



P-015 - REPARACIÓN DE HERNIA INGUINOESCROTAL CON PÉRDIDA DE DOMICILIO TRAS APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA

Lucas Guerrero, Victoria; González Costa, Anna; Hidalgo Rosas, José Manuel; Cánovas Moreno, Gabriel; Campos Serra, Andrea; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: Las hernias inguinoescrotales gigantes con pérdida de domicilio son aquellas cuyo saco representa al menos el 20% de la cavidad abdominal y se extiende como mínimo hasta el tercio medio del muslo. Es una patología infrecuente pero asociada a una gran morbilidad. Estas hernias representan un gran reto quirúrgico con complicaciones potencialmente graves, como el síndrome compartimental abdominal. La toxina botulínica se ha aplicado ampliamente en la reparación de defectos ventrales de la pared abdominal. En cambio, la bibliografía que existe sobre su aplicación en las hernias inguinoescrotales es escasa.

Objetivos: Evaluar el efecto de la toxina botulínica en un caso de hernia inguinoescrotal con pérdida de domicilio.

Métodos: Revisión bibliográfica de la literatura referente a la aplicación de toxina botulínica en la cirugía de pared abdominal, y aplicación de la misma en un caso de hernia inguinoescrotal con pérdida de domicilio diagnosticado en nuestro centro. El caso se trata de un hombre de 54 años, fumador e hipertenso, afecto de hernia inguinoescrotal izquierda gigante de más de 10 años de evolución, que a la exploración física no es reductible. Se realiza una TC abdominal basal y otra a las 4 semanas de la administración de 500 UI de toxina botulínica tipo A (Dysport®) en la musculatura oblicua del abdomen (5 puntos de forma bilateral) y en el recto abdominal, y a la semana se realiza la intervención quirúrgica. Se accede mediante laparotomía media a la cavidad abdominal. Se reduce el saco herniario tras liberación de adherencias y se repara la pared con colocación de una malla tipo BioA de refuerzo tisular® de 20 × 30 cm en situación intraperitoneal y otra tipo DynaMesh® de 30 × 30 cm en posición retromuscular, que se ancla al ligamento de Cooper mediante tackers y a la aponeurosis anterior con puntos transfasciales.

Resultados: En la TC basal del paciente se observa una hernia inguinal izquierda gigante, con un diámetro máximo de 25,6 cm y un volumen del saco herniario de 3,216 cm³, que corresponde al 32,14% del volumen de la cavidad abdominal. Tras la administración de toxina botulínica, en la TC de control, se observa una reducción del grosor de la musculatura lateral del abdomen de forma bilateral, de hasta 7 mm, y un incremento de la longitud de la misma de hasta 13 mm. Se evidencia una práctica estabilidad del volumen del saco herniario, con un volumen de 3,271 cm³. En la cirugía se repara la pared abdominal mediante la técnica descrita sin que se produzca un síndrome

compartimental ni intra ni postoperatoriamente. El paciente presenta un curso satisfactorio sin aparición de ninguna complicación a corto plazo. En la visita de control al mes de la intervención no se evidencia recidiva herniaria.



Conclusiones: La toxina botulínica puede tener un papel importante como método adyuvante en la reparación de hernias inguinoescrotales con pérdida de domicilio. Dado que la toxina relaja la musculatura abdominal, permite la reparación de la pared sin tensión, reduciendo la incidencia de síndrome compartimental.