

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE HERNIA ABDOMINAL GIGANTE CON PÉRDIDA DE DOMICILIO

Dr. Juan Carlos Aveiga ¹, Dra. Diana Núñez Parra ²,
Md. Annie Saltos Cepeda ³

Cirujano General y Laparoscopia del Hospital Alcívar 1
Médico Posgradista de Cirugía General, UESS 2
Médico General 3

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir el caso de paciente femenino de 66 años de edad con diagnóstico de hernia abdominal gigante con pérdida de domicilio. Identificar y demostrar la importancia del manejo preoperatorio y quirúrgico en pacientes con este diagnóstico para la resolución de posteriores casos similares.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico con diagnóstico de hernia abdominal gigante con pérdida de domicilio.

RESULTADOS: A pesar de las complicaciones clínicas inmediatas posquirúrgicas que sucedieron con la paciente, el manejo tanto clínico como quirúrgico en el tratamiento y resolución de este caso obtuvo resultados óptimos a largo plazo, mejorando la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIONES: Las hernias abdominales gigantes con pérdida de dominio son infrecuentes en la práctica quirúrgica razón por la cual se evidencia la importancia en el conocimiento del manejo preoperatorio y la técnica quirúrgica para la obtención de resultados satisfactorios y brindar una calidad de vida al paciente.

PALABRAS CLAVE: Hernia gigante, hernia con pérdida de dominio, eventración, neumoperitoneo progresivo.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To describe the case of a 66-year-old female patient diagnosed with a giant abdominal hernia with loss of domain. Identify and demonstrate the importance of preoperative and surgical management in patients with this diagnosis for the resolution of subsequent similar cases.

MATERIALS AND METHODS: This is a descriptive and retrospective study of a clinical case with a diagnosis of giant abdominal hernia with loss of domain.

RESULTS: Despite the immediate post-surgical clinical complications that occurred with the patient, both clinical and surgical management in the treatment and resolution of this case obtained optimal long-term results, improving the patient's quality of life.

CONCLUSIONS: Giant abdominal hernias with loss of domain are infrequent in surgical practice which is why the importance is evident in the knowledge of preoperative management and surgical technique to obtain satisfactory results and provide a quality of life to the patient.

KEYWORDS: Giant hernia, loss of dominance hernia, eventration, progressive pneumoperitoneum.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la definición de hernia con pérdida de domicilio de las vísceras abdominales, a pesar de considerarse subjetiva por la falta de consensos, hace referencia a toda entidad en donde más del 50 % del contenido abdominal se encuentra fuera de la cavidad, presentándose como una eventración gigante cuyo anillo supera los 10-12 cm. (1)

Se consideran cambios importantes a nivel local cuando dicho saco herniario contiene (tejido celular subcutáneo, mesenterio, intestinos y piel) debido a la compresión que ejerce el anillo, se produce la disminución del retorno de la cava y la porta hacia el tórax, venoso y linfático impidiendo la reducción del mismo con un anillo fibrótico y asas colgando fuera de cavidad generando consecuentemente un intestino y mesenterio edematoso y grueso, piel con distensión en exceso y poca circulación; restricción respiratoria. (1)

Dentro de la literatura se mencionan 2 clasificaciones que a pesar de no abarcar todos los elementos a considerarse se hace mención de ciertas características que permiten guiar al cirujano para la toma de decisiones en el manejo terapéutico. (1) Chevrel y Gilbert modificada por Rutkow son las más usadas en la actualidad; la clasificación de Chevrel toma referencia al diámetro del anillo:

W1 menores de 3 cm

W2 de 5 a 10 cm

W3 de 10 a 15 cm

W4 mayores a 15 cm

Y la de Gilbert modificada por Rutkow clasifica de acuerdo al tamaño del defecto de las hernias indirectas:

Tipo I: anillo interno competente

Tipo II: anillo dilatado hasta 4 cm

Tipo III: anillo mayor de 4 cm

TÉCNICA DE NEUMOPERITONEO PROGRESIVO

El uso del neumoperitoneo preoperatorio para el tratamiento de este tipo de hernias ha permitido una adaptación tanto fisiológica como a nivel sistémico en la cavidad abdominal ayudando a tolerar el retorno de su contenido. (2)

Esta consiste en colocar un catéter a nivel intraperitoneal aplicando aire durante varios días con el objetivo de elevar la presión intraabdominal, elongar los músculos de la pared abdominal para un mejor volumen de la cavidad, vasodilatación local con incremento de macrófagos para mejorar la calidad de la cicatrización. (3)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 66 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, presenta un cuadro clínico de aproximadamente 10 años de evolución caracterizado por masa a nivel abdominal de crecimiento lento, progresivo;

inicialmente palpable posterior visible acompañado de dolor que se va incrementado en intensidad y frecuencia. Paciente no refiere cambios intestinales ni de tolerancia oral.

Al examen físico presenta abundante panículo adiposo a nivel de región abdominal con aumento de volumen y masa gigante que ocupa toda la región de mesogastrio y epigastrio de 40x35x30 cm aproximadamente a expensas de un saco herniario con contenido de epiplón y asas de intestino delgado, no reductible, efecto herniario de 12 cm. No se evidencian cambios en la coloración de la piel. A la auscultación ruidos peristálticos dentro del saco herniario. A la palpación dolor de leve intensidad 4/10 EVA a la movilización del contenido sin resistencia muscular. Tono de pared muscular disminuido. (Figura 1 y 2)



Figura 1 y 2: Paciente con masa gigante que ocupa toda la región de mesogastrio y epigastrio.

Estudios de laboratorio prequirúrgicos: Hb 13g/dl, Htco 37,2 % plaquetas 243,00 k/ul, glucosa basal 82 mg/dl, urea 35.30 mg/dl, creatinina 0,90 mg/dl, Na 142 mEq/L, K 3,70 mEq/L, Cl102 mEq/L, TP Y TPT dentro de rangos normales. Tomografía de abdomen muestra defecto de la pared abdominal anterior a nivel umbilical e infraumbilical, con protrusión de asas de intestino delgado y epiplón dentro de un saco herniario con un anillo de 12 cm de diámetro. (Figura 3)



Figura 3: Tomografía inicial de paciente

Estudiando las características clínicas y tomográficas de la paciente se cataloga como una hernia con pérdida de dominio por lo que se decide iniciar técnica de neumoperitoneo progresivo prequirúrgico:

Con anestesia local se coloca catéter intraabdominal a nivel de línea medio clavicular por debajo del reborde costal a través de una incisión de 2 cm. Se cita a paciente pasando un día por un periodo de 2 semanas aplicándose 500cc de aire de manera progresiva. (Figura 4 y 5)



Figura 4: Tomografía donde se evidencia catéter y neumoperitoneo

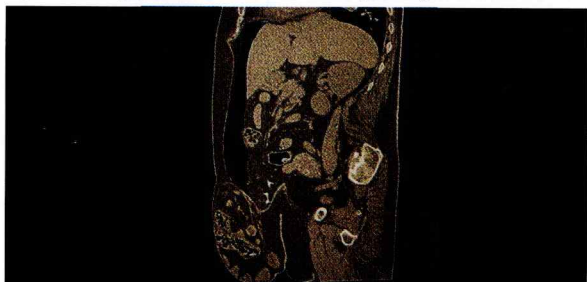


Figura 5: Neumoperitoneo

Posterior a la aplicación de neumoperitoneo se programa a la paciente para laparoplastia y colocación de malla.

Se realiza una incisión infra media umbilical con bisturí frío y posterior disección de triple saco herniario: supraumbilical gigante con pérdida de continente y 2 umbilicales. Se procede a abrir los sacos y se realiza liberación de adherencias peritoneales e intestinales. Se observa continente de cavidad abdominal perdido y se procede a realizar resección de epiplón mayor y 1 metro de intestino yeyunal, realizando anastomosis terminoterminal con puntos de vicryl en Connel y Lembert. Se cierra brecha mesentérica y se coloca dren de Blake fijo a cavidad.



Figura 6: Disección de sacos herniarios



Figura 7: Apertura y disección de saco herniario gigante

Se realiza peritonización para colocación de malla 30 x 30; se confecciona colchón de peritoneo de saco y se coloca malla peritoneal de prolene fijándolo con puntos transaponeuróticas.

Se cierra el defecto y el resto de la pared sin tensión concluyendo el procedimiento sin complicaciones.

Se coloca vía central durante el procedimiento quirúrgico.



Figura 8: Colchón de aponurosis + malla de prolene

RESULTADOS

Durante el primer día postoperatorio se mantuvo a la paciente con sonda vesical la cual se colocó previo a cirugía manteniendo buena diuresis, retirándola a las 48 horas; se indica realizar deambulacion con faja, presentando disnea de mínimos esfuerzos posterior a la misma, saturación de 92 % por lo que terapia respiratoria coloca mascarilla de oxígeno a 6 litros durante las primeras 48 horas. Los 3 días posteriores el paciente mostró mejoría en la mecánica ventilatoria; al examen físico abdomen blando depresible levemente doloroso en zona quirúrgica, ruidos hidroaéreos presentes, tolera dieta líquida nutricional, buena evolución clínica y quirúrgica por lo que se da alta médica, se retira vía central y se envía tratamiento ambulatorio e indicaciones para el cuidado de sitio quirúrgico y posterior control por consulta externa.

DISCUSIÓN

Los cambios atroficos que se generan en la musculatura de la pared abdominal originan un deterioro en la calidad de vida incluso en la realización de las tareas habituales; este tipo de hernias crecen produciendo una retracción muscular disminuyendo el diámetro transversal de la cavidad abdominal con pérdida del volumen y capacidad para contener las vísceras en el interior. (3) Esta paciente llegó a la valoración en primera instancia luego de 10 años de haber notado cambios en la región abdominal, produciendo limitación progresiva en su calidad de vida.

Hernández Centeno et al. nos comenta sobre el manejo prequirúrgico realizado con la técnica descrita en la literatura de Iván Goñi Moreno sobre el uso ambulatorio de neumoperitoneo progresivo, el cual lo manejó en un grupo de pacientes con este tipo de hernia gigante evidenciándose una ayuda en el manejo quirúrgico (4); como anteriormente se menciona y evidencia por medio de las imágenes la aplicación de esta técnica de neumoperitoneo nos permitió distender y relajar la musculatura abdominal en el paciente, aumentando su capacidad para reintroducir sin complicaciones los grandes volúmenes viscerales evitando un significativo aumento de la presión intraabdominal llevando consigo un síndrome compartimental posoperatorio o insuficiencia respiratoria y un consecuente fracaso al tratamiento quirúrgico; a pesar de

que la decisión prequirúrgica fue de gran ayuda, se tuvo que realizar la resección de epiplón mayor y 1 metro de intestino yeyunal y anastomosis terminoterminal con puntos de vicryl en Connel y Lembert debido a la tensión que se originó en la pared abdominal con la reintroducción del volumen visceral que se encontraba en el saco herniario. Posterior a esto, hubo cambios en la mecánica ventilatoria del paciente durante las primeras 48 horas el cual, con ayuda de oxígeno, fue mejorando en su totalidad.

En cuanto a la técnica quirúrgica se decide basándose en la localización y tamaño de la hernia la técnica original por Ramírez en 1990, diversos autores han incorporado modificaciones de manera de optimizar los resultados y disminuir las complicaciones. Uno de los inconvenientes de esta es que la disección lateral amplia en el plano preaponeurótico para exponer de manera adecuada el oblicuo externo puede generar isquemia de la línea media y posterior exposición del cierre miofascial. Asimismo, la colocación de ostomías o la presencia de defectos secundarios a pérdida de tejido de la pared abdominal limitan el deslizamiento y la cantidad de tejido disponible para la separación de componentes. (5)

Se ha descrito la utilización de expansores entre los músculos oblicuo externo e interno por medio de incisiones laterales, sin embargo, esta técnica que requiere múltiples cirugías y retardo del cierre hasta 12 semanas después de la instalación de los expansores, no ha demostrado mejorar los resultados en comparación con la técnica clásica realizada y mencionada, la cual fue realizada en este paciente sin complicaciones posteriores. (5)

Maas et al. han realizado incisiones laterales para abordar directamente el sitio de liberación del oblicuo externo, para reducir la disección subcutánea y preservar la irrigación de la línea media mediante las perforantes del sistema epigástrico. (5, 6)

La técnica de separación de componentes, aunque no está exenta de riesgos, constituye la mejor alternativa de reparación de pared abdominal, que permite reconstruir defectos extensos de la línea media evitando las complicaciones que ellos podrían conllevar en la recuperación e integración de las actividades del paciente. (7)

CONCLUSIÓN

Actualmente los pacientes con defectos gigantes, complejos, de la pared abdominal con pérdida de dominio de las vísceras abdominales requieren un manejo multidisciplinario siguiendo un tratamiento con el uso de mallas libres de tensión. Este caso en conjunto con los estudios realizados de la bibliografía nos conlleva a un tratamiento efectivo y con pocas probabilidades de complicaciones con el uso de materiales intraperitoneales en conjunto de la aplicación de neumoperitoneo preoperatorio, devolviendo la funcionalidad

a la pared abdominal y mejorando la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

- Hernández CJR, Chávez SG, Rodríguez BEJ, et al. Reporte de un caso: Manejo de una hernia incisional y pérdida de dominio con neumoperitoneo progresivo preoperatorio. *Ciencia UG*. 2012; 2 (1): 1-3
- V. Cruz Guisadoa, C. Méndez Garcíab, et al. Hernia abdominal con pérdida del domicilio: tratamiento preoperatorio con toxina botulínica de la musculatura oblicua abdominal. *Elsevier* Vol. 53. Núm. 4. 2019; 284-287.
- Hernández CJR, Chávez SG, Rodríguez BEJ, Hidalgo VC. Reporte de un caso: Manejo de una hernia incisional y pérdida de dominio con neumoperitoneo progresivo preoperatorio. *Revista universitaria en ciencias de la salud*. 2011
- D. Juárez Muas. Multimodal management of giant eventration. *Revista Hispanoamericana de Hernia*. 2011
- Ramírez-Palomino Ó. Reconstrucción de las hernias complejas de pared abdominal anterior: un problema de enfoque multidisciplinario. *Rev Hispanoam Hernia*. 2015; 3 (2): 47-48
- Hernández López A. Tratamiento actual de grandes eventraciones con las técnicas de separación de componentes anteriores y posteriores. *Rev Hispanoam Hernia*. 2016; 4 (1): 1-3.
- J. Rappoport Stramwasser, J.Carrasco Toledo, et al. Neumoperitoneo terapéutico preoperatorio en el tratamiento de la hernia incisional gigante. Reducción del volumen visceral como explicación fisiopatológica de su beneficio. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014; 2 (2): 41-47
- J. Bueno-Lledo, A. Torregrosa Gallud, et al. Preparación preoperatoria de la hernia con pérdida de domicilio. Neumoperitoneo progresivo y toxina botulínica tipo A. *Elsevier. CIRUGI-1762*; 2017; 9
- Henriksen NA, Kaufmann RK, Simons MP, et al. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *BJS*. 2020; 4: 342-53. DOI: 10.1002/bjs5.50252
- Vargas E, Beristáin JL, Villalpando C, et al. Reparación de hernia ventral con separación de componentes posterior. Revisión. *Rev Hispanoam Hernia*. 2017; 52: 40-6.

Correspondencia:
Dr. Juan Carlos Aveiga Parra
Correo: jcaveigap@hotmail.com