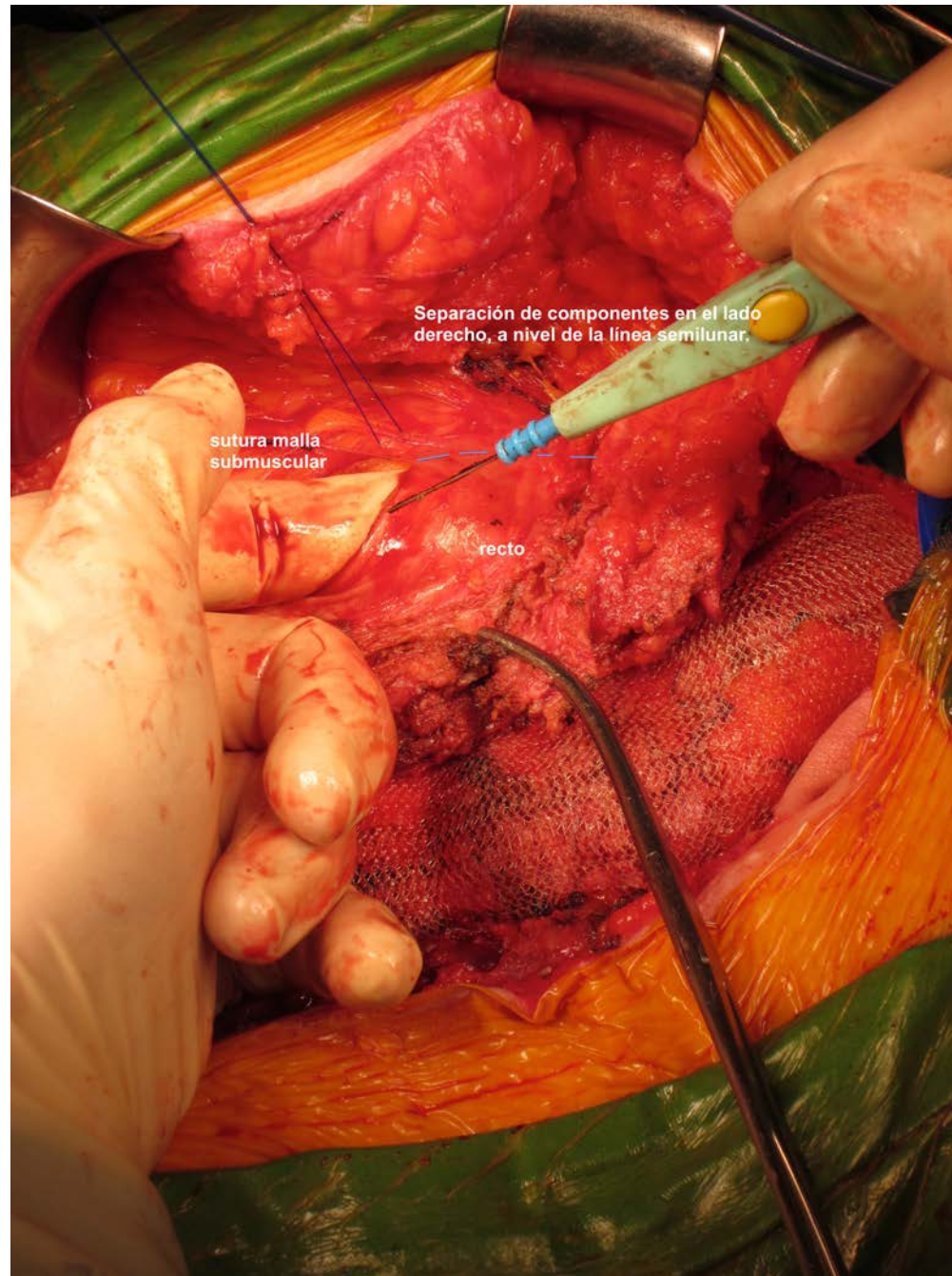




ombliigo

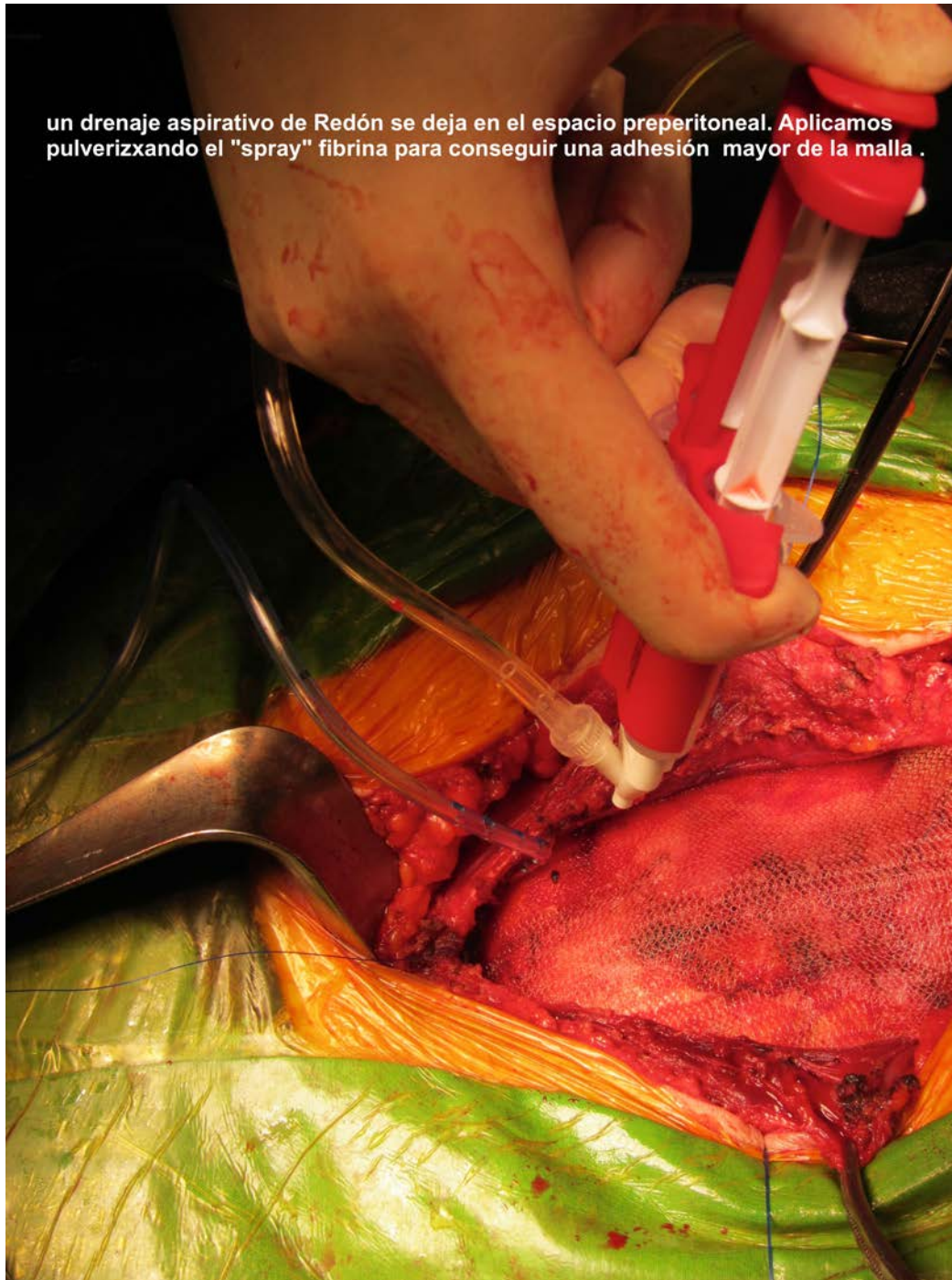
fijamos la prótesis a la cara anterior del ombliigo.



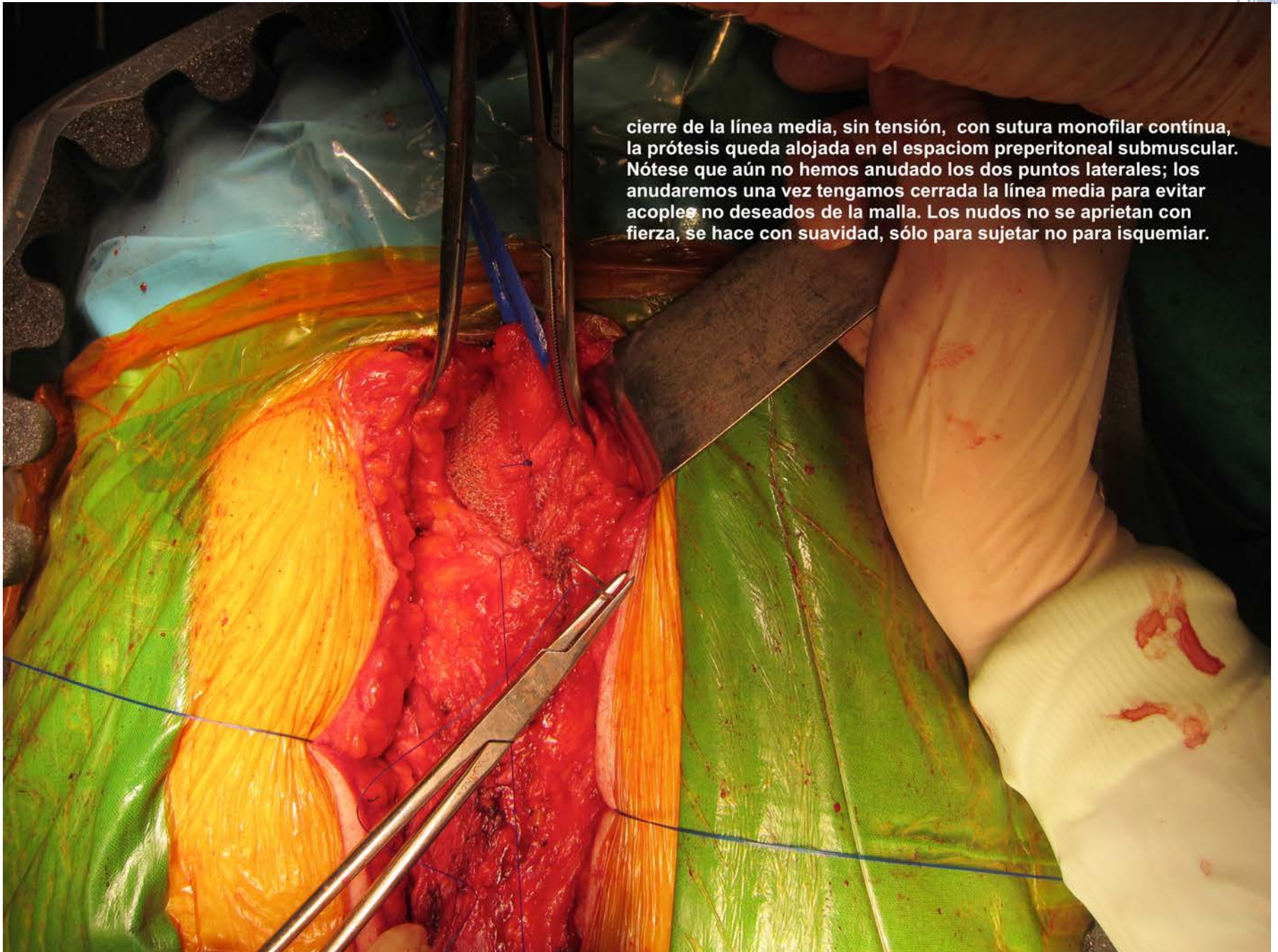




un drenaje aspirativo de Redón se deja en el espacio preperitoneal. Aplicamos pulverizxando el "spray" fibrina para conseguir una adhesión mayor de la malla .







cierre de la línea media, sin tensión, con sutura monofilar continua, la prótesis queda alojada en el espacio preperitoneal submuscular. Nótese que aún no hemos anudado los dos puntos laterales; los anudaremos una vez tengamos cerrada la línea media para evitar acoples no deseados de la malla. Los nudos no se aprietan con fuerza, se hace con suavidad, sólo para sujetar no para isquemiar.





recortamos la prótesis a la medida tomada







oblicuo mayor

las grapas deben fijarse sobre el músculo oblicuo mayor, presionando con dirección lateral, no debemos fijarla sobre el músculo oblicuo menor y transverso que tenemos debajo de nuestros dedos. Separaremos la malla, tensándola, abriendo nuestros dedos y grapando entre los espacios que dejamos.

fijación de la malla al oblicuo mayor con grapas helicoidales

oblicuo mayor

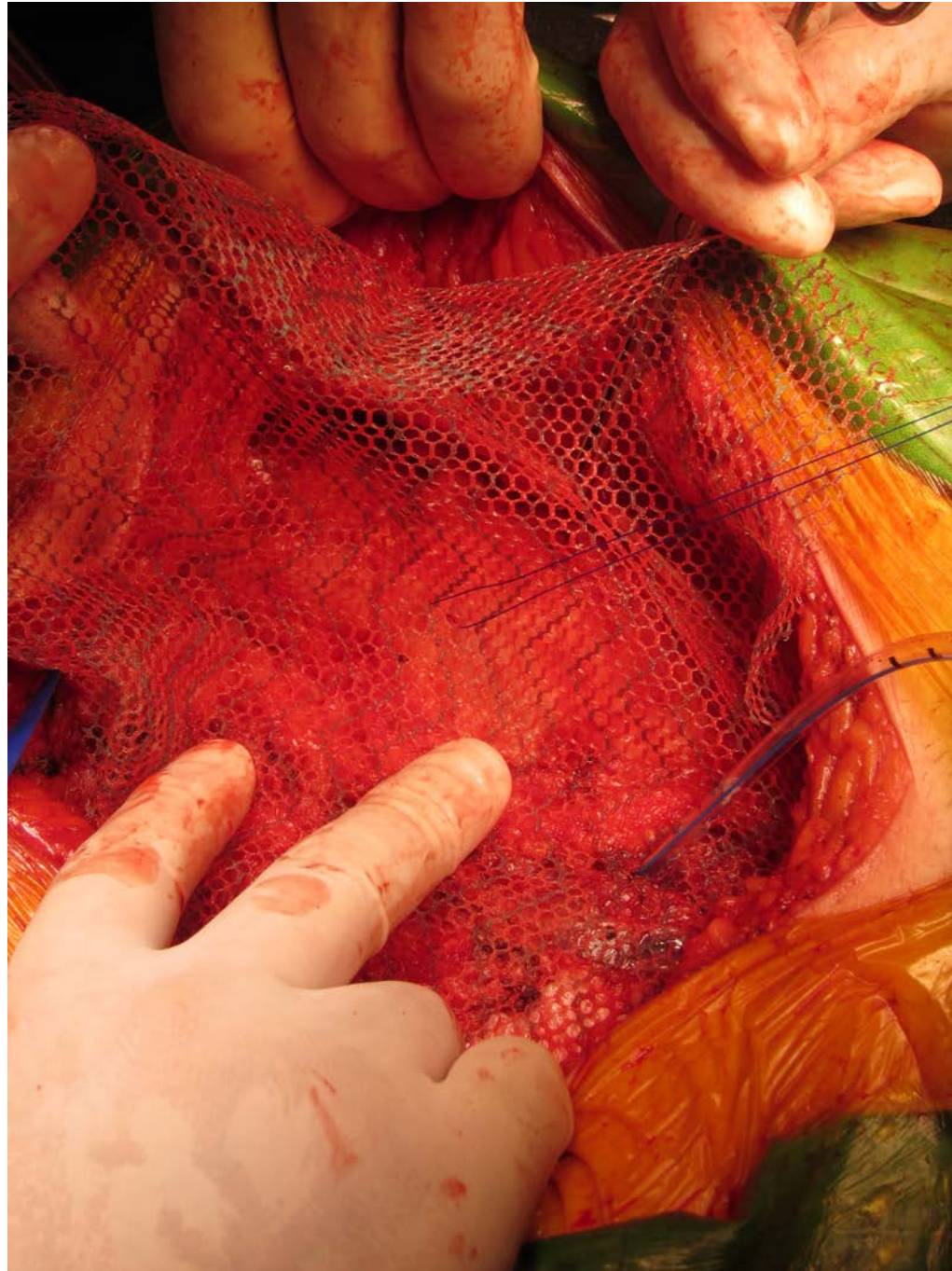
un drenaje aspirativo de Redón, sale desde el espacio retroperitoneal por debajo de la sutura de la línea media y atravesará esta segunda malla.



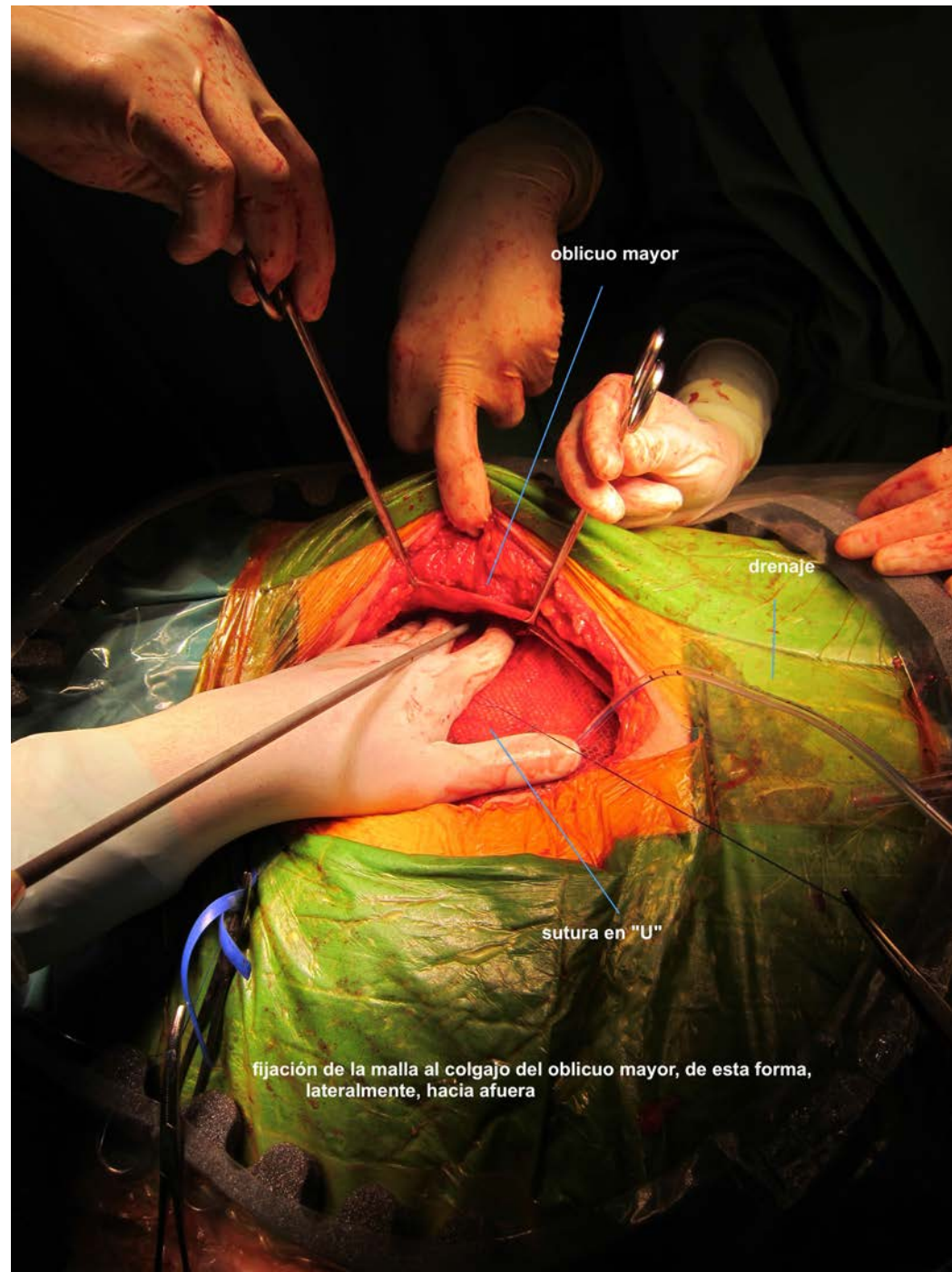


pasamos el drenaje que viene desde el espacio retroperitoneal saliendo entre la sutura continua de la línea media, a través del poro ancho de esta prótesis CICAT.



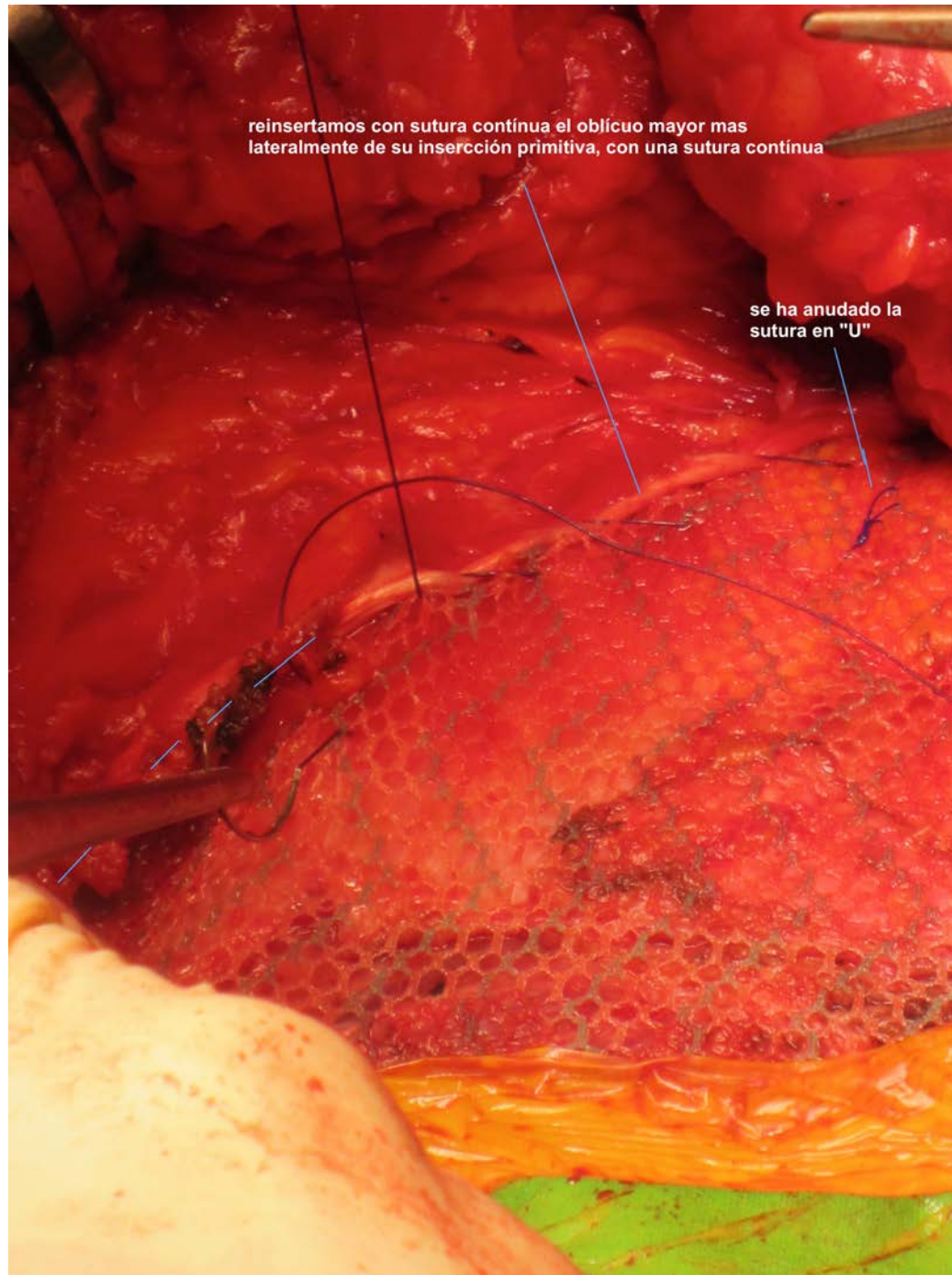


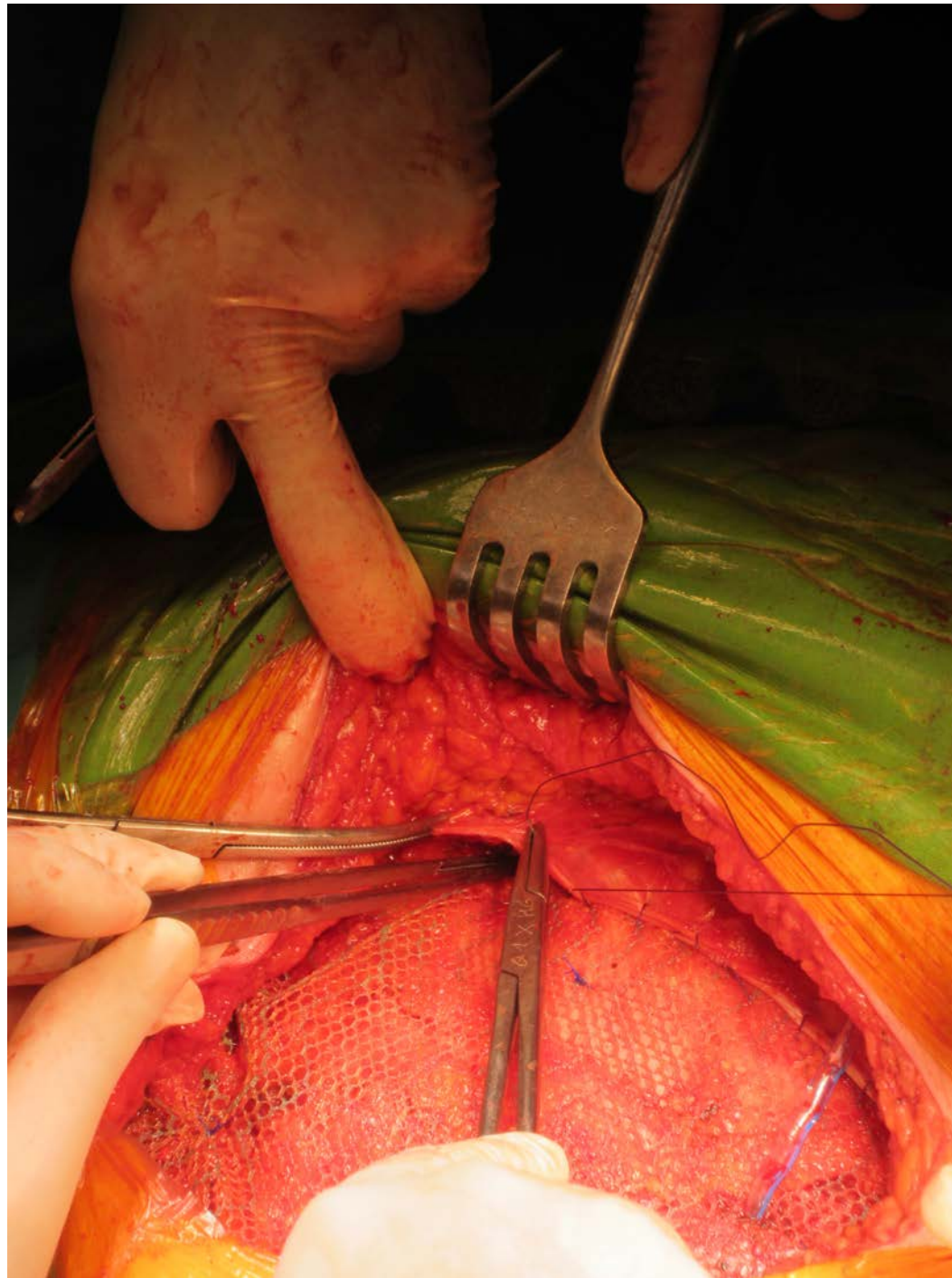




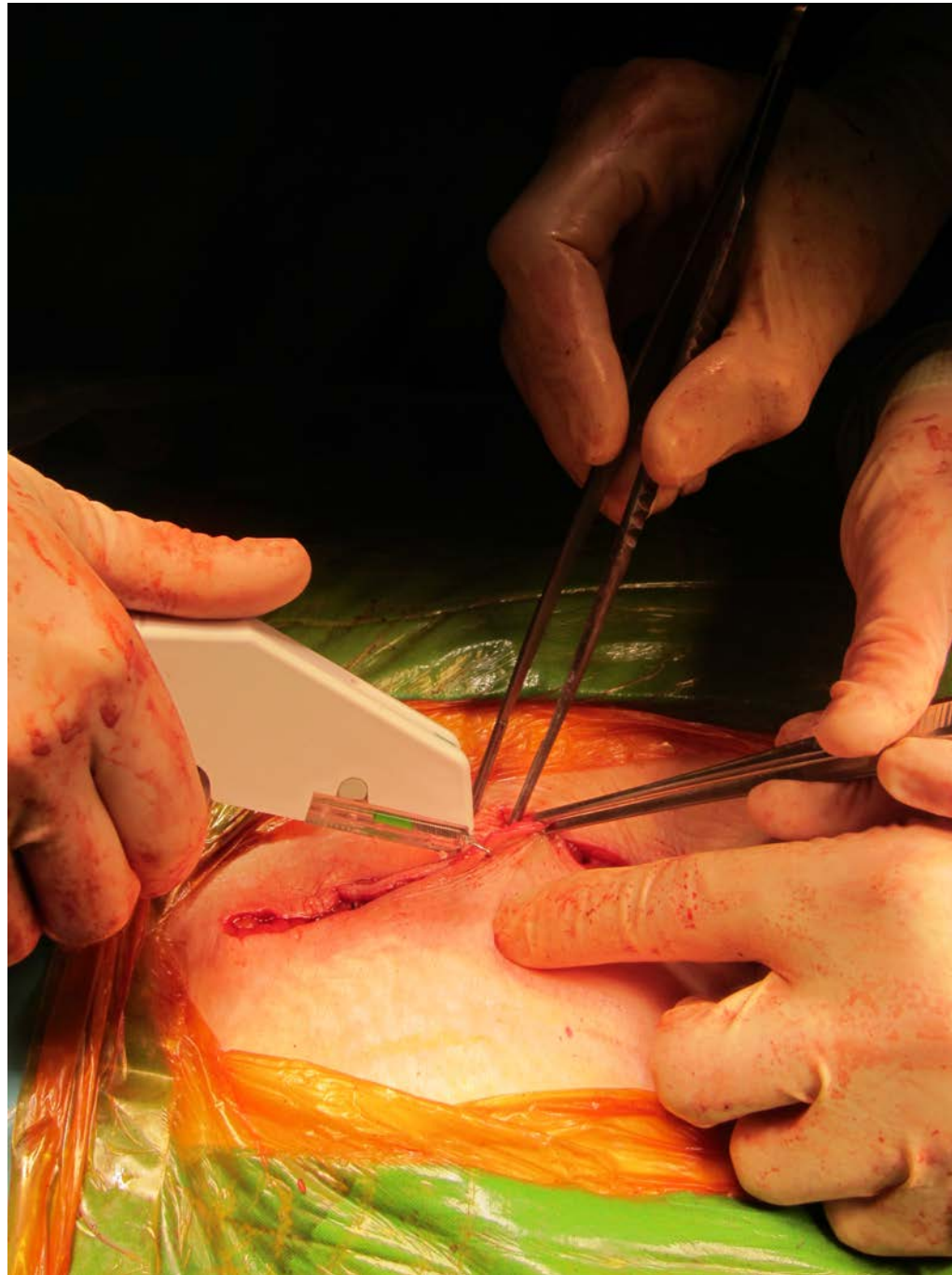


esta segunda malla también la fijamos al ombligo











Dos drenajes, uno preperitoneal y otro subcutáneo.

Con esta técnica personalizada con doble prótesis hemos intervenido a 45 pacientes con eventraciones puras suprapúbicas, M5W2/3, con muy buenos resultados. Sólo hemos tenido una recidiva en un varón con infección de la malla subcutánea que hubo que recortar. La complicación mas importante fué un hematoma en una paciente anticoagulada, con comorbilidad asociada. Como incidencia peroperatoria, una lesión de la vejiga de la orina que se suturó y con sonda uretral durante 7 días curó sin secuelas.

La técnica de Stoppa modificada, con doble prótesis y separación de componentes ha demostrado en nuestra experiencia unos buenos resultados con confort para el paciente y puede resolver casos de recidiva en este tipo de eventraciones, post-cirugía ginecológica, urológica o de neoplasias de recto.

Dr. F. Carbonell Tatay
Noviembre 2012