



Original

Reparación anatómica de la eventración subcostal



Ángel Zorraquino González^{a,*}, Ana I. Gutiérrez Ferreras^a, Mónica Elías Aldama^a, Maitane García Carrillo^a, Jesús M. Gómez Martínez^a, Miguel Ángel Taibo Asencor^a y José Luis Castrillo Villán^b

^a Sección de Cirugía de la Pared Abdominal y CMA, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Basurto, OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, País Vasco, España

^b Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario de Basurto, OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Bilbao, País Vasco, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de marzo de 2015

Aceptado el 8 de julio de 2015

On-line el 25 de agosto de 2015

Palabras clave:

Eventración subcostal

Reparación anatómica

Autoplastia

Músculos rectos del abdomen

R E S U M E N

Introducción: Las eventraciones resultantes de incisiones de Kocher (transversa de Ross –subcostal bilateral– y transversal ampliada de West) condicionan la separación progresiva de los segmentos musculares de los rectos, con lo que su reparación resulta difícil, al quedar la sutura con una tensión excesiva cuando se consigue.

En estas circunstancias se recurre a las prótesis para cubrir el defecto, interponiéndolas entre los extremos musculares y cerrando el defecto musculoaponeurótico sin tensión, evitando además la clínica de la eventración y eventuales complicaciones. No obstante, la solución ideal debería conseguir restituir la anatomía y función de los rectos, y que las prótesis queden como refuerzo de la autoplastia y no en sustitución del tejido autógeno.

Método: Entre marzo de 2012 y enero de 2015 operamos a 7 pacientes con eventraciones de una incisión de laparotomía transversa subcostal uni- o bilateral. Con el paciente en posición convencional, decúbito supino, en ningún caso era posible la sutura directa de los extremos de los rectos; la disección de los planos musculoaponeuróticos y la colocación del paciente en posición de semisentado en la mesa de quirófano (con la consiguiente aproximación de ambos extremos musculares) permitió la sutura sin una tensión excesiva.

Resultados: En todos los casos reparamos la continuidad de los músculos rectos con sutura directa. En el seguimiento de los pacientes, hasta la fecha, no se ha observado ningún caso de recidiva de la hernia incisional.

Conclusión: La reparación anatómica de la eventración subcostal, restableciendo la continuidad de la musculatura recta del abdomen, es posible en la mayoría de los casos y debería intentarse siempre.

© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Barrio Uribarri, 27. 48498 Arrankudiaga (Bizkaia), España.
Correo electrónico: zorrakino@gmail.com (Á. Zorraquino González).

Anatomical repair of subcostal incisional hernia

ABSTRACT

Keywords:

Subcostal incisional hernia
Anatomical repair
Autoplasty
Rectus abdominis muscles

Introduction: The incisional hernias resulting from Kocher incision, Ross incisión (bilateral subcostal) and the West transversal incision, they determine the progressive separation of the rectus muscle, resulting in a defect which repair it will be difficult to carry out because an excessive stress of the binding suture, when achieved.

In these circumstances, it resorts to prosthesis to cover the defect between the edges of the rectus muscle. Thereby it is possible to close the musculoaponeurotic defect without tension, avoiding hernia clinic and its possible complications. However, the ideal solution should restore the anatomy and function of the muscles, with the prosthesis to reinforce the autoplasty, and not to replace the autologous tissue.

Methods: Between March 2012 and January 2015 we have operated seven patients with incisional hernias from transverse subcostal incision laparotomy. With the patient in the conventional position, supine, in neither case it was possible to suture the edges of the rectus muscles; after dissection of musculo-aponeurotic plane, patient was placed in semi-sitting position on the operating table, with consequent approach of both muscle suture edges thus allowing its suture without undue stress.

Results: In all cases it was possible to repair the continuity of the rectus muscles with direct suture. In monitoring patients it has not been observed any relapse case of incisional hernia, to date.

Conclusion: The anatomical repair of the subcostal incisional hernia, restoring the continuity of the rectus muscles of the abdomen, it is possible in most cases and should always be attempted.

© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El músculo recto mayor del abdomen es un músculo largo y acintado que se extiende desde el pubis hasta el esternón y las costillas medias. Cuando se contrae tomando como punto fijo el pubis, baja las costillas flexionando el tórax sobre la pelvis; es, pues, espirador y flexor del tórax. Cuando toma como punto fijo las costillas, flexiona la pelvis sobre el tórax. Al contraerse endereza la concavidad posterior que presenta en reposo, con lo que comprime las vísceras y favorece de este modo la micción, la defecación, el vómito y el parto¹.

El incremento del abordaje laparoscópico en la cirugía de la vesícula biliar y del bazo ha sido determinante en la disminución de la incidencia de eventraciones subcostales tras una incisión de laparotomía oblicua (incisión de Kocher), y que en la actualidad se estima entre un 2% y un 5% de las hernias incisionales². No obstante, las cirugías hepática y pancreática exigen amplias exposiciones de abordaje que se consiguen con incisiones como la subcostal bilateral de Ross y la incisión transversa ampliada de West, en la que se añade una esternotomía media³.

En estas incisiones, oblicuas (Kocher) o transversales (Ross, West) se seccionan los vientres musculares de uno o de ambos rectos del abdomen, por lo que, en caso de dehiscencia de la sutura, se producirá una eventración en la que el músculo recto queda dividido en dos partes que irán retrayéndose, separándose la una de la otra debido a su contractilidad, dando lugar a una solución de continuidad entre ambas.

Cuando se procede a la reparación de una eventración subcostal, uni- o bilateral, es común encontrar los extremos craneal y caudal del músculo recto con una distancia de separación que hace imposible su aproximación para restablecer su continuidad, o bien su unión se consigue con una fuerte tracción sobre ambos extremos, cosa que redundará en una tensión excesiva en la línea de sutura. Conocemos los límites de la tensión de sutura en el cierre primario para que este tenga éxito: «Si los márgenes del defecto pueden aproximarse con menos de 3 libras de fuerza (1 kg 361 g), probablemente sea posible una reparación primaria exitosa con puntos sueltos. Tres libras de tracción es el límite de la reparación libre de tensión»⁴.

Algunos estudios han considerado necesario el refuerzo protésico de la sutura primaria en la eventración cuando la tensión en los extremos del cierre supere 1.5 Kp (equivalente a 3.3 libras de fuerza)⁵.

En los casos en los que existe una separación considerable de los extremos que se han de suturar, ausencia de plano musculoaponeurótico o tensión excesiva en la sutura de unión, la disponibilidad generalizada de las prótesis ha contribuido a considerar como primera opción la interposición de estos materiales para cerrar el defecto, empleando la prótesis en sustitución del tejido autólogo con una segunda prótesis de refuerzo^{3,4}.

Es evidente que la reparación anatómica con tejido autólogo, con o sin refuerzo protésico añadido, sería de primera elección en aquellos casos de eventración subcostal con sección completa y dehiscencia de la sutura del recto del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306071>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306071>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)