



# Reparación de hernia ventral consecuente a laparostomía

MANUEL ANTONIO VILLA SÁNCHEZ, MD\*, FRANCISCA ÁLVAREZ, MD\*\*, ALBERTO ROA ROSSI, MD\*\*\*

*Palabras clave:* hernia ventral, reconstrucción, colgajos, prótesis, músculos abdominales.

## Resumen

*Se presenta una serie de casos de corrección de laparostomía en el Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia, mediante la técnica de separación de componentes de la pared abdominal en el periodo comprendido entre junio de 2001 y diciembre de 2002.*

*Es una técnica que utiliza incisiones de relajación y construcción de colgajos fasciomusculares para la corrección de grandes defectos en la pared abdominal, mediante la cual se evita el uso de prótesis.*

*Se corrigieron defectos que oscilaban entre 14 - 18 cm de diámetro y 20 - 26 cm de longitud; sólo en un caso fue necesario utilizar malla por no poder cubrir completamente el defecto. Se presentó una reproducción en*

*un paciente en quien se encontró además un tumor renal, lo cual puede explicar un aumento adicional de la presión intraabdominal. No hubo cambios importantes ni en las resistencias de la vía aérea ni en la presión intraabdominal. Como complicación mayor, un paciente falleció luego de presentar sepsis de origen abdominal por dehiscencia de anastomosis colocolónica realizada en el mismo tiempo quirúrgico y como complicaciones menores, algunos seromas e infección superficial de sitio operatorio.*

*En conclusión se considera, una técnica útil en casos seleccionados que presenta ventajas frente al uso de prótesis y las posibles complicaciones asociadas a estas.*

## Introducción

El conocimiento cada vez más profundo de los fenómenos fisiopatológicos subyacentes en los pacientes politraumatizados, la aceptación general de la cirugía de control de daños, el manejo más frecuente de pacientes en laparostomía y lavados abdominales secuenciales, así como mayor porcentaje de sobrevivientes ante lesiones complejas ha generado una población de pacientes con grandes defectos en la pared abdominal que constituyen un desafío durante el intento posterior de corrección.

\* Residente de Cirugía General, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.

\*\* Docente Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.

\*\*\* Docente Departamento de Cirugía, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.

Fecha de recibo: Mayo 10 de 2003  
Fecha de aprobación: Julio 1 de 2004

Los defectos de la pared abdominal gigantes, o sea mayores a 10 cm <sup>(1,2)</sup>, tradicionalmente han sido corregidos mediante el uso de prótesis PTFE, polipropileno, marlex, etc.; sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones <sup>(2)</sup>, entre otras: adherencias, fístulas, infección, extrusión. Además conceptualmente se basa en el uso de un elemento pasivo que tiene repercusión en la biomecánica de la pared abdominal <sup>(3)</sup>, así como gran dificultad técnica para posteriores accesos a la cavidad abdominal.

El empleo de incisiones de relajación no es nuevo en la cirugía de la pared abdominal; las primeras descripciones de su uso datan de dos siglos atrás: Wofler las menciona en 1892 en su método para corrección de hernias inguinales <sup>(4)</sup>. En la corrección de hernias de la línea media en la literatura se encuentran las incisiones de Gibson, Clotteau-Prémont y Albanese <sup>(1)</sup>. En el contexto del uso de incisiones de relajación en la corrección de defectos de la pared abdominal, aparece la técnica de separación de componentes descrita por Ramírez *et al.* <sup>(5)</sup> que evalúa y resume las experiencias previas, en un estudio clínico patológico donde presenta su método y resultados, del cual se han descrito modificaciones y reevaluaciones con el paso del tiempo <sup>(5-8)</sup>.

Dado que los elementos musculares de la pared abdominal están distribuidos en diferentes direcciones, la movilización en conjunto de la pared abdominal para la corrección de defectos es limitada. La técnica de separación de componentes se basa en el conocimiento detallado de la anatomía y en las dos condiciones siguientes: 1. El músculo oblicuo externo puede separarse fácilmente del oblicuo interno en un plano avascular, y 2. El músculo recto abdominal puede separarse de la hoja posterior de la vaina del recto sin alterar su irrigación para crear un colgajo fasciomuscular compuesto por el recto abdominal con su unión a la capa muscular constituida por oblicuo interno y transverso del abdomen, que permite un desplazamiento de 5 cm en el epigastrio, 10 cm en el ombligo y 3 cm a nivel suprapúbico (figura 1).

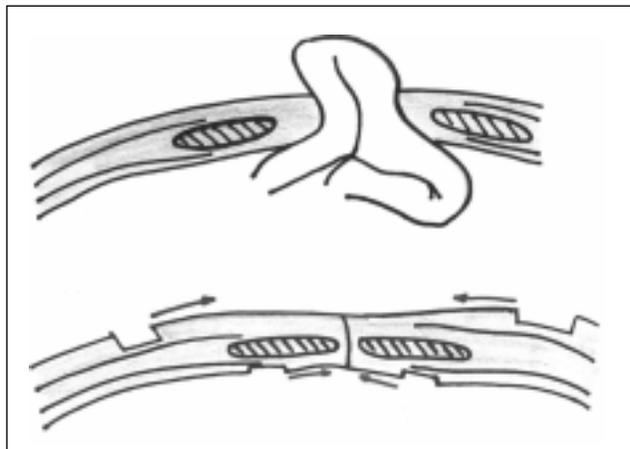


FIGURA 1. El uso de incisiones de relajación permite la corrección de los defectos de la pared abdominal.

## Descripción de la técnica

### Disección de los colgajos laterales

En un plano superficial al plano aponeurótico hasta exponer adecuadamente la inserción aponeurosis del oblicuo externo con el recto abdominal (figura 2).



FIGURA 2. La disección de los colgajos laterales requerida para la realización de incisiones de relajación.

### Incisión en el oblicuo externo

Se realiza 1 a 2 cm lateral a la inserción aponeurosis del oblicuo externo con el recto abdominal (figura 3).



FIGURA 3. Incisión de relajación en el oblicuo externo.

### Liberación de la hoja posterior de la vaina de los rectos

Se incide la hoja posterior de la vaina del recto y en un plano avascular se libera del músculo (figura 4).

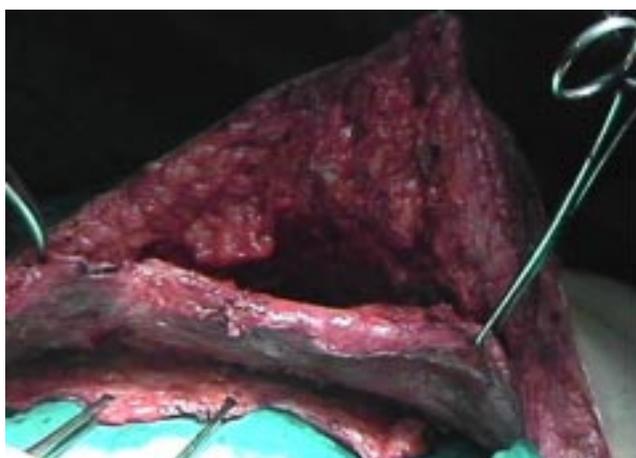


FIGURA 4. Incisión en la hoja posterior de la vaina del recto.

### Sutura de la línea media

Las incisiones previas permiten corregir el defecto suturando la línea media de manera usual (figura 5).



FIGURA 5. Sutura de la línea media.

## Material y métodos

Se presenta la experiencia en el Hospital Universitario de La Samaritana en el periodo julio de 2001 y diciembre de 2002.

La técnica se realizó en pacientes atendidos por consulta externa con defectos gigantes de la pared abdominal de cuatro o más meses de evolución, secundarios a manejo con laparostomía.

Se les practicó la evaluación prequirúrgica usual, se hospitalizaron el día previo a la cirugía con indicaciones de dieta líquida desde el día anterior a hospitalización y preparación mecánica de colon.

## Resultados

La técnica se utilizó en 20 pacientes, con la cual fue posible la corrección de defectos importantes con estancias hospitalarias en el post operatorio entre tres y cinco días. Se utilizó un sistema de drenaje cerrado en el plano de disección de los colgajos laterales y se retiró entre los días tres y cinco del postoperatorio. En uno de los pacientes fue necesario el uso de malla debido al tamaño del defecto. Uno presentó como complicación dehiscencia de la anastomosis ileocolónica que se había realizado en el mismo tiempo quirúrgico con sepsis que requirió manejo nuevamente con laparostomía y ostomías; además evidenció síndrome de intestino corto por la resección intestinal y finalmente falleció (tabla 1 y figuras 6 a 9).

TABLA 1

*Resultados obtenidos en el Hospital Universitario de La Samaritana con el uso de la técnica de separación de componentes de la pared abdominal en la corrección de hernias ventrales consecuentes a laparostomía*

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| Pacientes                            | 20          |
| Edad (años)                          | 18 - 70     |
| Longitud defecto (cm)                | 14.0 - 22.0 |
| Diámetro defecto (cm)                | 10.0 - 18.0 |
| Patologías                           |             |
| Laparostomía                         | 13          |
| Laparostomía y colostomía            | 3           |
| Laparostomía y fístula intestinal    | 2           |
| Laparostomía y fístula vesical       | 1           |
| Extrusión malla y fístula intestinal | 1           |
| Complicaciones                       |             |
| Muerte                               | 1           |
| Infección sitio operatorio           | 1           |
| Seroma                               | 2           |
| Recurrencia                          | 1           |



FIGURA 6. Paciente con laparostomía y fístula intestinal.



FIGURA 7. Paciente con laparostomía antes y después de la corrección quirúrgica.

## Discusión

Presentamos nuestra experiencia en esta técnica con el objetivo que sea tenida en cuenta como una herramienta de gran utilidad en el manejo de los pacientes con laparostomía.

En el seguimiento que se realiza a estos pacientes hay que anotar que sólo han continuado en control el 70%, esto se puede explicar por la clase de población que atiende nuestra institución, cuya mayoría habita en zona rural de difícil acceso del departamento de Cundinamarca.

La recurrencia se presentó en el único paciente que por el tamaño del defecto fue necesario colocar malla de polipropileno, dicha recurrencia se explica porque el paciente presentó un tumor renal derecho, causa segura del incremento de la presión abdominal y la consiguiente reproducción.

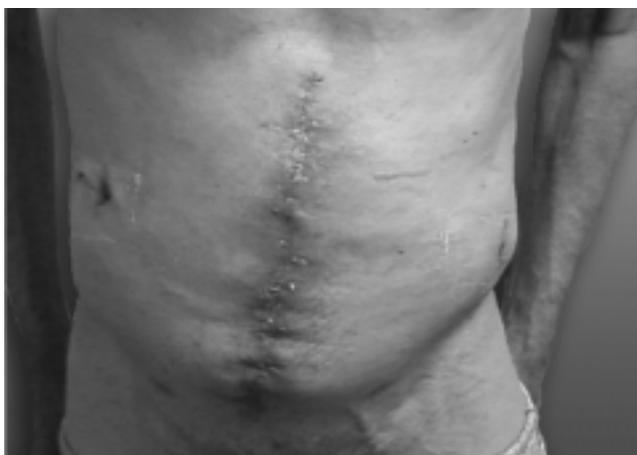


FIGURA 8. Paciente con laparostomía antes y después de corrección quirúrgica.

Vale la pena anotar que nueve meses después de la cirugía un paciente presentó un absceso intraabdominal cuya causa no se pudo establecer pero que durante la reintervención se pudo constatar integridad de la línea media y el acceso a la cavidad abdominal se realizó sin inconvenientes.

Otro aspecto para tener en cuenta es que la técnica se aplicó a pacientes que habían tenido manejo con

laparostomía y que en principio, tenían una buena pared abdominal, sin pérdida de tejido, únicamente retracción de los elementos musculares.

Se trata de una técnica con ventajas sobre la corrección con malla y que debe ser tenida en cuenta en la reconstrucción de la pared abdominal en pacientes seleccionados.

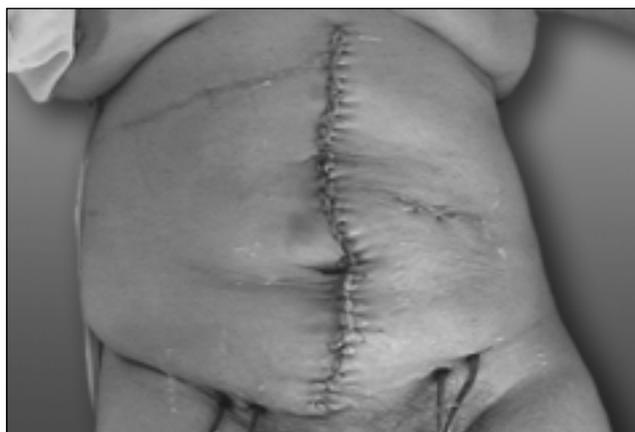
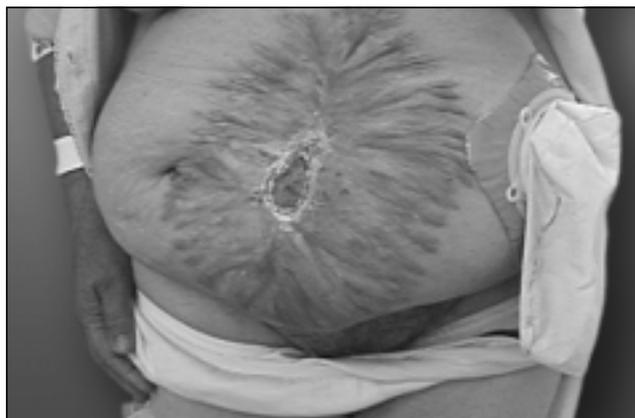


FIGURA 9. Paciente con laparostomía y colostomía antes y después de corrección quirúrgica.

## Repair of ventral hernia secondary to laparostomy

### Abstract

*We report a series of patients in whom correction of ventral hernia consequent to laparostomy was performed by means of a technique of separation of the abdominal wall components at Hospital Universitario de la Samaritana (Bogotá, Colombia) in the period June 2001 to december 2002.*

*The technique is simple; it includes relaxation incisions and the construction of fasciomuscular flaps for the correction of large defects of the abdominal wall; this technique avoids the use of a prosthesis.*

*Defects measuring 14-18 cm in diameter and 20-26 cm in length were corrected; in only one case it became necessary to use a prosthesis to completely cover the defect. Recurrence occurred in one patient that presented and abdominal tumor, wich may be explained by a rise in intraabdominal pressure. There were no changes in airway resistance or in the intraabdominal pressure. One patient died following the development of abdominal sepsis resulting from dehiscence of a colo-colonic anastomosis performed concomitantly; minor complications included some seromas and superficial infection of the operative site.*

*In conclusion, we consider this technique useful in selected cases, with advantages over the routine use of mesh prosthesis and its associated potential complications.*

*Key words: ventral hernia, reconstruction, flaps, prosthesis, abdominal muscles.*

### Referencias

1. WANTZ G, et al. Incisional hernia: the problem and the cure. Symposium. J Am Coll Surg 1999;188:429-447.
2. ROHRICH R, LOWE J, HACKNEY F, BOWMAN J, et al. An algorithm for abdominal wall reconstruction. Plast Reconstr Surg 2000;105:202-216.
3. LEBER G, GARB J, ALEXANDER A, et al. Long term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias. Arch Surg 1998;133:378-382.
4. NYHUS LL, BAKER R, FISCHER J. El dominio de la cirugía. Mastery of surgery. 3a. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999.
5. RAMÍREZ O, RUAS E, DELLON L. Components separation method for closure of abdominal wall defects: an anatomic and clinical study. Plast Reconstr Surg 1990;86:519-526.
6. SHESTAK K, EDINGTON H, JOHNSON R. The separation of anatomic components technique for the reconstruction of massive midline abdominal wall defects: anatomy, surgical technique, applications and limitations revisited. Plast Reconstr Surg 2000;105:731-738.
7. LOWE J, GARZA J, BOWMAN J, et al. Endoscopically assisted components separation for closure of abdominal wall defects. Plast Reconstr Surg 2000;105:720-729.
8. MAAS S, VAN ENGELAND M, LEEKSMA N, et al. A modification of the components separation technique for closure of abdominal wall defects in the presence of an enterostomy. J Am Coll Surg 1999; 189:138-142.

Correspondencia:  
ALBERTO ROA ROSSI, MD  
aroarossi@starmedia.com  
Bogotá, Colombia