



P-672 - SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A PERFORACIÓN DE SIGMA POR MIGRACIÓN DE MALLA DE POLIPROPILENO TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL IZQUIERDA

Coronado, Olga; Ortiz, Sergio; Llopis, Clara; Carbonell, Silvia; Estrada, Jose Luis; Lluís, Félix

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La reparación sin tensión de las hernias inguinales utilizando mallas protésicas ha reducido considerablemente la recidiva herniaria y se considera el método de reparación más extendido y efectivo. Existen diferentes complicaciones asociadas a esta técnica, siendo el dolor crónico posquirúrgico y la infección de herida los más frecuentes. Otras complicaciones menos habituales son la infección crónica, la migración de la malla e incluso la perforación de vísceras abdominales.

Caso clínico: Varón de 45 años con antecedentes de ser fumador, monorreno funcional por pielonefritis y con diverticulosis. Se le practicó una hernioplastia inguinal izquierda hace más de 20 años, según técnica Rutkow Robbins. El paciente consultó en Urgencias por sensación distérmica, distensión abdominal y dolor lumbar izquierdo de una semana de evolución. En urgencias el paciente presentaba mal estado general, taquicardia y abdomen doloroso de forma generalizada con defensa. En la analítica destacaba elevación parámetros inflamatorios (leucocitos, PCR y procalcitonina), acidosis metabólica con elevación del lactato, plaquetopenia y fracaso renal agudo. En el TAC abdomino-pélvico aparecía un engrosamiento mural en colon descendente-sigma de unos 5 cm con divertículos, rarefacción de la grasa adyacente y burbujas de neumoperitoneo. También se objetivaba un material de densidad aumentada en la luz del colon, ¿cuerpo extraño? (fig.). El radiólogo lo informó como diverticulitis aguda perforada. Ante el cuadro de shock séptico, se decide intervención quirúrgica urgente. Mediante laparotomía media infraumbilical se encontró una perforación estercorácea de sigma secundaria a la malla de polipropileno de la hernioplastia inguinal previa que había migrado. Se asociaba una peritonitis purulenta que se continuaba de forma retroperitoneal hasta el polo inferior renal. Se realizó intervención de Hartmann reseccando el segmento de sigma afecto y lavado de la cavidad. Tras la cirugía el paciente pasó al servicio de Reanimación permaneciendo 5 días hasta su traslado a planta de Cirugía General. Presentó un cuadro de íleo paralítico postoperatorio y febrícula que se trató de manera conservadora siendo alta al decimocuarto día tras la intervención, con antibioterapia oral, afebril y sin otras complicaciones.



Discusión: La migración de mallas quirúrgicas tras hernioplastia inguinal es un evento inusual, que en raras ocasiones perfora vísceras intraabdominales, siendo la vejiga urinaria la más frecuentemente afectada. La perforación intestinal está descrita en contadas ocasiones y suele ocasionar un cuadro clínico insidioso y de difícil diagnóstico, que puede manifestarse como dolor abdominal inespecífico, obstrucción intestinal, colecciones intraabdominales, hematoquecia o perforación y neumoperitoneo. Como en otros casos descritos, la sospecha inicial no apuntaba a la perforación por cuerpo extraño, sino que se presumía un cuadro de diverticulitis aguda perforada. La migración intracolónica de las prótesis se ha visto relacionada con la presencia de inflamación crónica secundaria a diverticulosis colónica, ausencia de fijación de la misma, la ruptura del saco herniario, no utilizar mallas preformadas o utilizar mallas de un tamaño inadecuado.