

Tratamiento de las eventraciones del Hemiabdomen inferior Mediante Plastia Preperitoneal de refuerzo con mallas Sintéticas

Dres. Hugo Maglione*, Alfredo Armand Ugon*,
Eduardo Garat**, Ricardo Mayol**

*Clínica Quirúrgica "2". Prof. Uruguay Larre Borges.
Hospital Maciel. Facultad de Medicina - Montevideo -
Uruguay*

Presentado como Tema Libre en el XXII Congreso Uruguayo de Cirugía. Carmelo, 26-29 de noviembre de 1981 Uruguay;

*Asistente de Clínica Quirúrgica.

**Médicos Auxiliares.

Dirección: 19 de abril 230. Carmelo, Colonia. (Dr. H. Maglione).

RESUMEN

Se describen los espacios utilizables para la colocación de mallas sintéticas de refuerzo en las plastias de las eventraciones.

Se señalan las ventajas que proporciona la utilización del espacio preperitoneal. Se resume la técnica, y se presenta la experiencia con 15 pacientes tratados y 00/o de recidivas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) Medlars:
Abdominal Wall

SUMMARY

Sintetic grafts placements in reparation of eventrations are deserised

Useful spaces for reinforcement sintetic grafts placement in reparation of eventrations are described.

Advantages of preperitoneal space is remarked.

Technic is summarized and experience in 15 patients and 00/o of recurrency is presented.

INTRODUCCION

El tratamiento de las eventraciones del hemiabdomen inferior está signado por el alto porcentaje de recidivas.

Uno de los recursos utilizados para evitarlas es el uso de mallas protésicas. Estas pueden colocarse de modo que sustituyen la pared o a modo de refuerzo de la plastia hecha con los tejidos propios de la pared abdominal. Es a estas mallas de refuerzo que nos referiremos en este trabajo.

La malla puede colocarse en diversas situaciones (1,2,3,5,6):

- En el tejido celular subcutáneo, lugar poco apto para colocar materiales irreabsorbibles, ya que la infección y la eliminación de estos se produce en alto porcentaje de casos.

- En el sector retroparietal y preomental o espacio omento-parietal, limitado por el epiplón por detrás y el peritoneo parietal por delante. Las dimensiones de este espacio dependen del desarrollo del epiplón mayor, lo que es variable.

- En diversas situaciones respecto al plano músculo aponeurótico. En el se pueden describir tres espacios clivables:

1. El espacio pre-fascial retromuscular, que separa la cara posterior de los rectos anteriores del abdomen de la hoja posterior de su vaina. Este espacio está interrumpido por las fijaciones que existen entre estas dos estructuras. Es sobre todo supraumbilical.

2. El espacio interfascial, comprendido entre la fascia trenversalis y la hoja posterior de la vaina de los rectos. Es un espacio de muy difícil decolamiento. Al igual que el anterior es sobre todo supraumbilical.

3. El espacio retrofascial preperitoneal y prevesical, que separa el plano peritoneal de la fascia transversalia. Es el mas extenso por sus dimensiones, ya que se extiende desde el apéndice xyfoides hasta detras del pubis y lateralmente se puede realizar el decolamiento hasta sobrepasar los uréteres, pudiéndose descubrir la vena cava a derecha y la aorta a izquierda. (4).

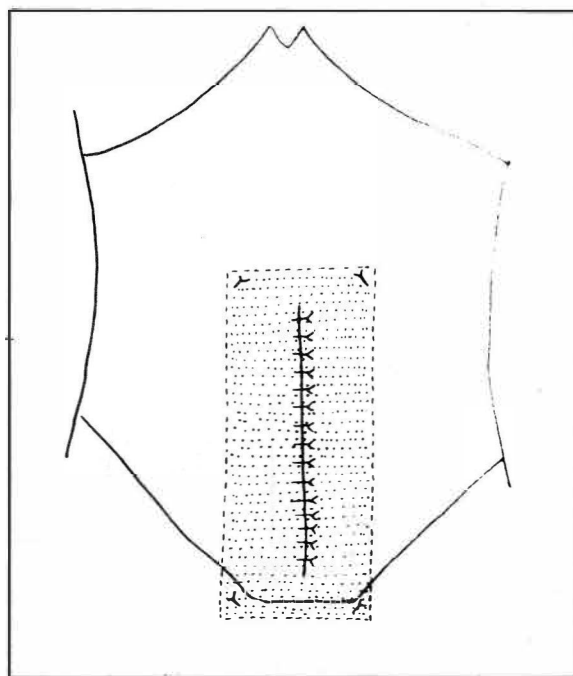


Fig. 1.- La malla (en punteado) esta fija por sus cuatro ángulos y rebasa ampliamente la brecha parietal.

El presente trabajo se basa en la experiencia adquirida en el tratamiento de 15 pacientes en los que hemos realizado la plastia parietal reforzando el cierre con malla sintética colocada en el espacio preperitoneal.

La indicación de utilizar el procedimiento surgió ante pacientes con mala pared muscular, en los que el cirujano preveía un mal resultado de la plastia.

Se consideró una contraindicación la existencia de un proceso séptico parietal o visceral.

ASPECTOS TECNICOS

- Se realiza la disección del saco de eventración.
- Se abre el mismo y se trata su contenido de ser necesario.
- Se reseca el saco y se cierra peritoneo.
- Se realiza el decolamiento del plano peritoneal de modo que rebase ampliamente la brecha parietal.
- Se coloca una malla de Marlex o Prolene a ese nivel de dimensiones acordes al decolamiento anterior. Se fija a la pared por sus ángulos con puntos separados de hilo irreabsorbible. Estos son los que mantienen la malla en posición hasta que se produce su fijación definitiva por incorporación por parte del tejido conjuntivo.
- Se realiza el cierre parietal quedando la malla totalmente oculta por el mismo. La malla no queda en contacto con el tejido celular subcutáneo.

CASUISTICA

Se realizó el procedimiento en 15 pacientes; 10 mujeres y 5 hombres. Sus edades oscilaron entre 52 y 78 años.

El defecto parietal tratado consistió en:

- | | |
|--|---|
| - Eventración de mediana infraumbilical: | 6 |
| - Eventración de hernia inguinal: | 5 |
| - Eventración de Jalaguier: | 1 |
| - Eventración de Mac Burney: | 1 |
| - Eventración de Pfannenstiel: | 1 |
| - Eventración de paramediana izquierda: | 1 |

El seguimiento máximo fue de 26 meses.

Se presentaron complicaciones en el postoperatorio en 5 casos: en 3 pacientes presentó infección del celular y en 2 hematomas del mismo.

En una paciente reintervenida 1 año luego de la plastia se constató el deslizamiento parcial de la malla.

La plastia fue satisfactoria en los 15 casos, no existiendo fenómenos de rechazo ni recidivas.

COMENTARIOS

El refuerzo de la plastia parietal en las eventraciones mediante una amplia malla de material irreabsorbible, colocada en el espacio preperitoneal, se basa en

que esta debe de ser incorporada al organismo por parte del tejido conjuntivo.

El procedimiento es técnicamente fácil de realizar.

Pese a colocar un material no reabsorbible se tuvo un 00/o de complicaciones infecciosas del espacio peritoneal, lo que nos indica que en este espacio el organismo se defiende bien de la infección.

Se tuvieron excelentes resultados en cuanto a continencia de la plastia, a pesar de que el plazo de seguimiento no es muy prolongado.

En un caso se tuvo que reintervenir a una paciente un año después de la plastia por una oclusión intestinal por brida no involucrada con el procedimiento. Se halló que la malla se había plegado en un extremo, lo que se atribuye a un defecto en la fijación de la misma.

Creemos que este procedimiento debe emplearse en los casos de mala pared en que una reparación autoplástica tiene grandes posibilidades de fallar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.FRUCHAUD, H.: "Du retentissement de la position debout propre à l'homme sur l'anatomie de la region de l'aine. Consequences chirurgicales. Les bases anatomiques du traitement chirurgicale des hernies de l'aine. Mém. Acad. Chir. 79:652, 1953.
- 2.NEIDHAROT, J.R.: "Remarques sur l'anatomie - chirurgicale de la paroi abdominale entero-latérale. Actualités Chirurgicales. Congres Francais de Chirurgie 75o. Paris, Masson, 1974.
- 3.NYHUS LLOYD, M., HARKINS, H.M. "Hernie". Philadelphia, JB Lippincott, 1964.
- 4.ODIMBA, B.F.K.; STOPPA, R.; LAUDE, M.; HENRY, X., VERHAEGHE, P.: "Les espaces clivables sousparietaux de l'abdomen". J.Chir. 117:621, 1980.
- 5.ROUVIERE, H.; "Anatomia humana" 90 ed. Paris, Masson, 1962.
- 6.STOPPA, R.; HENRY, X.; CANARELLI, J.P. y cols'; "Les indications de méthodes opératoires sélectionnées dans le traitement des éventrations post-opératoires de la paroi abdominale antéro latérale". Chirurgie 105:276, 1979.