

# Eventración Media Recidivada M2-3-4 W3 con el 49% del volumen abdominal herniado (malla previa)

Febrero 2014

“Solución con prótesis intraperitoneal  
cobertura con neo-saco y  
Abdominoplastia.”

Fernando Carbonell Tatay  
Antonio Torregrosa Gallud  
Valencia (España)

Unidad de Cirugía de Pared

**LaFe**  
Hospital  
Universitari  
i Politècnic

## **MOTIVO DE INGRESO**

Mujer de 69 años de edad que ingresa por ENF. COMUN procedente de SERVICIO DEL PROPIO CENTRO - CIRUGIA CORTA ESTANCIA Y PARED [CEX] con diagnóstico de Eventracion catastrófica Recidivada con pérdida del derecho al domicilio.

## **ANTECEDENTES**

Cardiopatía isquémica intervenida con By-Pass

Intervenida Eventración.en dos ocasiones post-histerectomía.

## **ENFERMEDAD ACTUAL**

Eventración catastrófica con pérdida derecho al domicilio tratada pre-operatoriamente con TOXINA BOTULINICA y comienzo de NEUMOPERITONEO TERAPEUTICO (20-02-2014)

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Re-ventracion Media Recidivada M2M3M4 con trastornos tróficos de piel y pérdida derecho al domicilio.

TAC previo

**CLASIFICACIÓN DE LA EVENTRACIÓN:** Re-eventración de línea media en región epigástrica, umbilical o infraumbilical, con malla quirúrgica previa.

**DIÁMETROS DEL ORIFICIO HERNIARIO:** 14,6 x 19,2 cm (T y CC).

**DIÁMETROS SACO HERNIARIO:** Se identifica un gran saco herniario que se localiza anterior y lateralmente en la pared abdominal, extendiéndose inferiormente incluso a la raíz de los muslos. Para el cálculo aproximado de los volúmenes del saco herniario se toman medidas de dos sacos herniarios elipsoides 19 x 7 x 27,3 + 13,3 x 5,4 x 19,7 cm (T, AP y CC)

**VOLUMEN SACO HERNIARIO:** 2.640 cc.

**VOLUMEN CAVIDAD ABDOMINAL:** 5.313 cc

**PORCENTAJE DE VOLUMEN ABDOMINAL HERNIADO:** 49 %

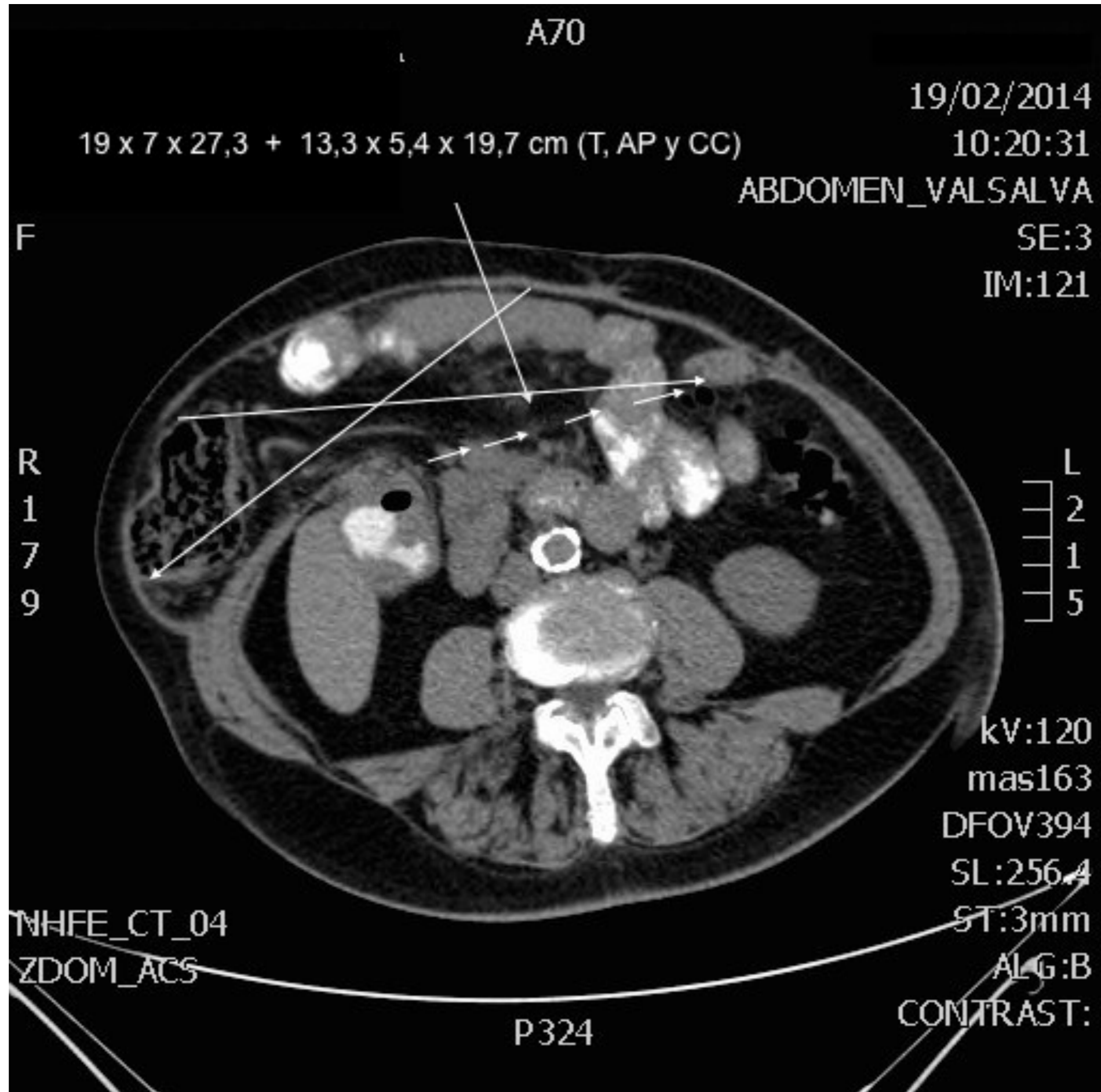
**CONTENIDO DEL SACO HERNIARIO:** Se observa herniación de prácticamente la totalidad del intestino delgado a partir del ángulo de Treitz y del marco cólico a excepción del sigma, además de todo el mesenterio y omentos.

**ESTADO DE LA MUSCULATURA:** Se observan signos postquirúrgicos sobre la musculatura abdominal aunque sin evidenciar atrofias musculares significativas en los rectos ni en los músculos laterales, aunque se encuentran retraídos.

**OTROS DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL:** No se visualizan

Gran re-eventración de línea media M2-3-4 W3 con el 49% del volumen abdominal herniado





A62

29/10/2013

11:08:27

ABDOMEN\_VALSALVA

SE:3

IM:102

U001

F

R  
1  
9  
1

L  
1  
9  
2



kV:120

mas82

DFOV383

SL:357.6

ST:3mm

ALG:B

CONTRAST:

MIXEDCT  
ZDOM\_ACS

P321

## Ganancia tras 21 días de inyectar la Toxina Botulínica

### TAC

**JUICIO CLÍNICO:** Eventración. Infiltrada con toxina botulínica hace 3 semanas. Control preoperatorio.

**TÉCNICA:** TC de Pared abdominal sin CIV. Se realizan reconstrucciones 3D de la pared y del saco herniario.

### INFORME:

Se realiza cálculo de volumen abdominal:

- Volumen abdominal en estudio del 29/10/2013: 3.212 cc
- Volumen abdominal en estudio actual del 19/02/2014: 3.850 cc

Aumento de volumen abdominal tras tto. con toxina botulínica: 19,8 %

**CONCLUSIÓN:** Gran re-eventración de línea media M2-3-4 W3 con el 49% del volumen abdominal herniado



A70

19/02/2014

10:20:31

068Y

F

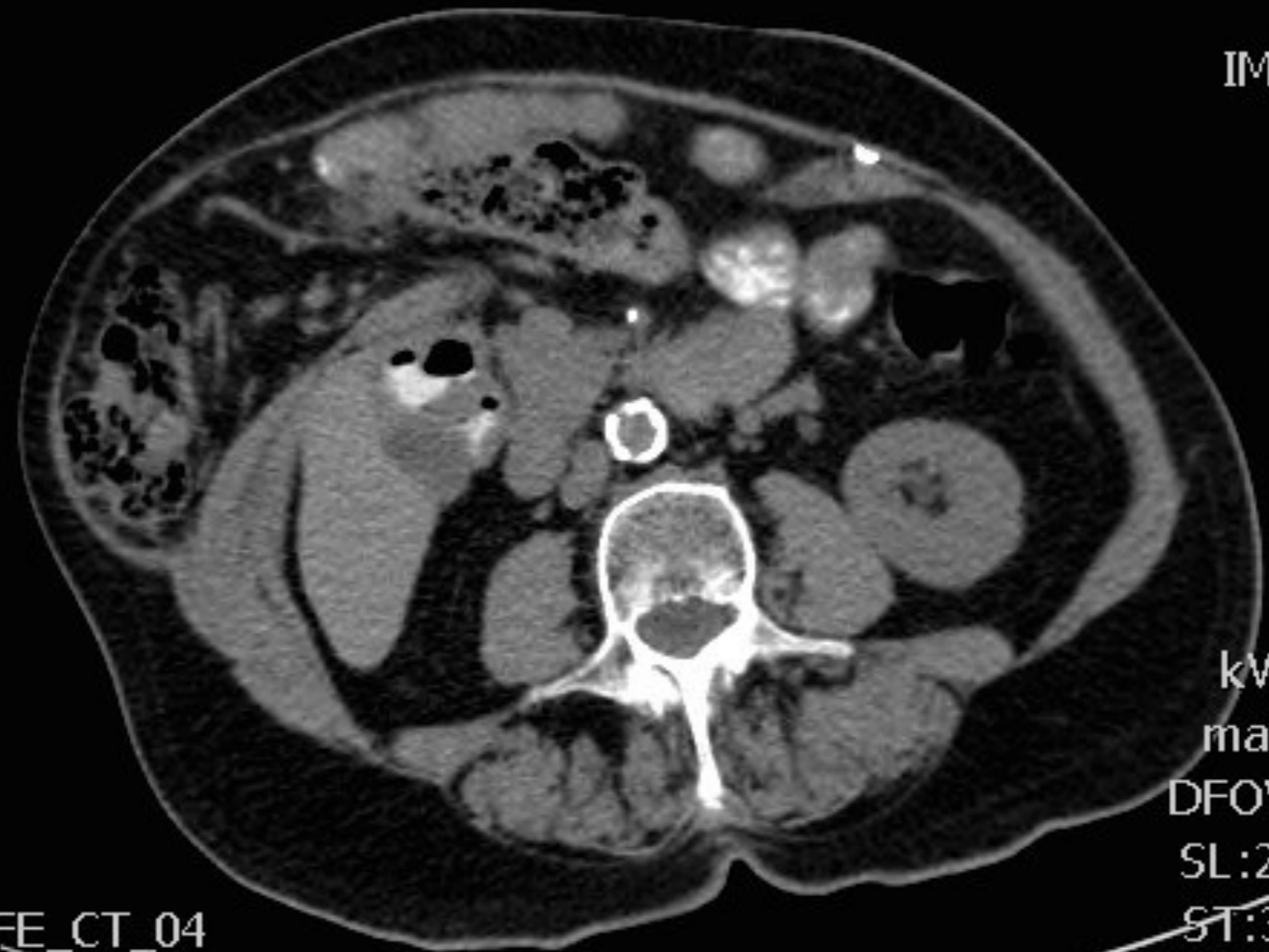
ABDOMEN\_VALSALVA

SE:3

IM:112

R  
1  
7  
9

L  
2  
1  
5



kV:120

mas165

DFOV394

SL:242.9

ST:3mm

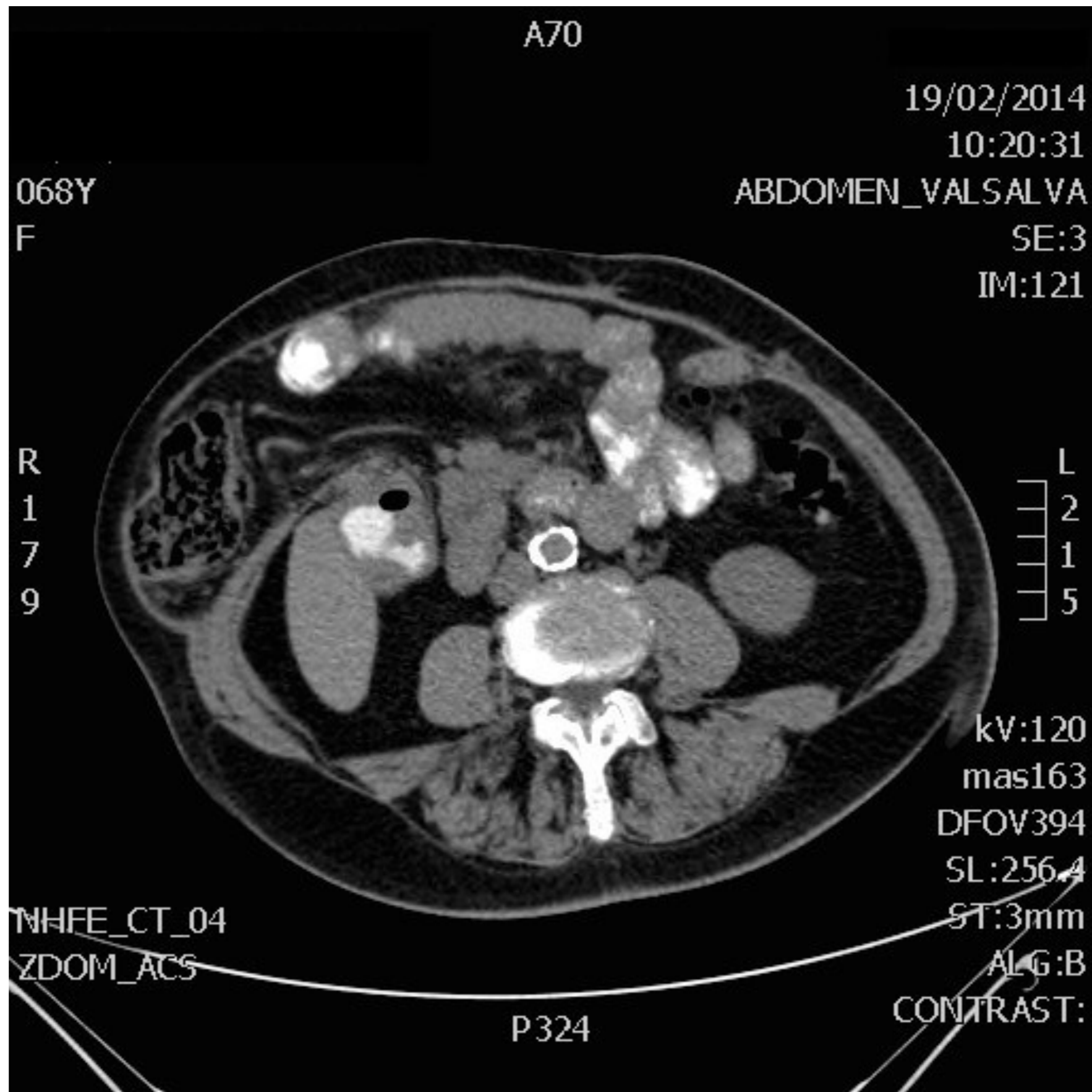
ALG:B

CONTRAST:

NHFE\_CT\_04

ZDOM\_ACS

P324

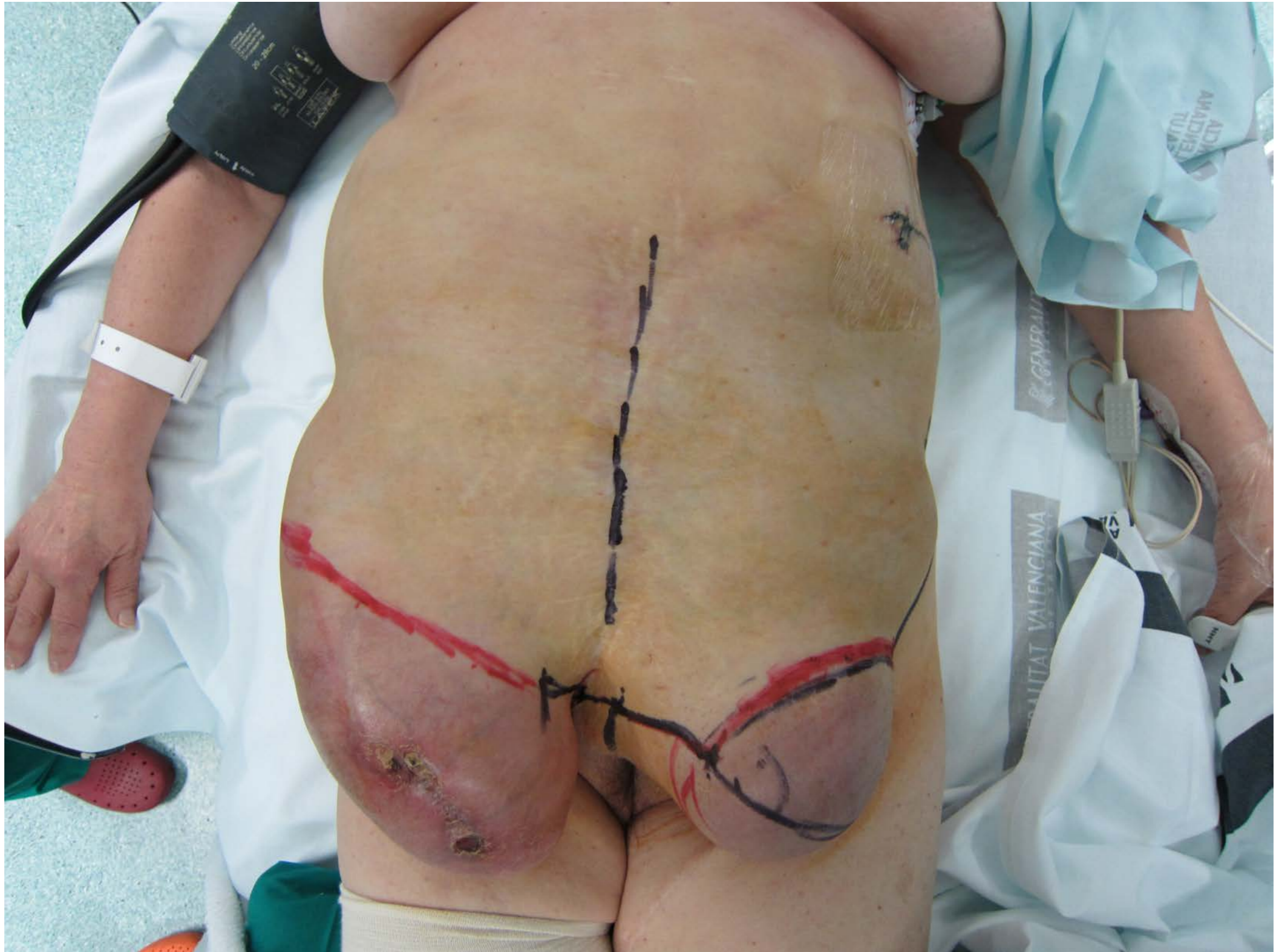




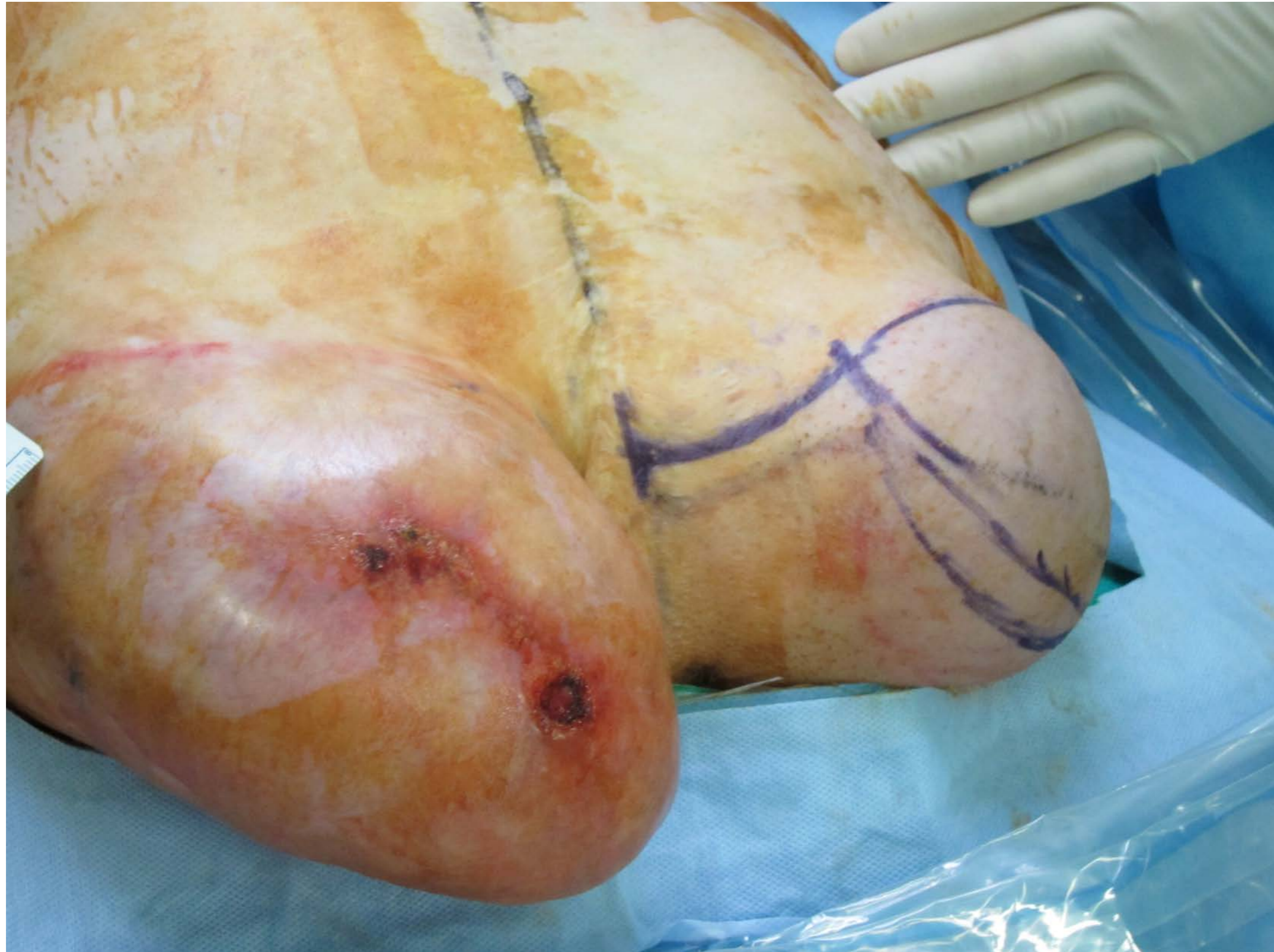
Máxima asepsia de piel. Profilaxis antibiótica potente. Profilaxis TVP. Sondaje vesical



Aspecto neumoperitoneo. Ayuda a la disección evita síndrome compartimental.

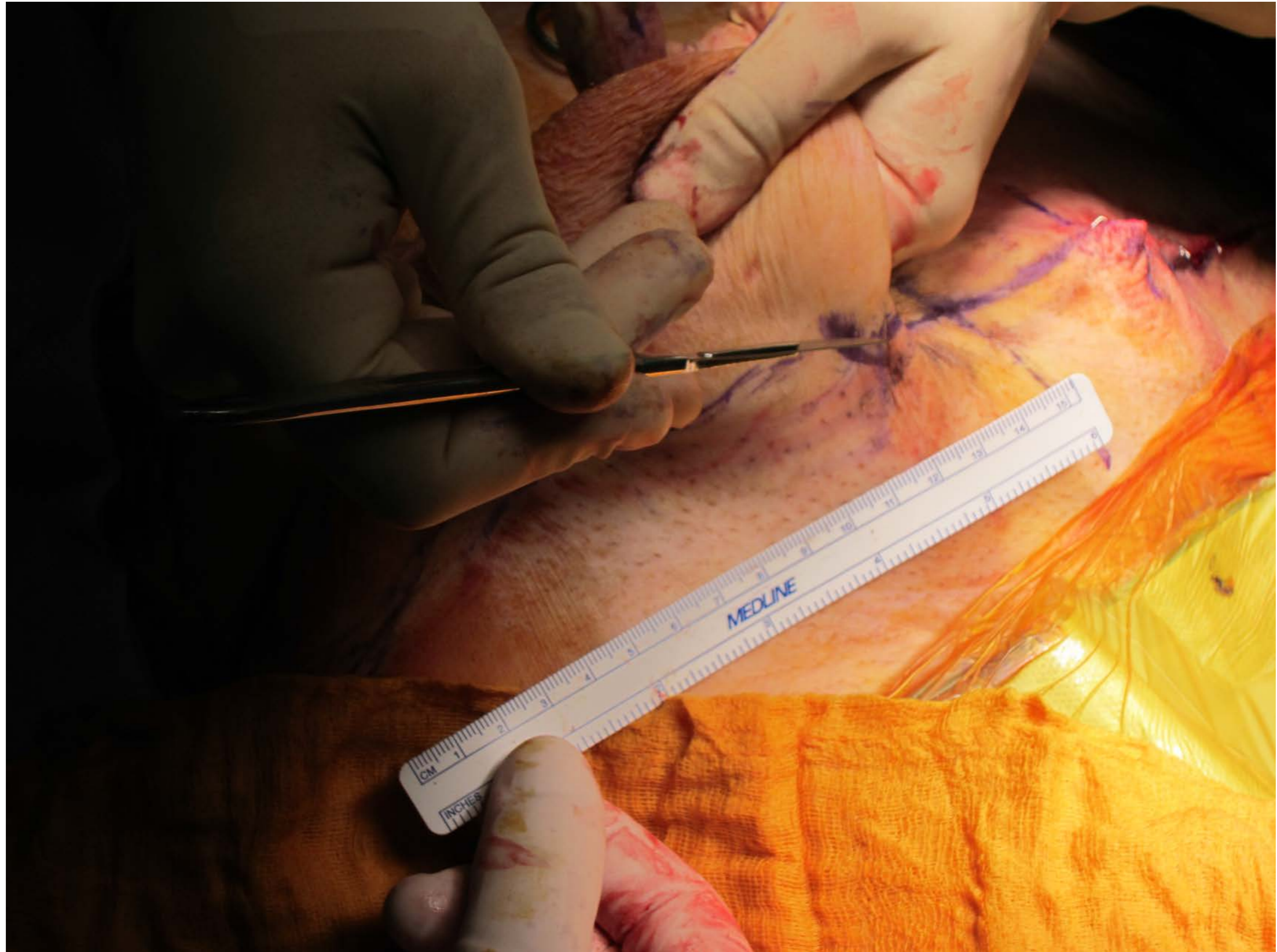


Planificación incisiones para resección piel afectada y abdominoplastia reconstructiva

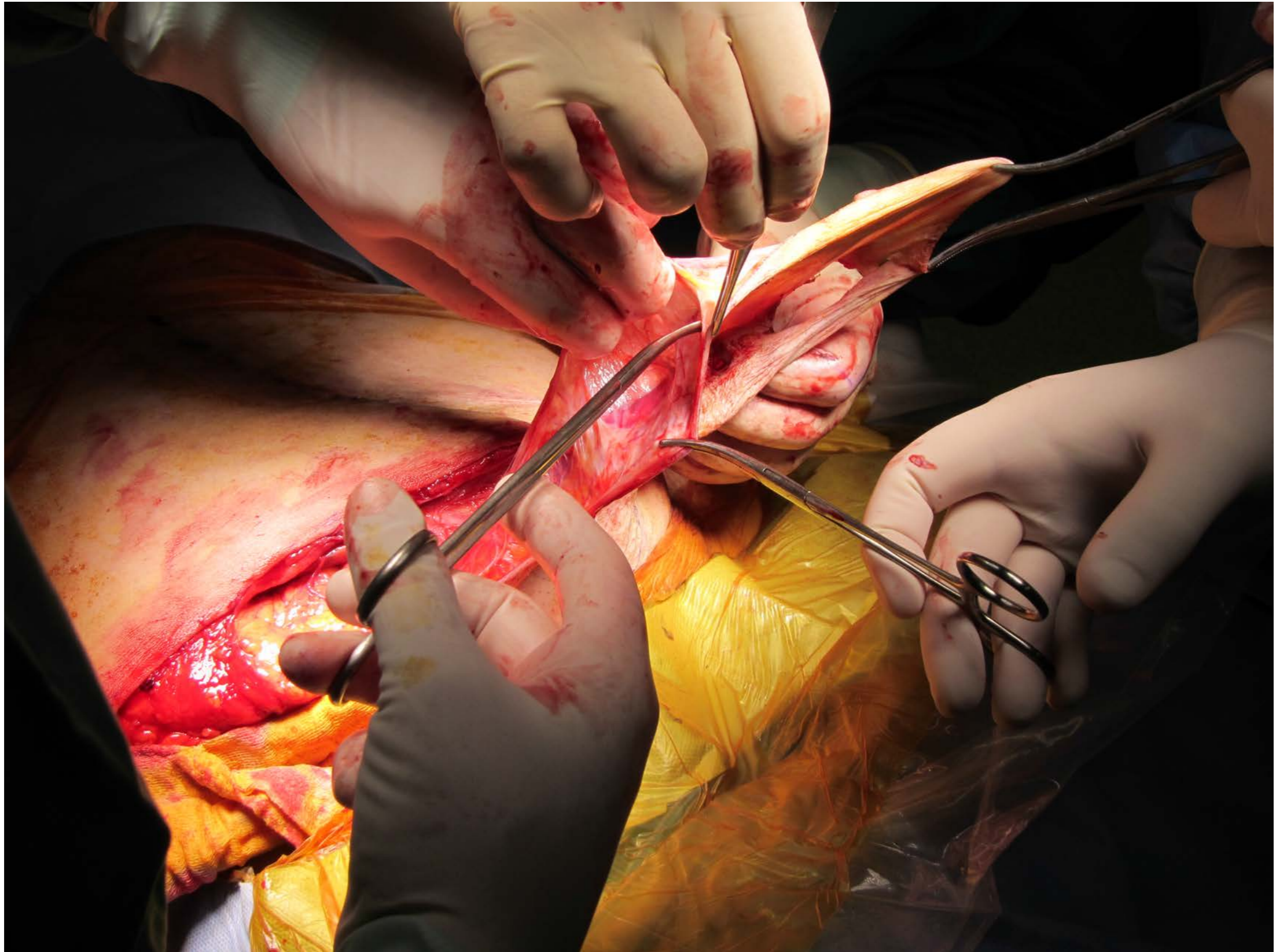




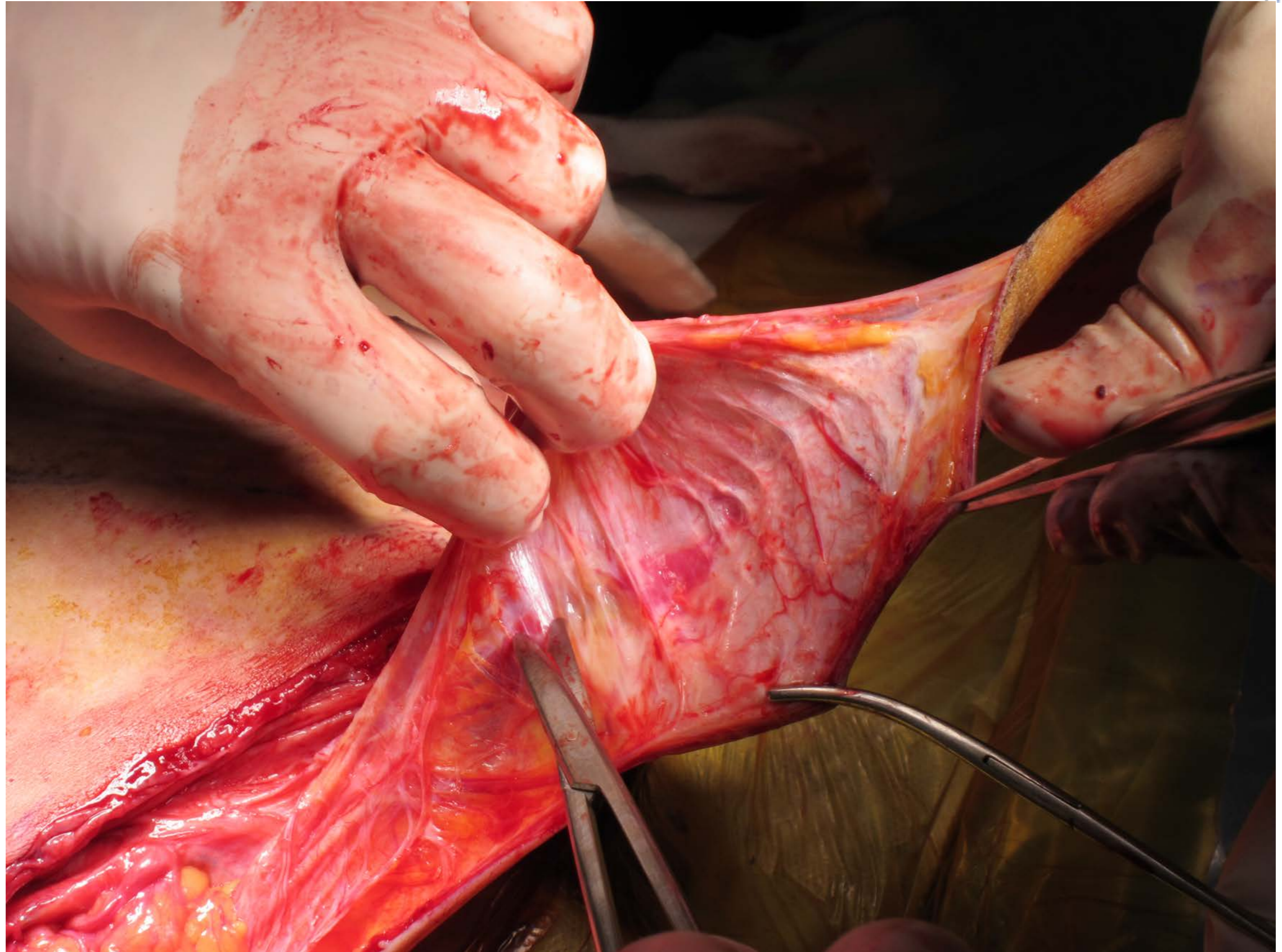
Mediciones para conseguir la mejor simetría para la sutura de piel final.



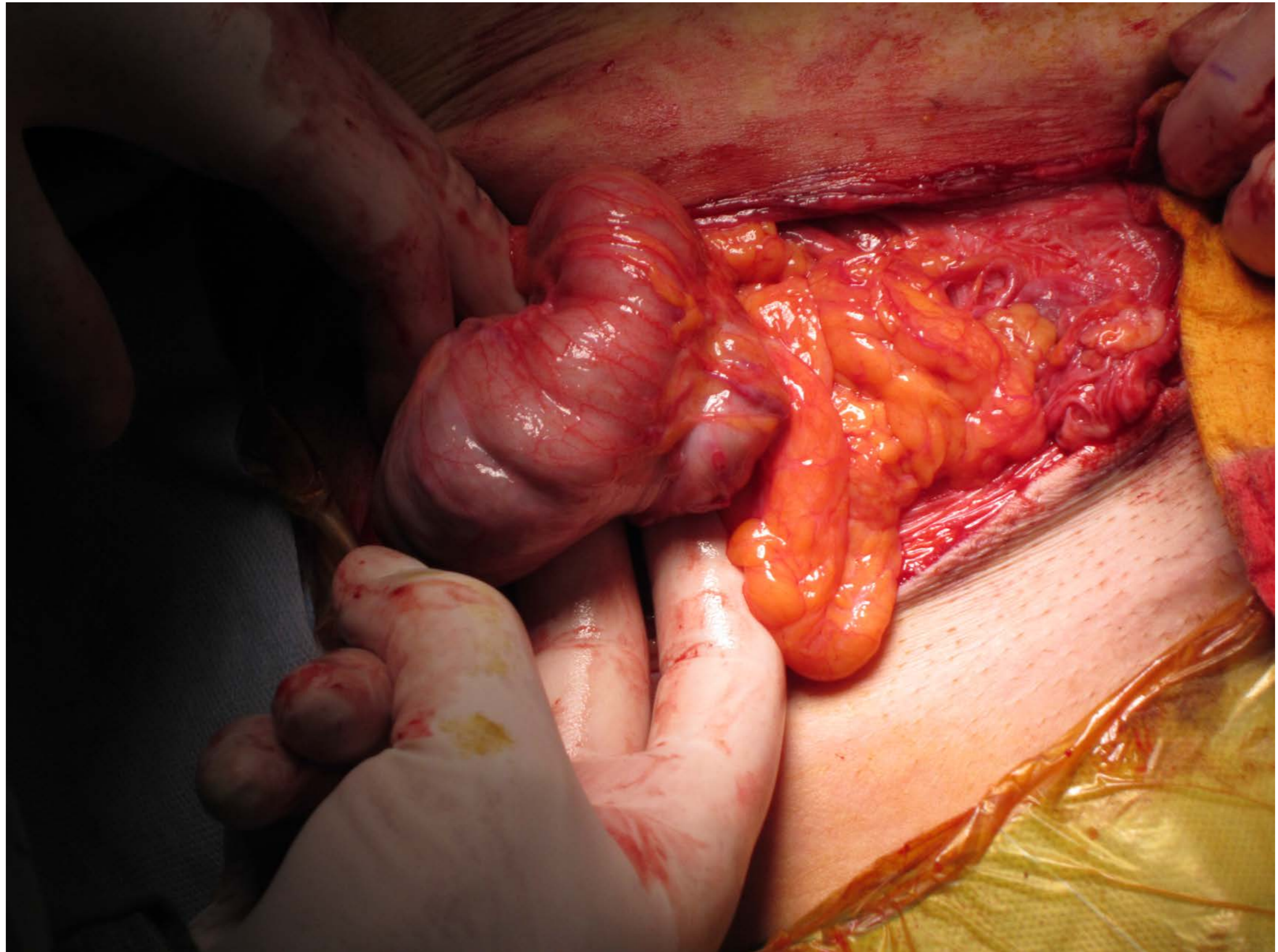
Resección piel afectada, por la línea planificada para evitar infección del campo y prótesis



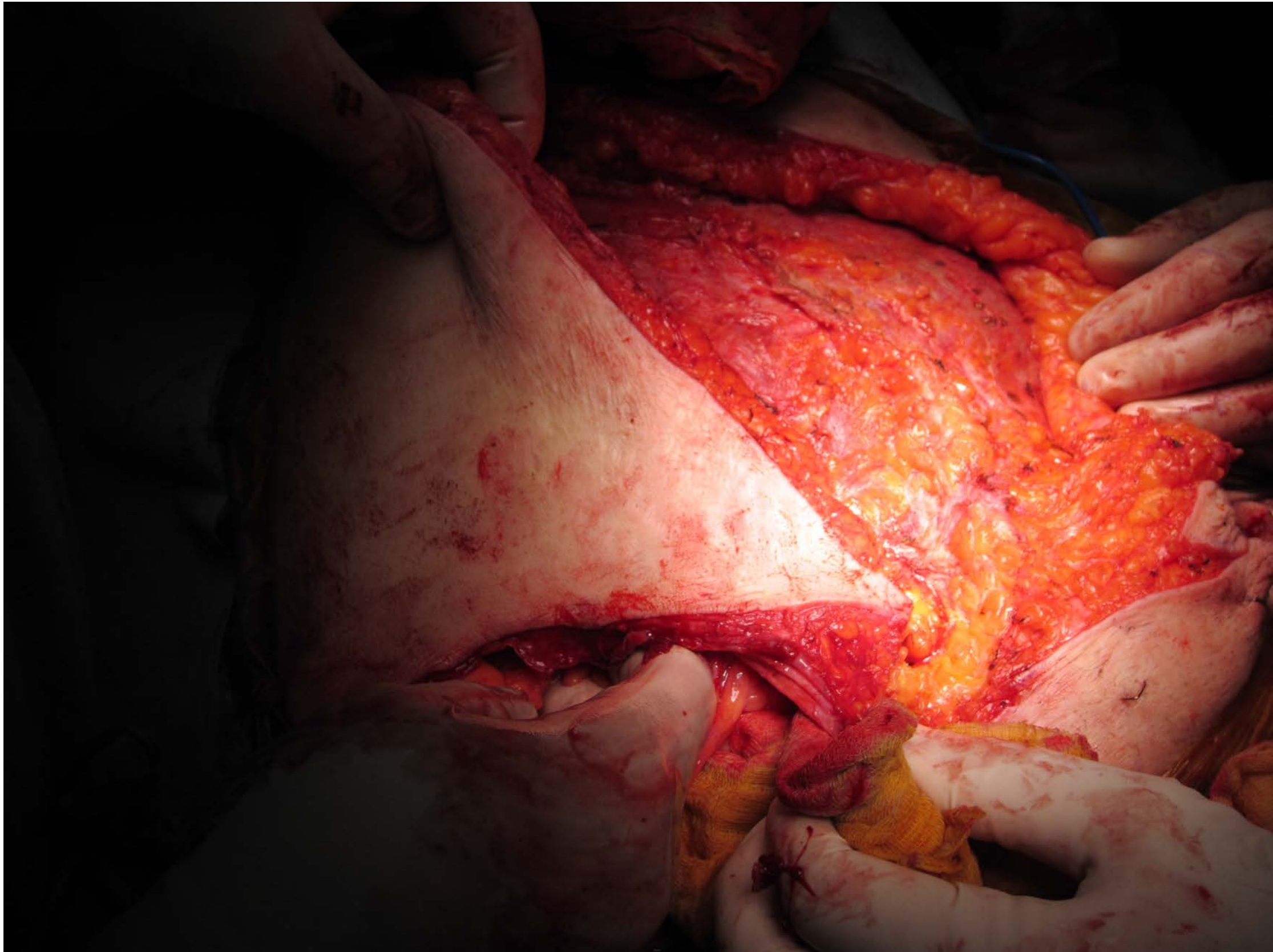
Resección piel afectada, por la línea planificada para evitar infección del campo y prótesis



Saco completamente adherido a piel, subcutáneo, que se disecciona cuidadosamente



Inmediatamente subcutáneo en FID aparece el ciego como contenido del gran saco



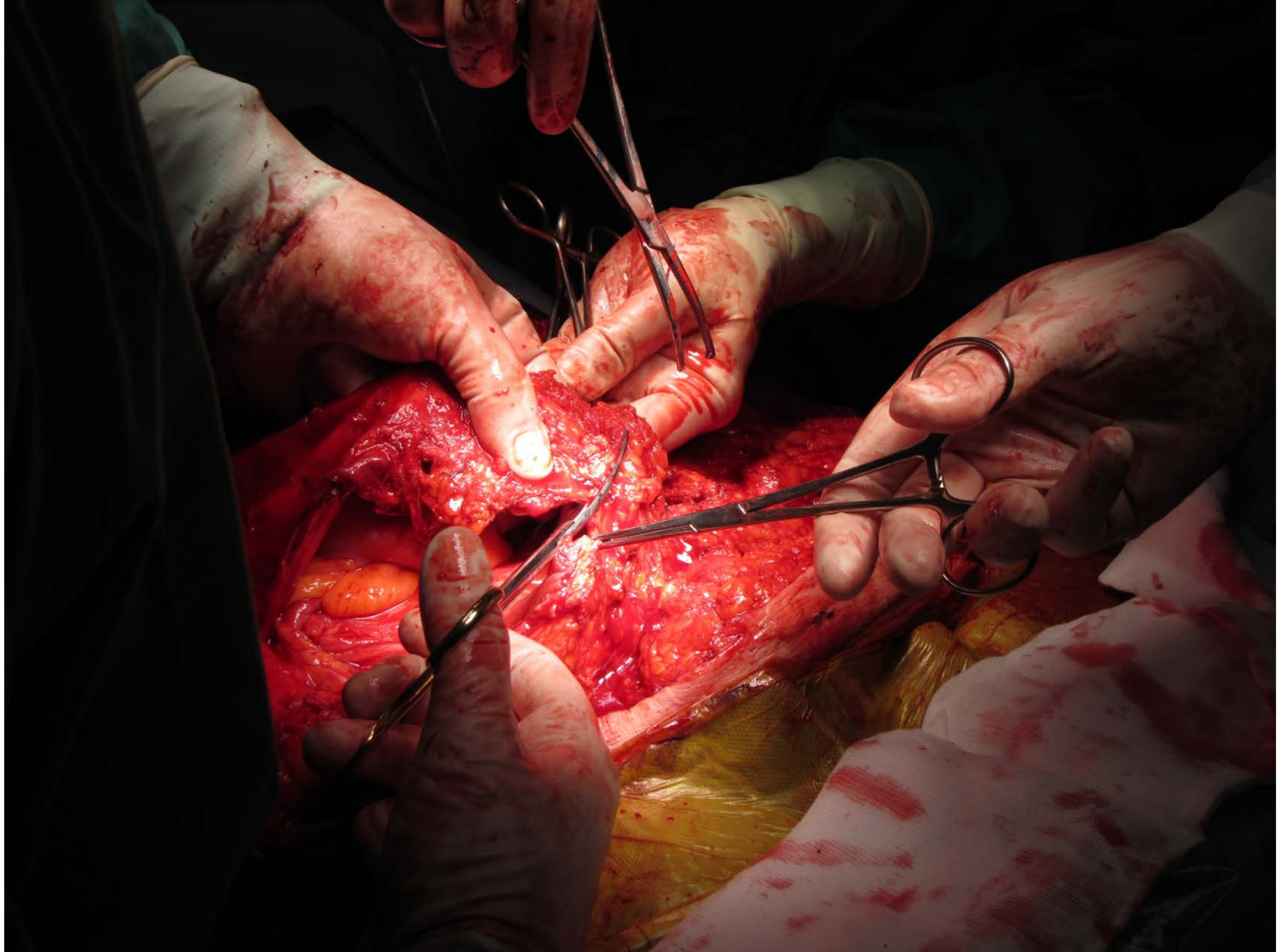
Lado derecho ya intraabdominal e izquierdo cubierto por saco y tejido granulación/prótesis



Hay que practicar una adhesiolisis completa y cuidadosa, para dejar libre el peritoneo

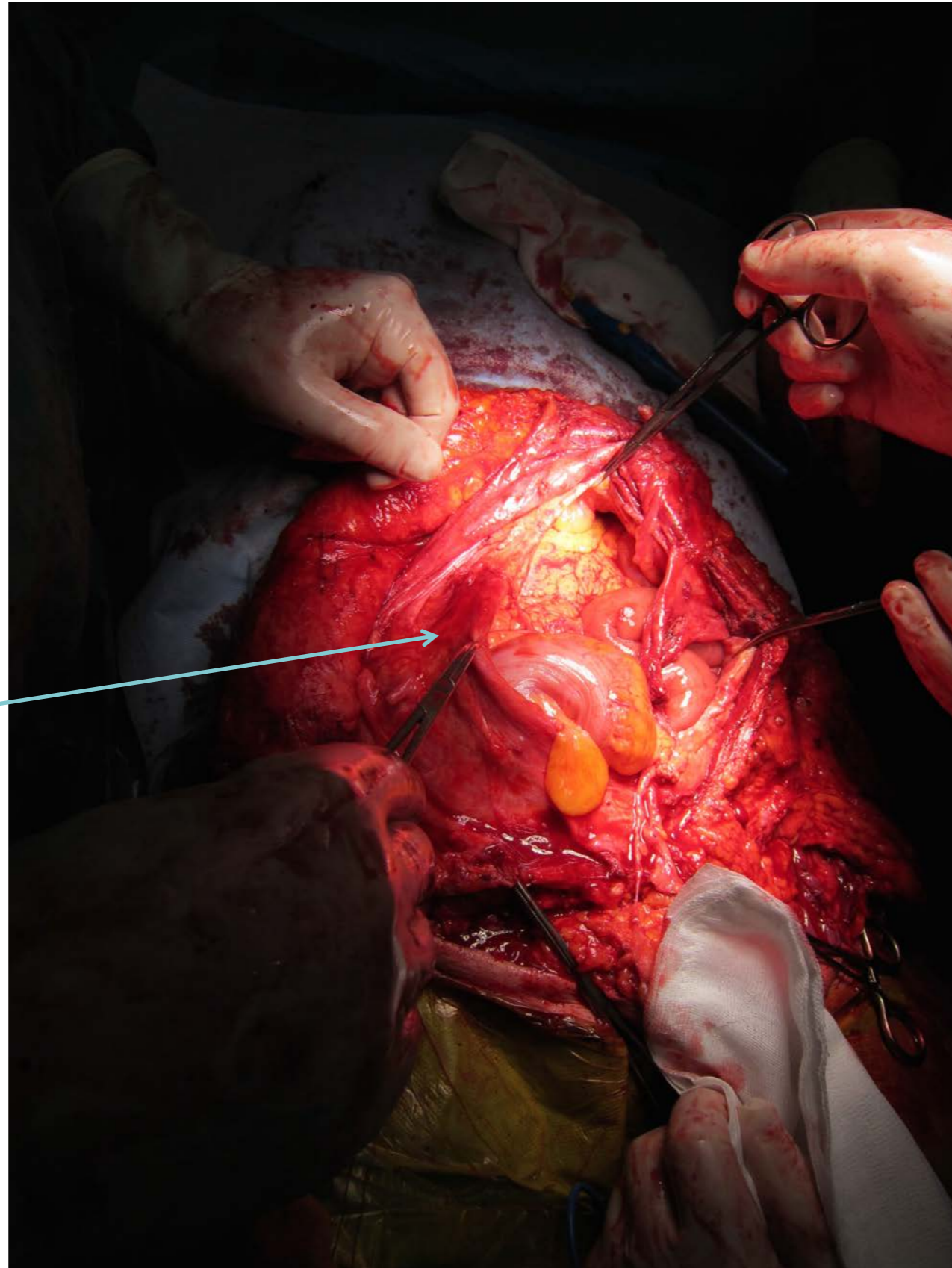


Eliminamos puentes entre el saco, que no tienen consistencia y dificultan la reparación



Sección del puente que une los dos lados de la eventración para reparar un solo orificio

Pared de saco formado y unido a antigua prótesis de polipropileno, que respetamos al estar integrada.



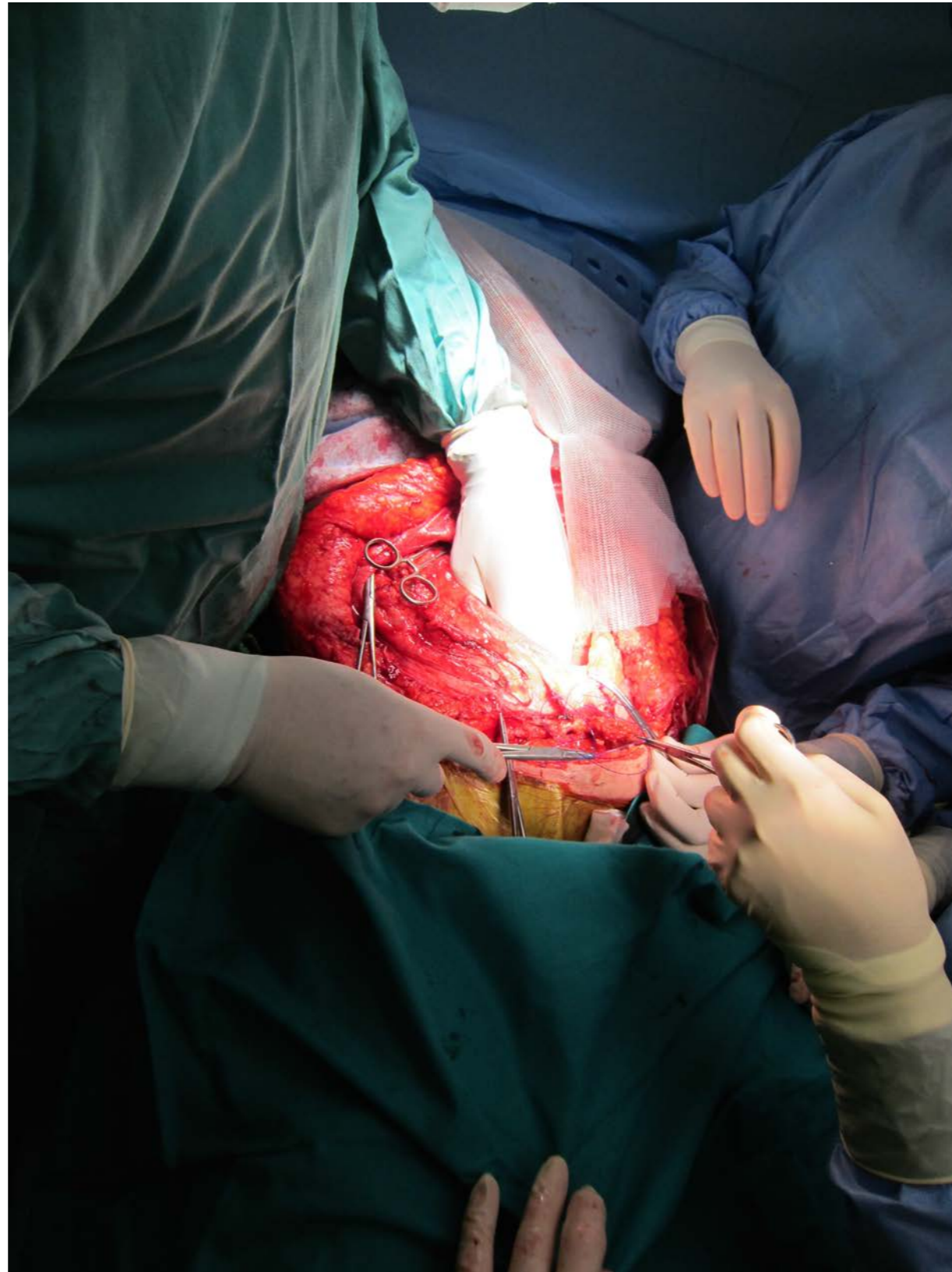
Se ve el saco que forma parte de la antigua prótesis y adhesiolisis completa



Medición de la cavidad. Calcular el tamaño de la prótesis que sobrepase el defecto mas de 5 cm



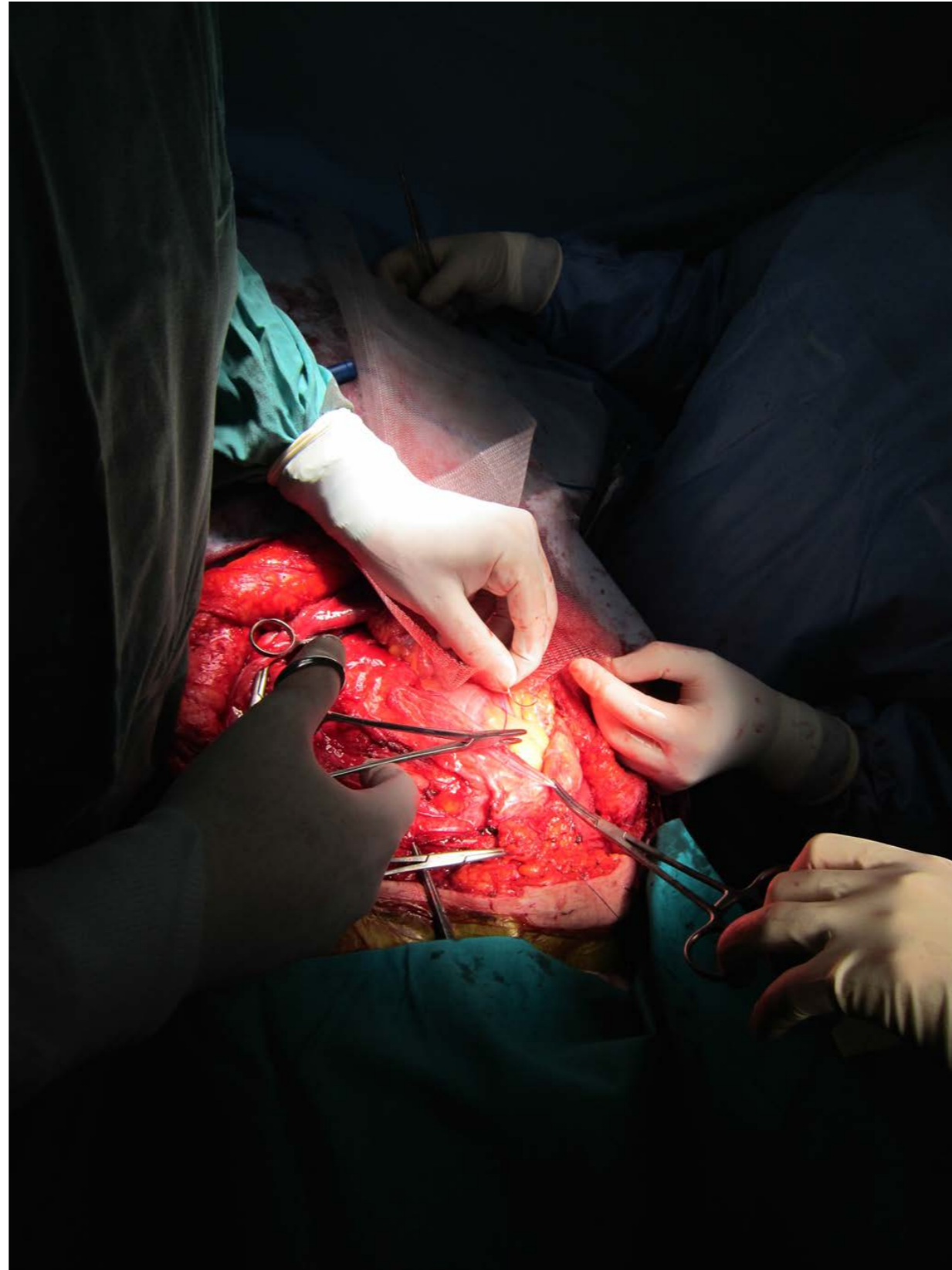
Utilizamos una prótesis de doble cara con validez para contacto con las asas (IPOM)



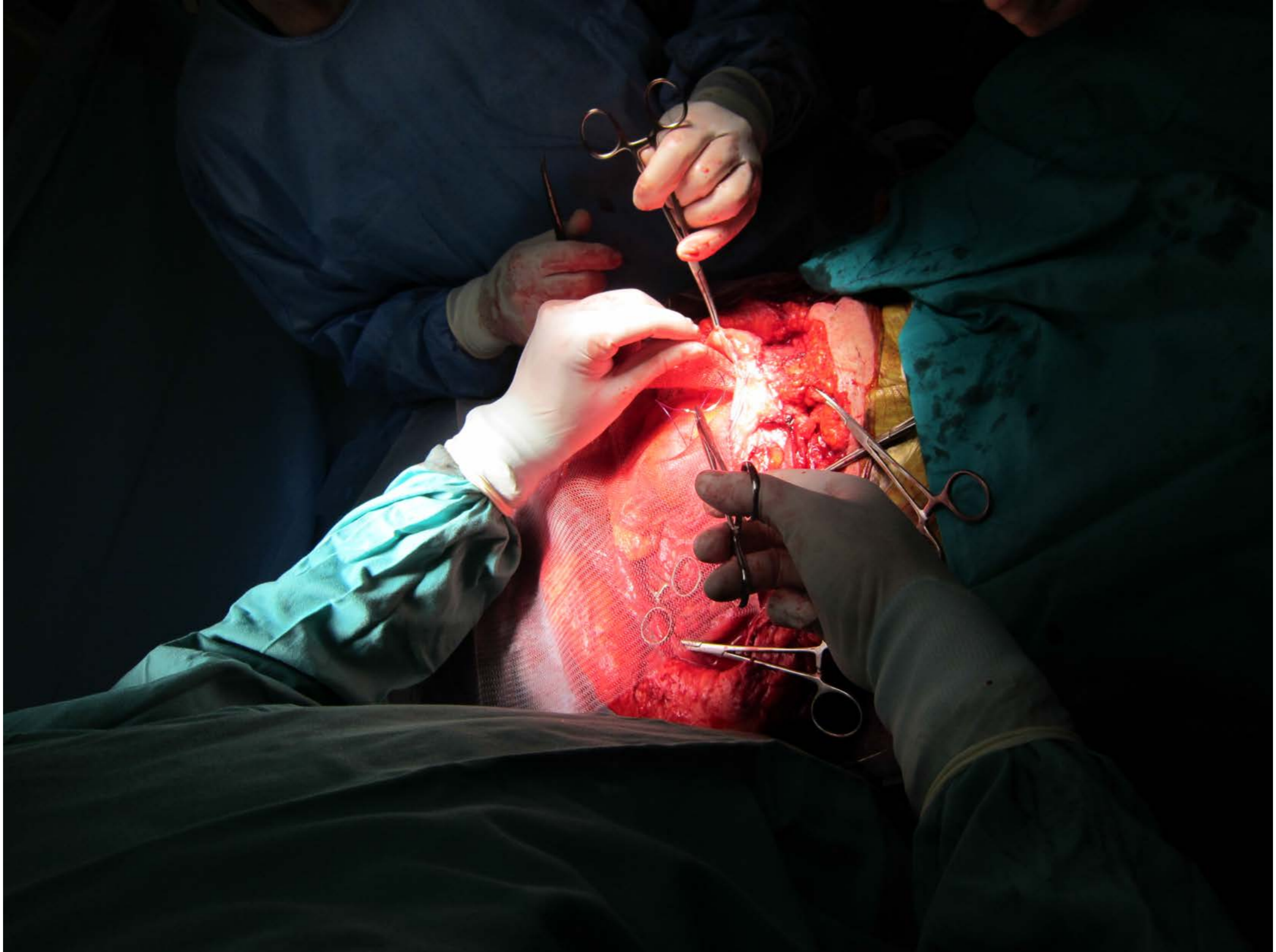
Empezamos a ajustar y darnos cuenta de cómo va a ir la medida de la prótesis intraabdominal



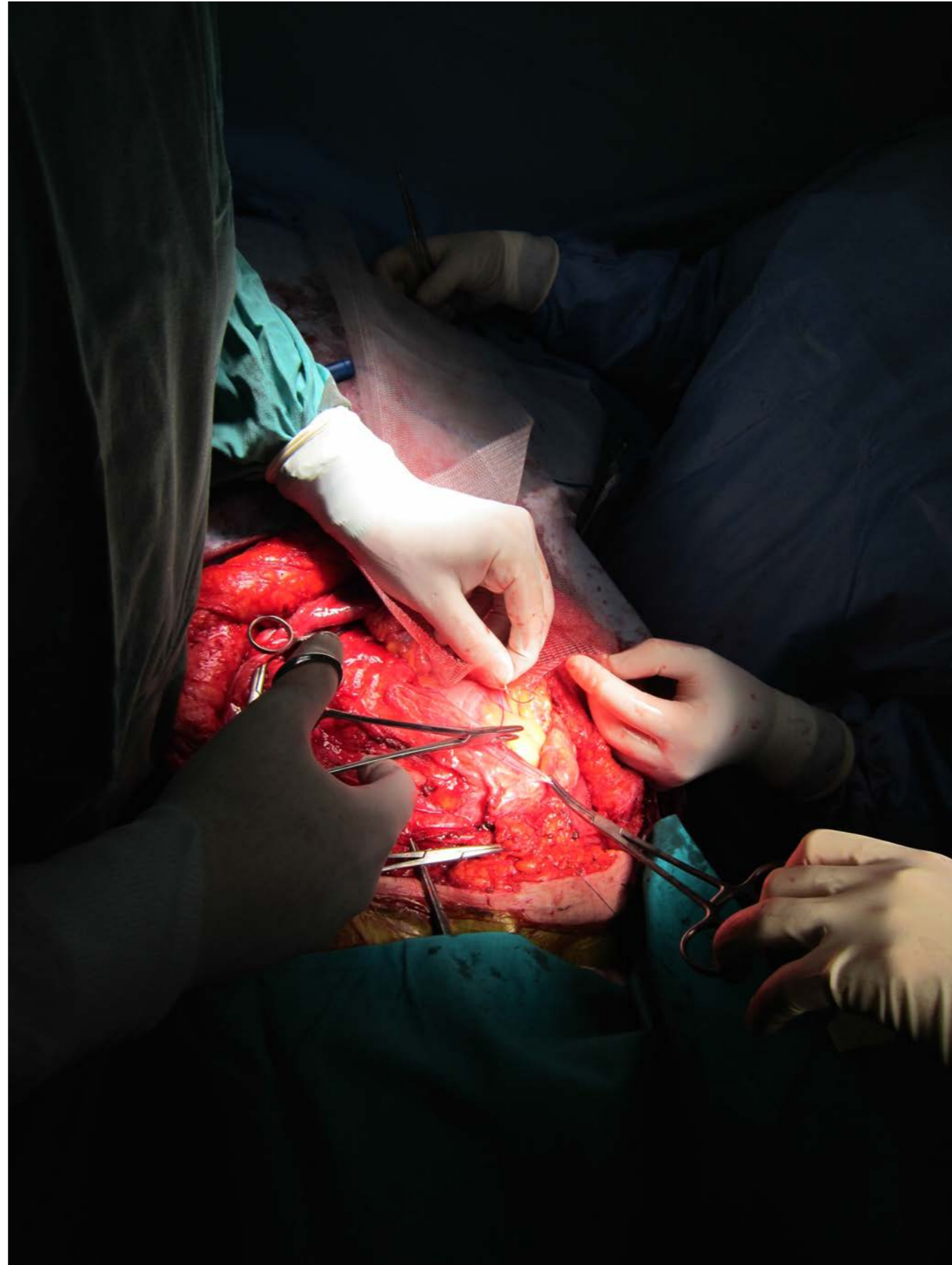
Fijamos con puntos transfixivos de Monomax® la prótesis a los cuatro puntos cardinales



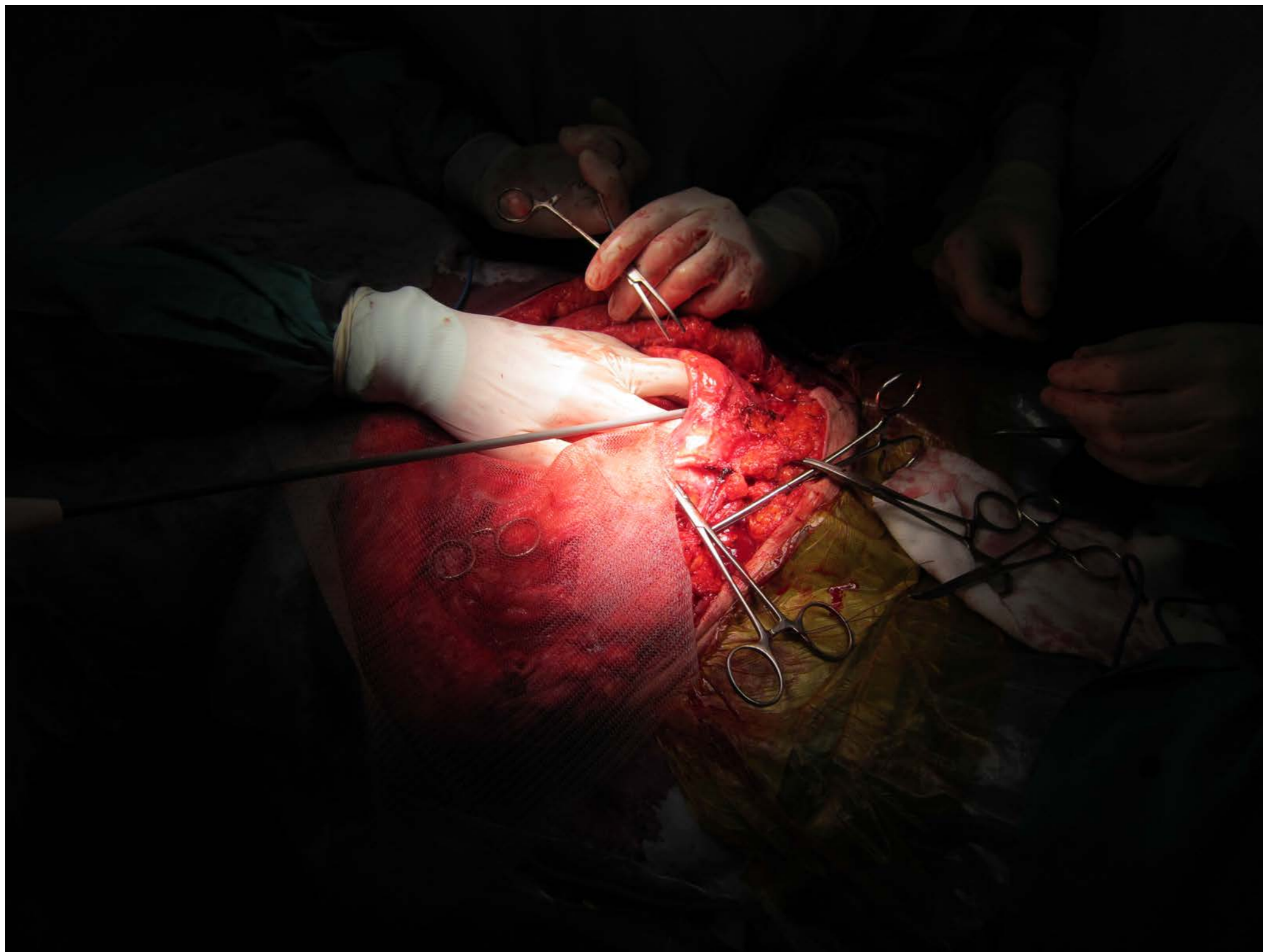
Fijamos con puntos transfixivos de Monomax® la prótesis a los cuatro puntos cardinales



Fijamos con puntos transfixivos de Monomax® la prótesis a los cuatro puntos cardinales

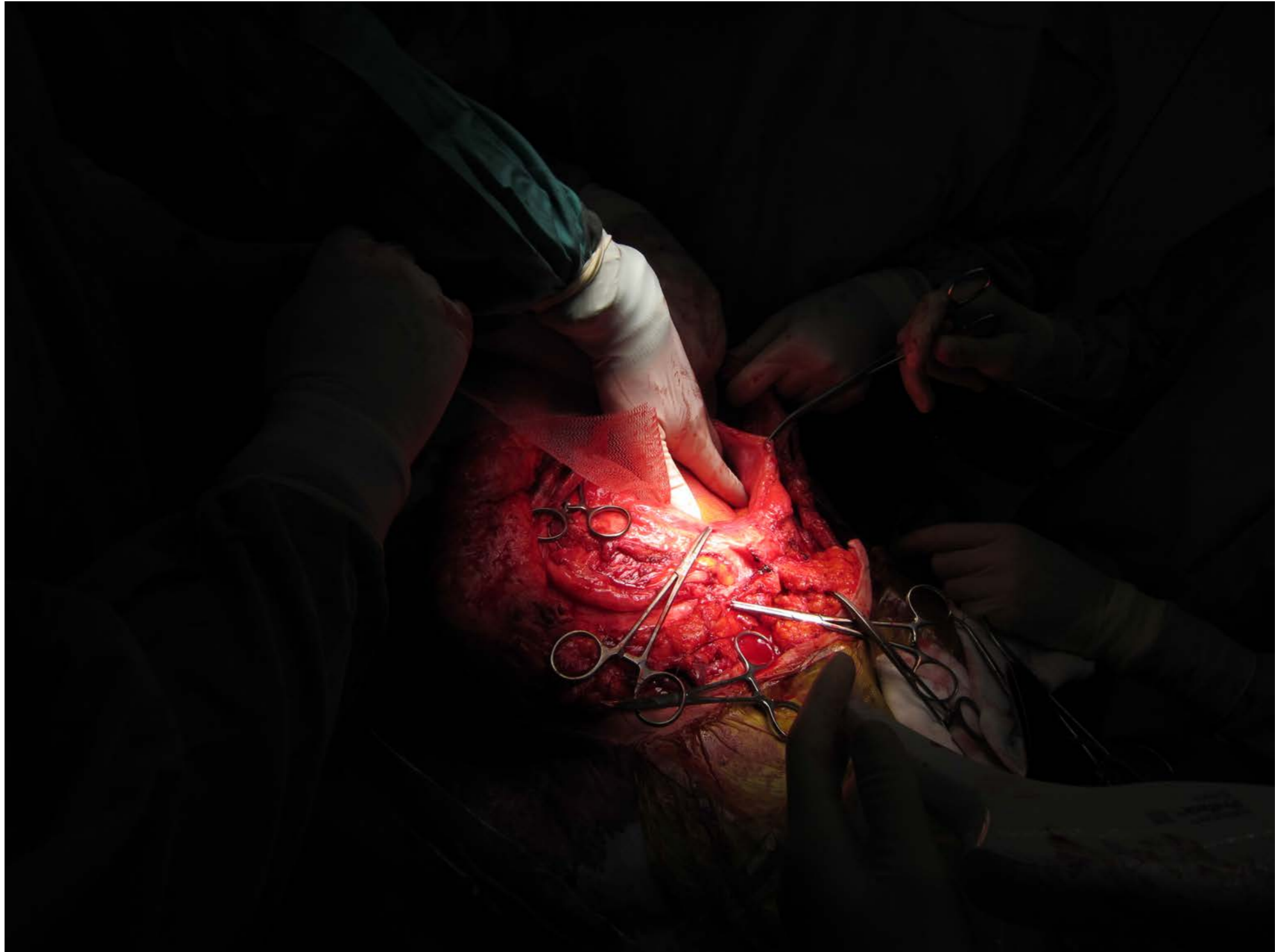


Fijamos con puntos transfixivos de Monomax® la prótesis a los cuatro puntos cardinales

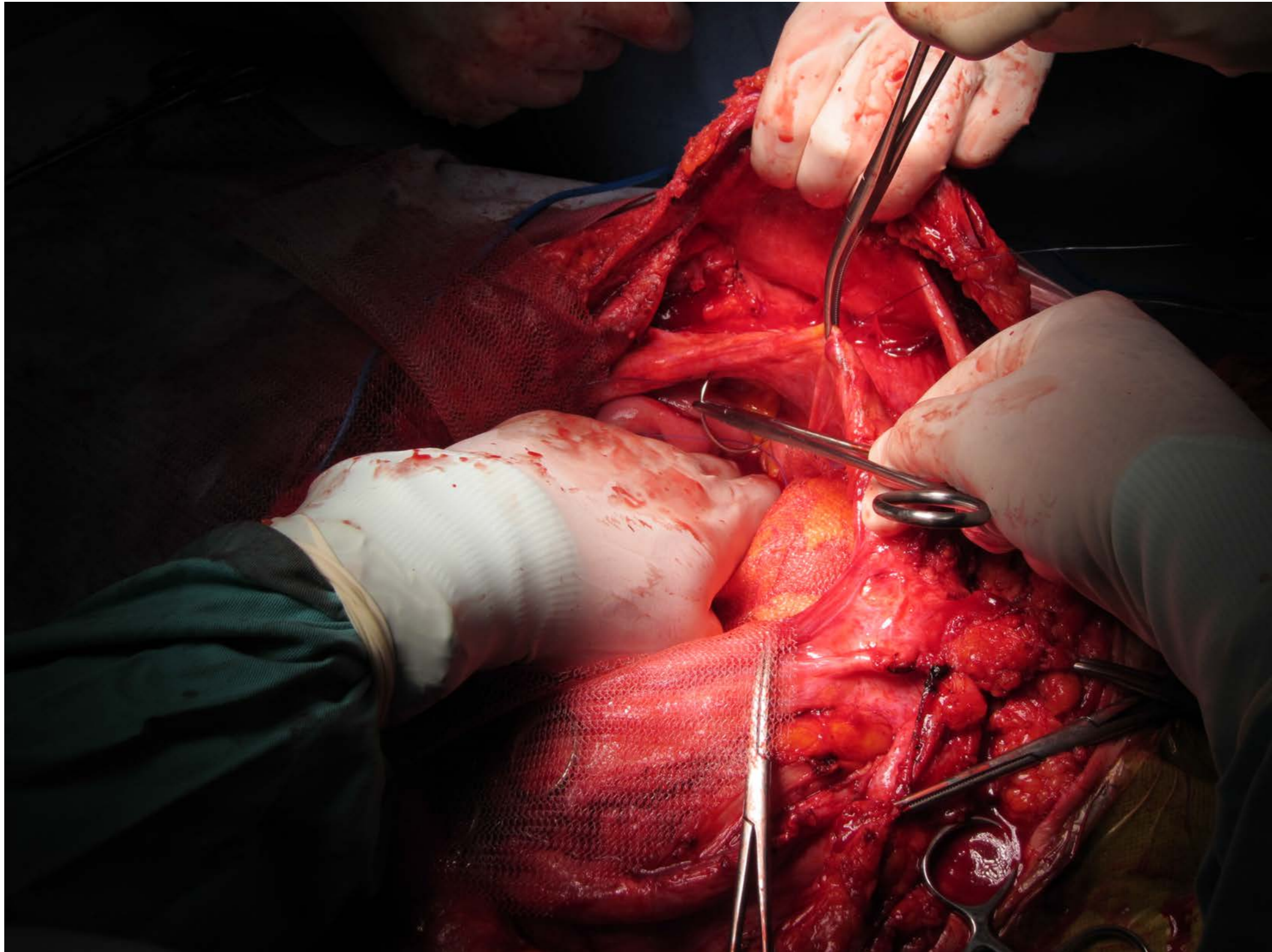


Apoyamos las suturas con grapas helicoidales, tensando la prótesis y sobrepasando el defecto al máximo, siempre mas de 5 cm. Es importante que quede tensa la malla y bien fija sin arrugas.

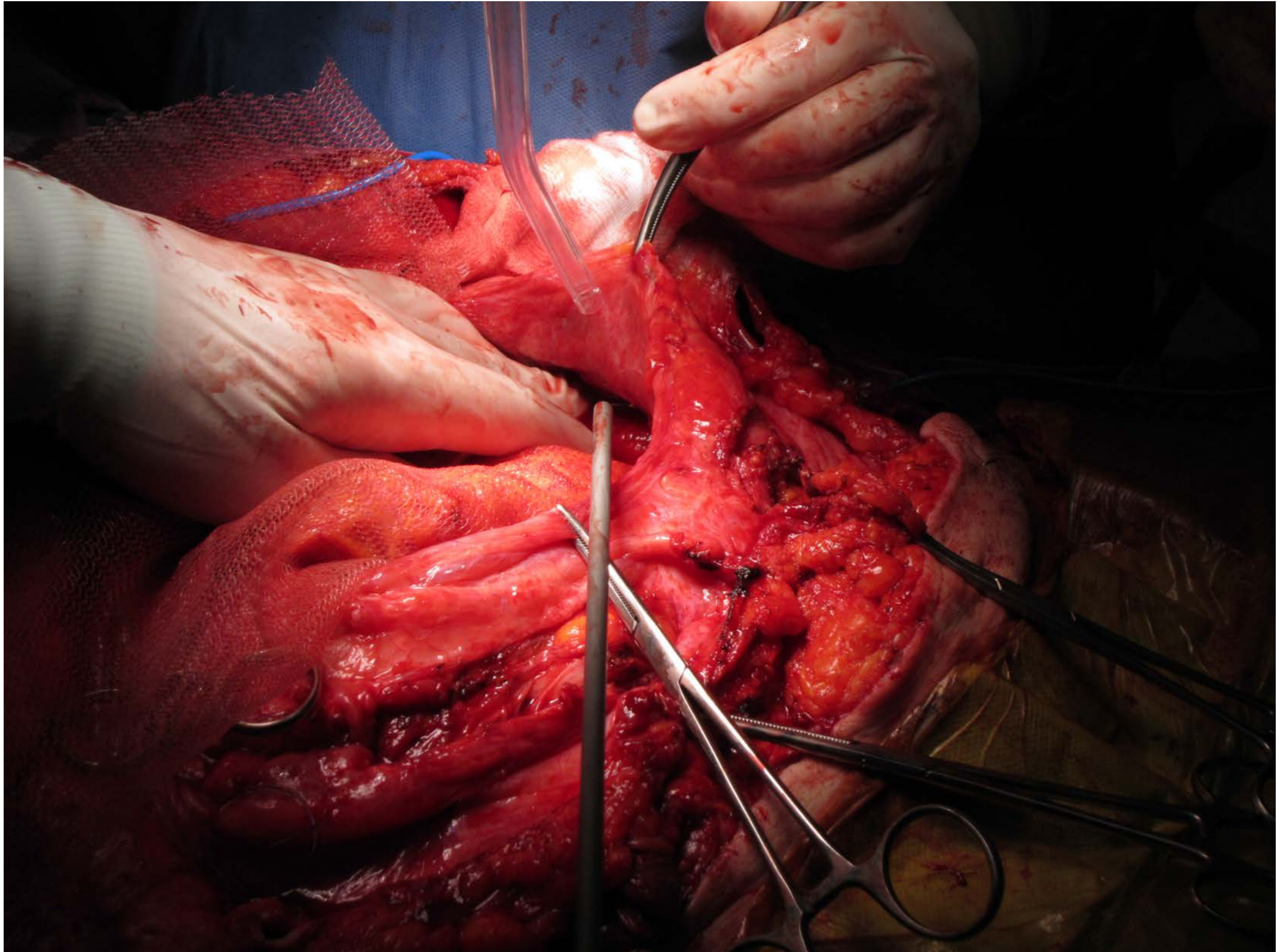




Va quedando bien lisa, el epiplón si lo tenemos por debajo, mejor. Buen solapamiento.

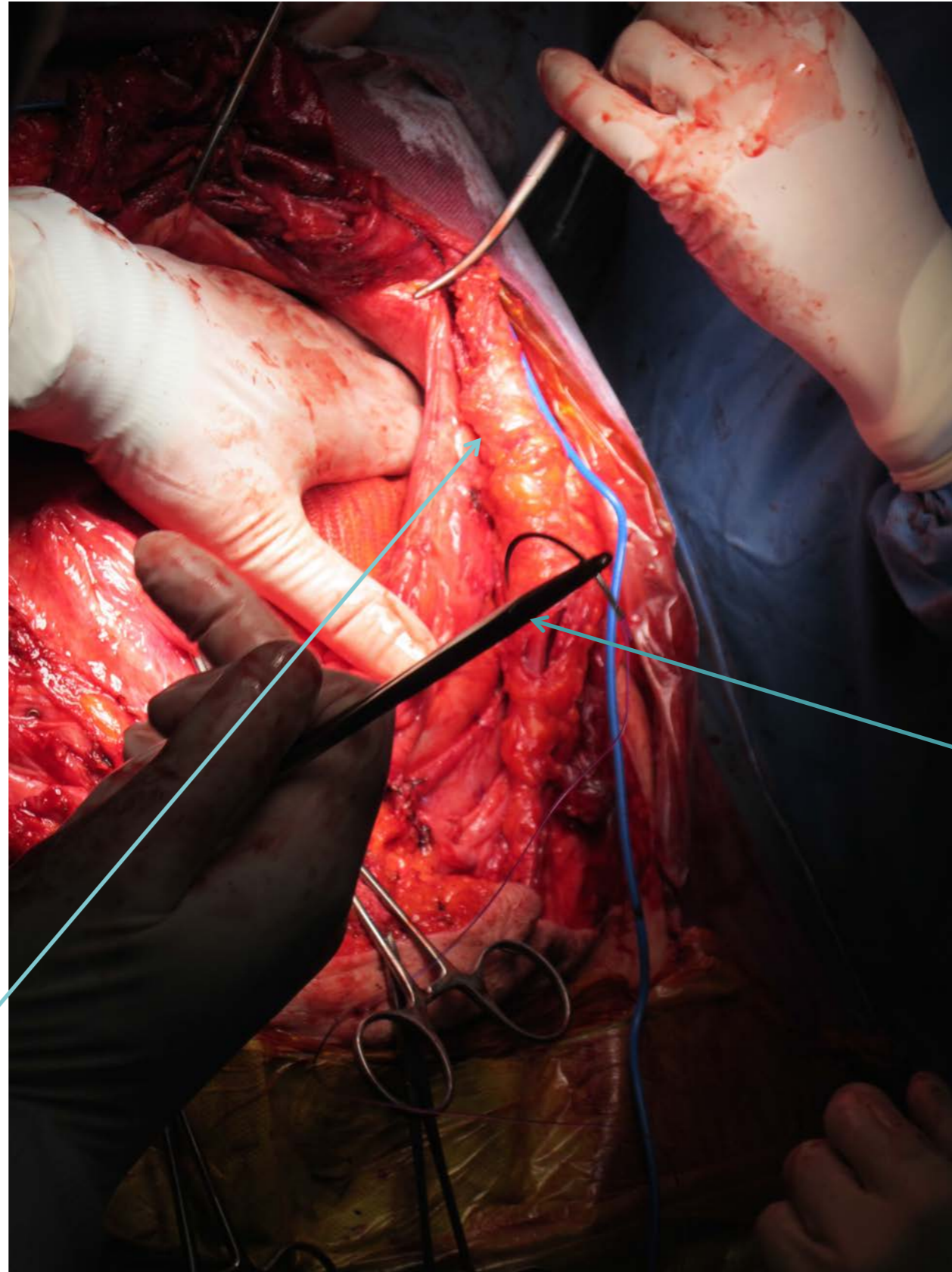


Fijamos con puntos transfixivos de Monomax® la prótesis ( aguja siempre de punta cilíndrica)

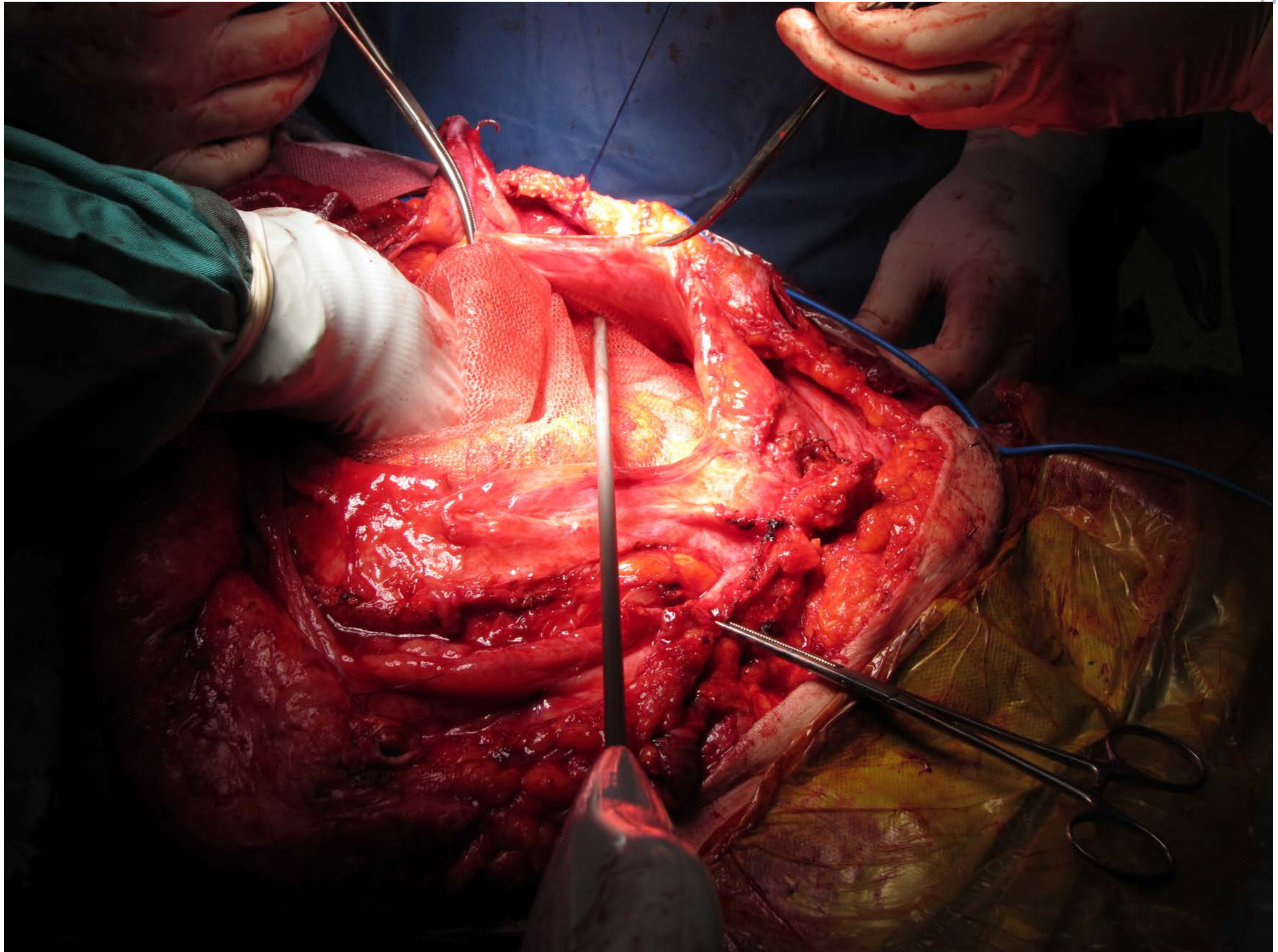


Fijamos también, alternando con grapas helicoidales

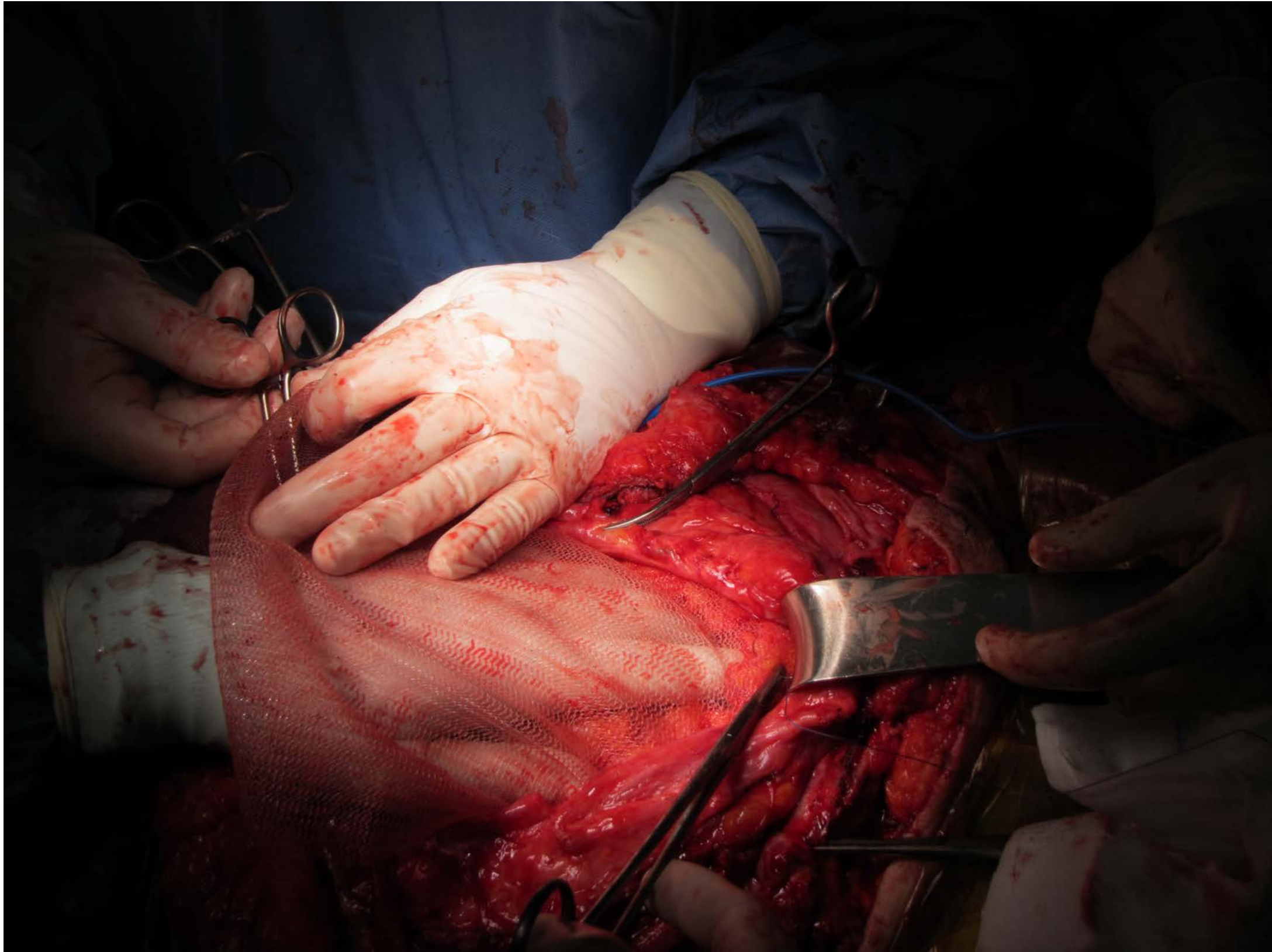
La entrada de los puntos lo mas alejada posible del defecto, en tejidos fuertes, sanos, en la pared muscular y siempre sin anudarlos muy apretados para no provocar necrosis del tejido en el post-operatorio inmediato, soltándose el anclaje. Su misión es sujetar la prótesis segura y firme y duradera.



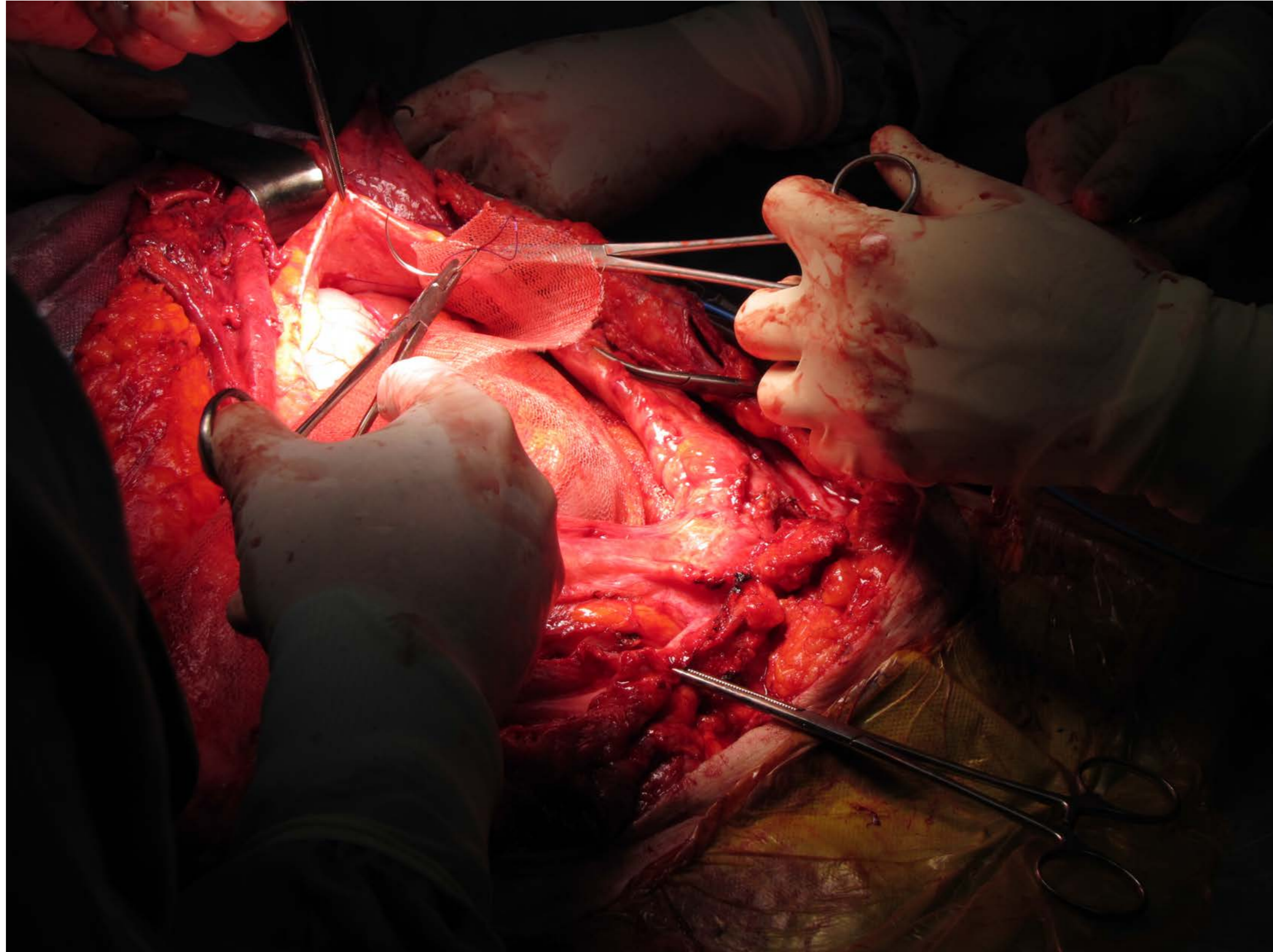
Fijamos con puntos transfixivos de Monomax® la prótesis procurando que esté bien extendida y sin ninguna arruga ni espacio entre puntos que deje colar un asa



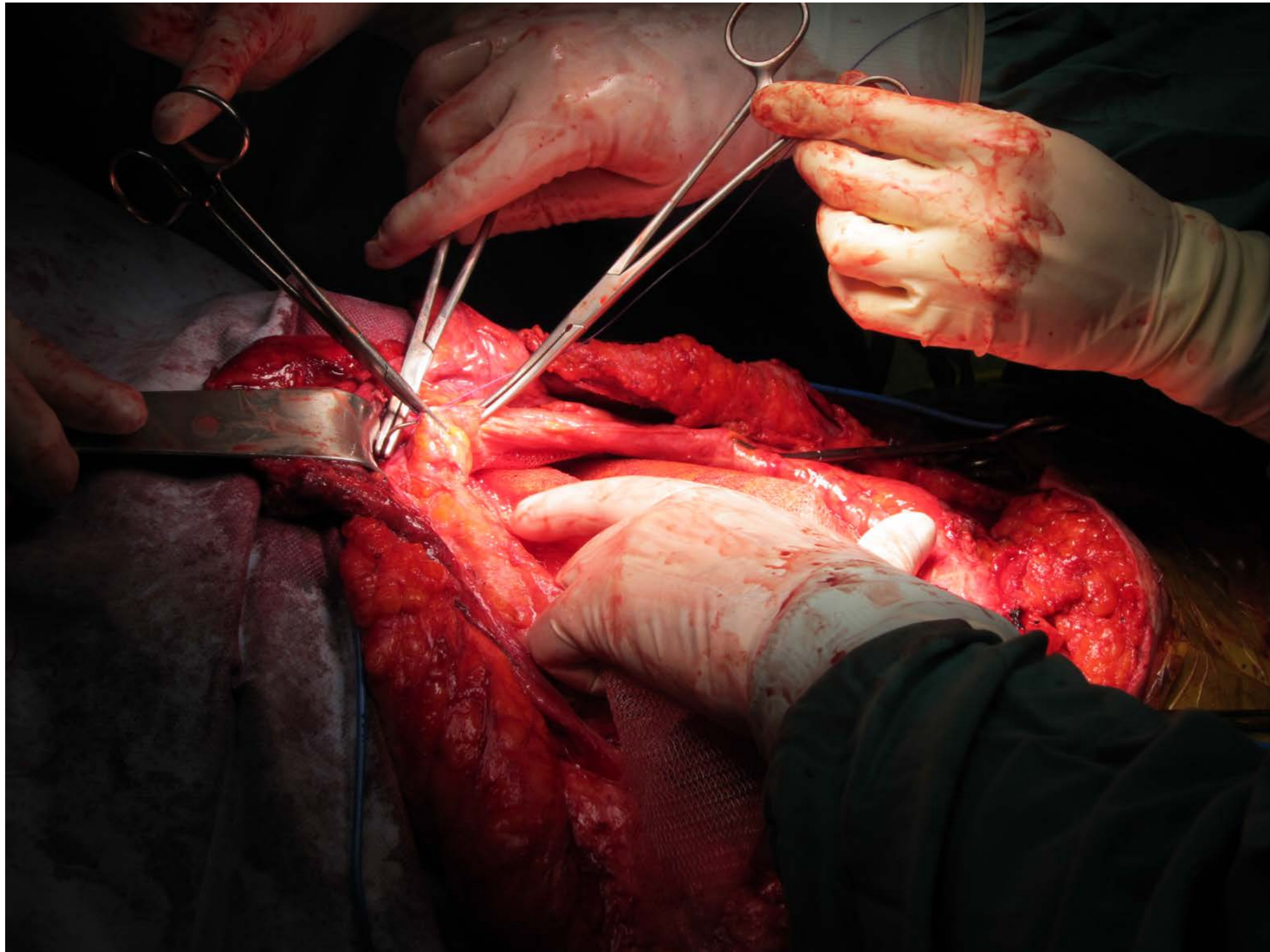
Fijamos también, alternando con grapas helicoidales; ayudándonos al tensar los puntos

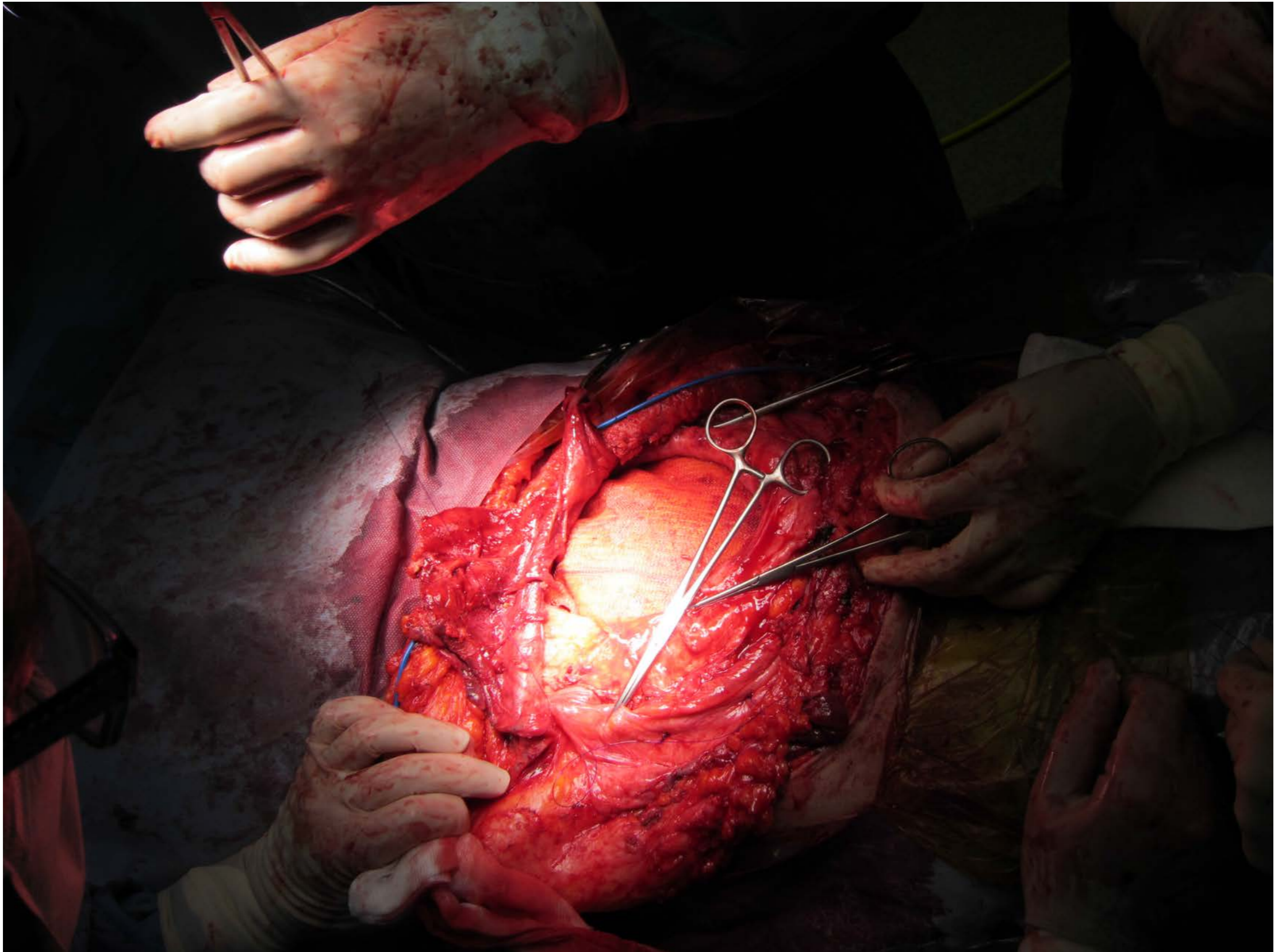


Permanente­mente tenemos cuidado de ajustar, alisar y dar cierta tensión a la prótesis

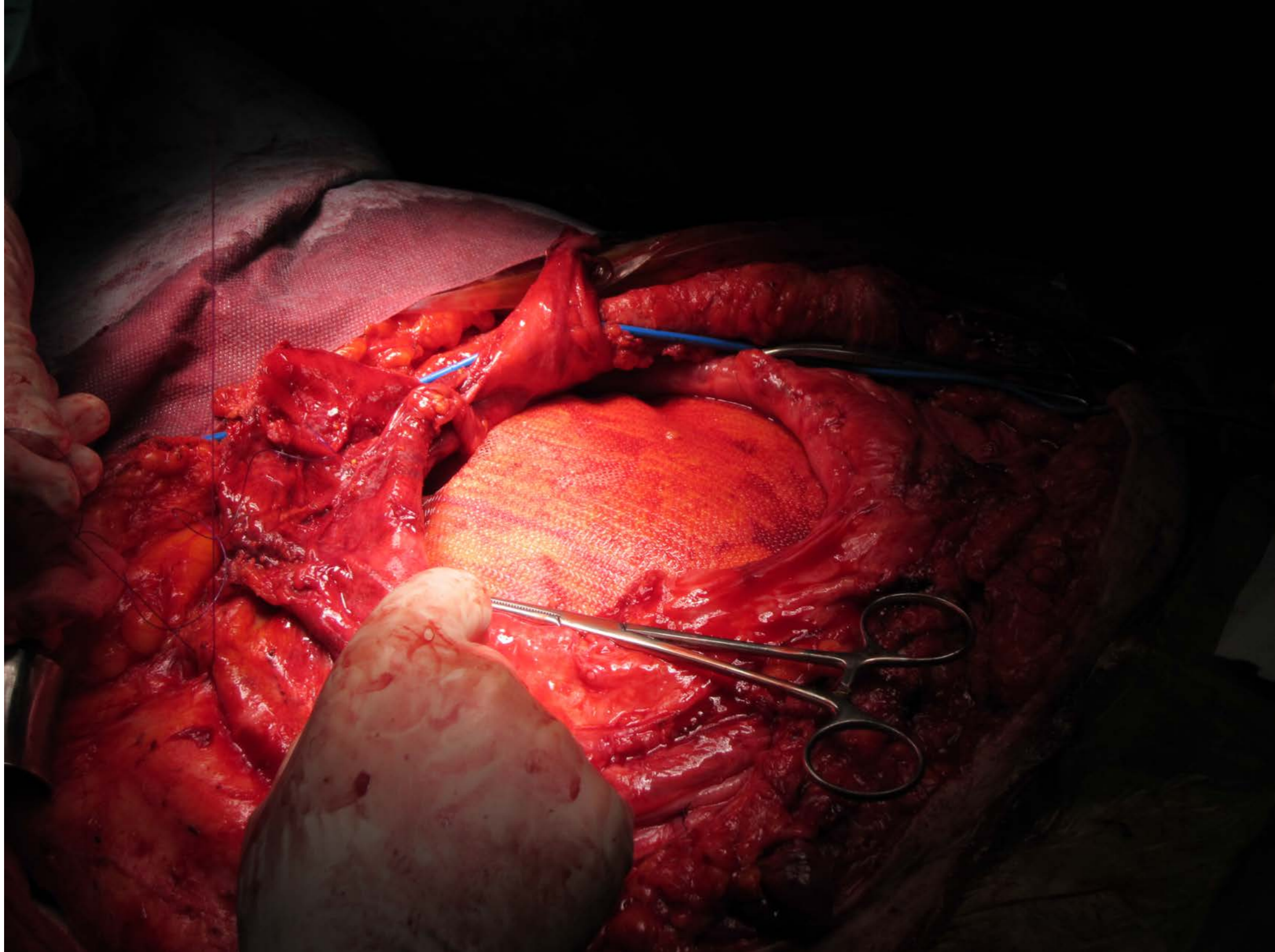


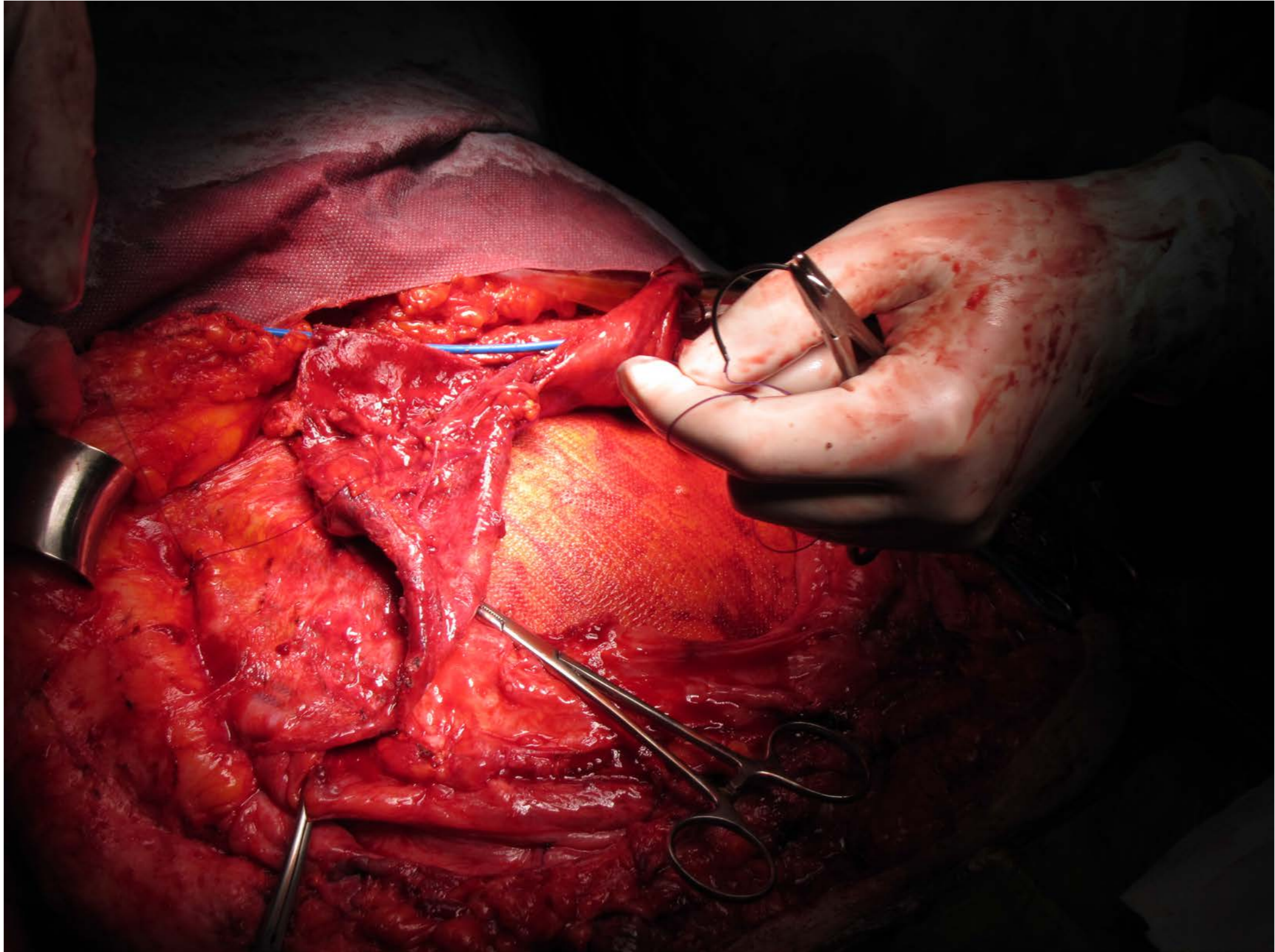
Fijándola en el sentido de agujas del reloj o como mejor nos venga



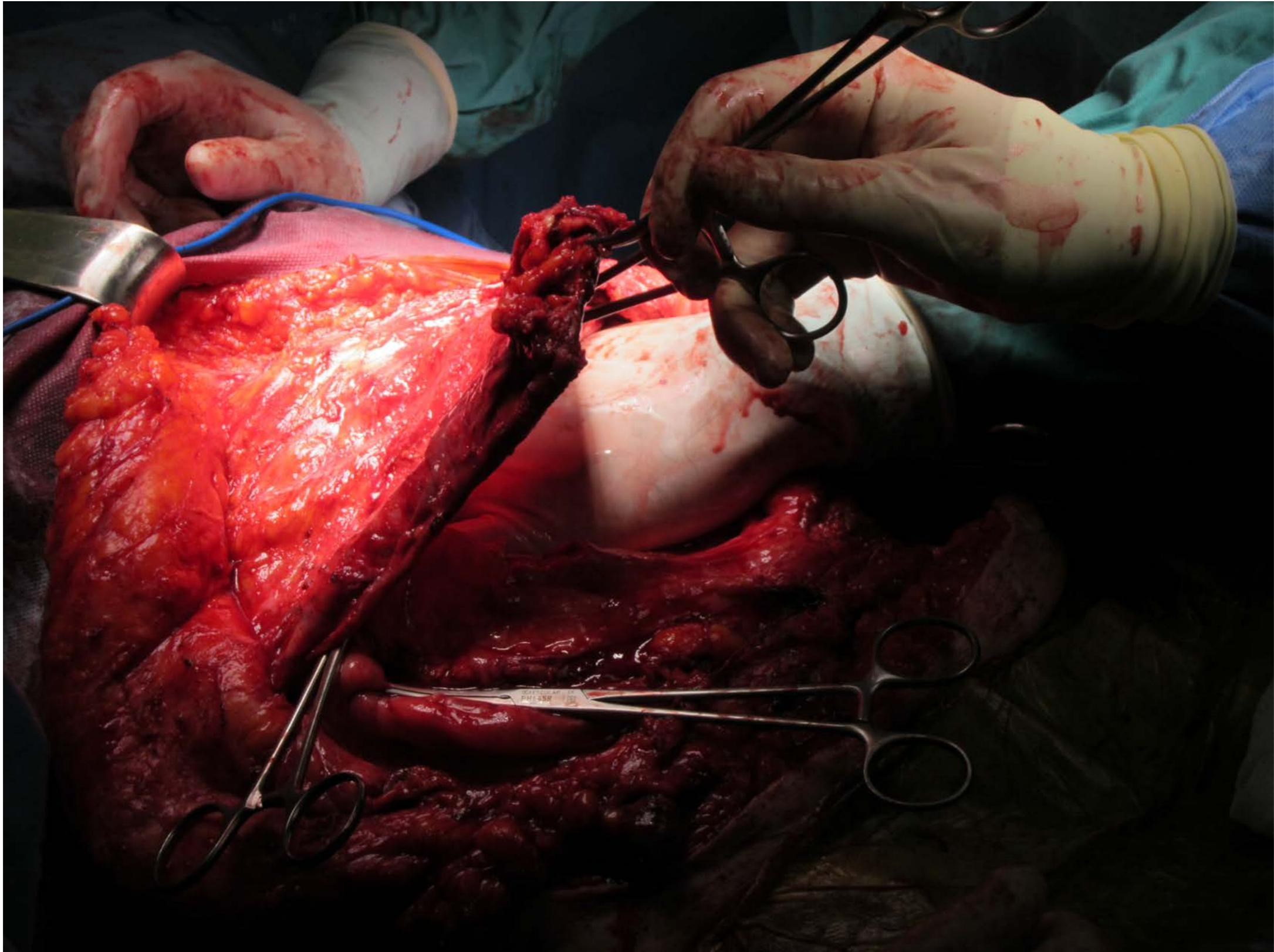


La prótesis intraabdominal está fijada, sin espacios entre puntos, con el epiplón por debajo





Vemos como ha quedado y respetamos el saco fibroso de la antigua prótesis subcutánea



No lo resecamos, lo colocamos por encima de la prótesis, a lo Mayo, completando el cierre



Cierre del tcsc que quede sobre drenajes. Abdominoplastia completada

## Conclusiones y Comentarios

En ocasiones, no tendremos mas remedio que utilizar el recurso de colocar una gran prótesis intraperitoneal en este tipo de eventraciones, con atrofias musculares y mallas previas integradas en la fina pared abdominal.

En este caso, no encontramos otra solución, ante la imposibilidad de practicar una separación de componentes, ni incisiones de descarga. Un buen recurso fue, no reseca el saco que formaba cuerpo con la antigua malla, lo que nos permitió cubrir la prótesis.

Utilizamos una prótesis de 30 x 45 de DynaMesh-IPOM compuesta por un 88 % de PVDF altamente purificado y un 12 % de polipropileno (PP).

Es importante también, poder ofrecer una abdominoplastia para corregir los defectos tróficos de la piel.

El resultado a los siete meses, es excelente.