

Gastrectomía vertical laparoscópica como puente para reparación de eventración gigante recidivada en pacientes con obesidad mórbida, a propósito de 3 casos.

Rajesh Gianchandani, Enrique Moneva, Juan Manuel Sánchez, Carmen Díaz, Vanessa Concepción, Manuel Ángel Barrera

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

E-mail: rjgianchandani@hotmail.com

Recepción (primera versión): 26-October-2019

Aceptación: 5-Noviembre-2019

Publicación online: N° Abril 2020

Resumen:

La reparación de eventraciones en pacientes obesos mórbidos (IMC>40), tiene una alta tasa de complicaciones tipo seromas, hematomas, infecciones y recidivas. Se puede realizar vía abierta o laparoscópica, donde las complicaciones son menores. Pero, si tratamos la obesidad mórbida antes de la eventración, los resultados son mejores.

Presentamos nuestra experiencia con 3 casos de pacientes con IMC >40 (media de 52) que presentaban eventración línea media recidivada, intervenidas en nuestro Hospital Universitario de tercer nivel. Las pacientes fueron valoradas en una unidad especializada y se les realizó primero una gastrectomía vertical laparoscópica. Pasados al menos 8-12 meses y tras bajada importante de peso, con porcentaje de exceso de IMC perdido >60%, se procede a reparación de la eventración. En uno de los casos, debido a las dimensiones de la eventración fue necesario realización de neumoperitoneo preoperatorio y posteriormente eventroplastia con separación de componentes anterior. En todos los casos se colocó una malla de doble componente intraperitoneal. La evolución postoperatoria fue favorable, y al año no existen datos de recidiva de las mismas y mantienen un adecuado peso corporal.

La realización de cirugía bariátrica previa a la eventroplastia aporta ventajas en pacientes seleccionados y permite una óptima reparación de la pared abdominal, siendo opción a tener en cuenta.

Palabras clave:

- Eventración
- Obesidad Mórbida
- Cirugía Bariátrica
- Serie de casos

Laparoscopic sleeve gastrectomy as a bridge to repair recurrent giant eventration in patients with morbid obesity, in relation to 3 cases.

Summary:

Eventration repair in morbidly obese patients (BMI> 40), has a high rate of complications such as seromas, bruises, infections, and recurrences. It can be performed openly or laparoscopically, where complications are minor. But, if we treat morbid obesity before eventration, the results are better.

We present our experience with 3 cases of patients with a BMI> 40 (mean of 52) who had remediated midline eventration, operated on at our third-level University Hospital. The patients were evaluated in a specialized unit and they underwent a sleeve laparoscopic gastrectomy first. After at least 8-12 months and after significant weight loss, with a percentage of excess BMI lost> 60%, the eventration is repaired. In one of the cases, due to the dimensions of the eventration, it was necessary to perform a preoperative pneumoperitoneum and later eventroplasty with anterior component separation. In all cases, a double component intraperitoneal mesh was placed. The postoperative evolution was favorable, and at one year there are no data on their recurrence and they maintain adequate body weight.

Performing bariatric surgery prior to eventroplasty provides advantages in selected patients and allows optimal repair of the abdominal wall, being an option to consider.

Keywords:

- Eventration
- Morbid Obesity
- Bariatric Surgery
- Case series

Introducción

La corrección de la eventración en pacientes con obesidad mórbida con IMC >40 (obesidad grado III o superior) tiene una alta tasa de morbilidad, así como de recidiva. Se han descrito seromas, hematomas, infecciones de herida quirúrgica y recidivas relacionadas claramente con el IMC¹⁻².

Existen numerosas técnicas actuales para el tratamiento de las eventraciones, tanto por vía abierta como laparoscópica. A su vez, dentro de la vía abierta se puede realizar con colocación de malla intraperitoneal, retromuscular o suprafascial; asociada o no a una separación anatómica de componentes anterior o posterior. En el caso del abordaje laparoscópico, existen técnicas de reparación intraperitoneales o retromusculares³⁻⁴.

Destacar que el abordaje laparoscópico disminuye la tasa de infección, pero aún así existen todavía importante porcentaje de recidivas. En aquellos casos donde la eventración no presenta una complicación aguda, podemos plantear en primer lugar una cirugía bariátrica para disminuir el IMC y posteriormente reparar la eventración con mayores garantías. Aunque existe controversia en la literatura, si realizar de forma conjunta ambas cirugías o de forma secuencial, como en nuestro caso⁶⁻⁸.

Material y métodos

En nuestra unidad de cirugía bariátrica del Hospital Universitario de tercer nivel, hemos seleccionado 3 pacientes en los últimos 2 años con IMC >40, que presentaban eventración recidivada. A continuación describimos cada uno de los casos:

Caso nº1: paciente mujer de 55 años, intervenida en 3 ocasiones de eventración línea media mediante abordaje abierto y con colocación de malla, que presenta una eventración gigante M2-M3-M4-W3, según clasificación de la European Hernia Society (EHS)⁵, con una supuración crónica en región infraumbilical en relación a malla previa (Fig 1). En el momento de la consulta presenta IMC de 66. Se decide realización de gastrectomía vertical laparoscópica, sin incidencias. Al año de esta cirugía con un IMC de 38, se procede a su reparación. Se realiza infiltración de toxina botulínica (Dysport®500UI en cada lado), guiada por ecografía y al mes, de la misma se realiza el neumoperitoneo, mediante colocación de catéter de pleurecath 8Fr en hipocondrio izquierdo, instilando inicialmente 1500ml de aire y posteriormente 500ml diariamente (Fig 2-3) y a la semana se realiza eventroplastia abierta, con separación de componentes anterior y colocación de malla Phasix™ST Bard® intraperitoneal de 25x30cm (se usó este tipo de malla reabsorbible a largo plazo debido a la infección crónica activa previa) (Fig 4), con cierre por encima de la fascia. La evolución postoperatoria es satisfactoria, sin complicaciones de la herida (Fig 5).



Figura 1



Figura 2



Figura 3

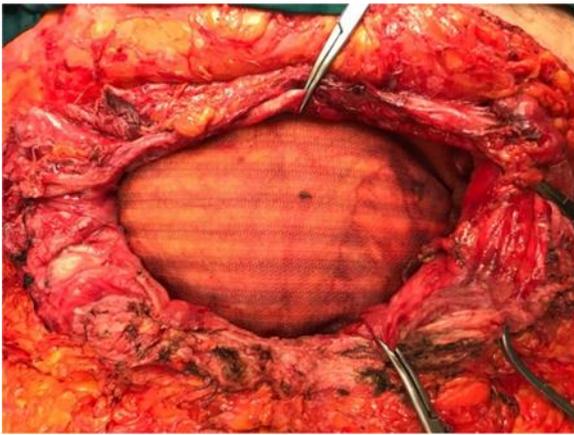


Figura 4

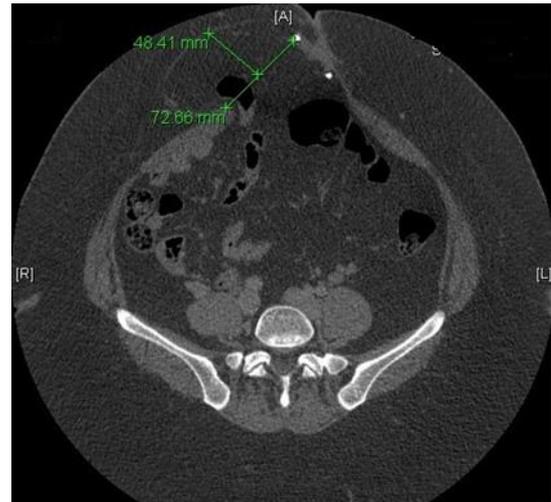


Figura 6



Figura 5

Caso n°2: paciente mujer de 27 años, intervenida de hernia umbilical incarcerada de urgencias con colocación de malla intraperitoneal, que al año presenta recidiva de la misma M3W2 (Fig 6). En el momento de la consulta presenta IMC de 42. Tras discusión con la paciente, se decide gastrectomía vertical laparoscópica, sin incidencias. A los 8 meses de la cirugía, con IMC de 32, se decide la cirugía de la eventración debido a molestias cada vez mayor en la misma. Se accede por vía laparoscópica, se reduce el contenido de la eventración y se procede a cierre del defecto con sutura barbada n°1 y posteriormente colocación de malla intraperitoneal Ventralight™ ST Bard® de 20x25cm fijada con CapSure™. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

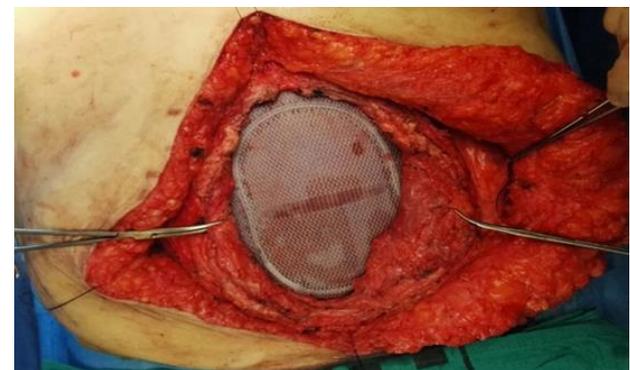


Figura 7

Caso n°3: paciente mujer de 43 años, intervenida en 2 ocasiones previamente de hernia en línea media, que presenta recidiva de la misma, actualmente M3W3. En el momento de la consulta presenta IMC de 46. Se decide realización de gastrectomía vertical laparoscópica, sin incidencias. Al año de la cirugía y con un IMC de 33, se procede a reparación abierta de la eventración mediante separación anterior de componentes y colocación de malla Ventralight™ST Bard® de 20x25cm intraperitoneal(Fig 7), con cierre de la fascia por encima. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

Resultados

Los 3 casos de pacientes con gastrectomía vertical y posterior reparación de la eventración, se han podido realizar en mejores condiciones y con buena evolución clínica. En el seguimiento a 12 meses, ninguna presenta recidiva de la eventración y mantienen una buena pérdida ponderal (exceso de peso >50%). Ver tabla 1.

	IMC inicial	IMC antes de eventroplastia	Abordaje	Malla	Drenajes	Estancia posoperatoria	Dolor postoperatorio (EVA)	IM los me
Caso 1	66	38	Abierto- Separación anterior de componentes- Botox- Neumoperitoneo	Intraperitoneal	Si	8	6	3
Caso 2	42	32	Laparoscópico	Intraperitoneal	No	2	5	3
Caso 3	46	33	Abierto-separación anterior de componentes	Intraperitoneal	Si	6	6	3

Tabla 1: Resultados

Discusión

La reparación de eventración en paciente con obesidad mórbida IMC>40, tiene alta tasa de complicaciones y recidivas. Si tratamos la obesidad, los resultados de la eventroplastia serán mejores. Existe controversia sobre si realizar cirugía conjunta⁶⁻⁷ o si primero la bariátrica y después la cirugía de pared⁷⁻⁸. Si se realiza conjuntamente, existe siempre riesgo de infección de la malla que se coloca. Por otro lado, cuando adelgaza el paciente podemos tener exceso de piel o quedarnos la malla mal posicionada. Si por el contrario realizamos la corrección, después de la pérdida de peso, podemos reparar mejor la eventración y además podemos corregir el exceso de colgajo dermoepidérmico en la misma cirugía.

Respecto a la técnica bariátrica, en nuestro caso preferimos realizar una gastrectomía vertical, que está casi siempre el territorio quirúrgico alejado de la eventración. En los 3 casos, se ha podido realizar mediante abordaje laparoscópico. Si intentásemos realizar un bypass gastroyeyunal, en algunos casos habría que reducir el contenido de la eventración y por tanto nos quedaría un defecto, que tendríamos que reparar en el mismo acto con una malla, con los riesgos de infección de la misma así como de recidiva. Aunque en la literatura, hay artículos que describen es factible la realización del bypass¹⁰.

El abordaje de la eventración se puede realizar abierto o laparoscópico, dependiendo de la eventración. En dos casos, donde la eventración era grande con exceso de piel sobrante, se decidió realizar abierta realizándose separación anterior de componentes, debido a que tenemos más experiencia con esta técnica. Existe también posibilidad de realizar separación posterior de componentes, pero nuestro grupo no tiene experiencia con la misma. El tercer caso se realizó mediante abordaje laparoscópico. Creemos que hay que individualizar el abordaje dependiendo de cada paciente, teniendo en cuenta tamaño de la eventración, tamaño del saco, estado de la piel (si está muy adelgazada en la zona del saco o existe importante colgajo dermoepidérmico) sabiendo que siempre influye la experiencia del equipo quirúrgico.

En el caso de realizar cirugía bariátrica previa a la eventroplastia, hay que seleccionar bien a los pacientes. Precisan de una información detallada y discusión con el paciente, valoración completa por parte del servicio de Endocrinología y Nutrición; descartar patología psiquiátrica y estudio mediante gastroscopia previa a realización de gastrectomía vertical. Además estos

pacientes precisarán de un seguimiento reglado, periódico en el postoperatorio en conjunto con el servicio de Endocrinología y Nutrición.

Conclusiones

En pacientes seleccionados, se debería realizar primero tratamiento de la obesidad mórbida, antes del tratamiento de la eventración, sobre todo, en aquellas que son grandes o recidivadas, para obtener mejores resultados y disminuir las complicaciones.

Bibliografía

- 1.-Froylich D, Segal M, Weinstein A, et al. Laparoscopic versus open ventral hernia repair in obese patients: a long-term follow-up. *Surg Endosc.*2016;30(2):670-675. doi: 10.1007/s00464-015-4258-y
- 2.- Owei L, Swendiman RA, Torres-Landa S, Dempsey DT, Dumon KR. Impact of body mass index on minimally invasive ventral hernia repair: an ACS-NSQIP analysis. *Hernia.* 2019 Oct;23(5):899-907. doi: 10.1007/s10029-019-01944-6.
- 3.-Bittner R, Bain K, Bansal VK, et al. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part A. *Surgical Endoscopy* (2019) 33:3069–3139. doi:10.1007/s00464-019-06907-7
- 4.- Bittner R, Bain K, Bansal VK, et al. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part B. *Surgical Endoscopy* (2019) 33:3511–3549. doi:10.1007/s00464-019-06908-6
- 5.-Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia* 2009;13(4):407-14. <http://doi.org/10.1007/s10029-009-0518-x>.
- 6.-Krivan MS, Giorga A, Barreca M, et al. Concomitant ventral hernia repair and bariatric surgery: a retrospective analysis from a UK-based bariatric center. *Surg Endosc.* 2019;33(3):705-710. doi: 10.1007/s00464-018-6492-6
- 7.-Praveen RP, Bhattacharya S, Saravana K S, et al. Morbid obesity with ventral hernia: is concomitant bariatric surgery with laparoscopic ventral hernia mesh repair the best approach? An experience of over 150 cases. *Surg Obes Relat Dis.* 2019 Jul;15(7):1098-1103. doi:10.1016/j.soard.2019.04.027.
- 8.-Hidalgo JE, Roy M, Ramirez A, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a first step for rapid weight loss in morbidly obese patients requiring a second non-bariatric procedure. *Obes Surg.*2012; 22(4):555-559. doi: 10.1007/s11695-011-0574-z.
- 9.-Borbely Y, Zerkowski J, Altmeier J, et al. Complex hernias with loss of domain in morbidly obese patients: role of laparoscopic gastrectomy in a multi-step approach. *Surg Obes Relat Dis.*2017;13(5):768-773. doi: 10.1016/j.soard.2017.01.035
- 10.-Newcomb WL, Polhill JL, Chen AY, et al. Staged hernia repair preceded by gastric bypass for treatment of morbidly obese patients with complex ventral hernias. *Hernia.*2008;12(5):465-9. doi: 10.1007/s10029-008-0381-1.

© 2020 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.



*

www.bmi-journal.com (ISSN: 2250-737X)

(*) Under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-Derivative 4.0 Spain license