



P-289 - TÓRPIDA EVOLUCIÓN TRAS CIRUGÍA DE HERNIA INGUINAL IZQUIERDA: DESDE HEMATOMA A TENSIÓN HASTA OSTEOMIELITIS PÚBLICA

Ramírez Bescós, María; Barambio Buendía, Javier; León Bretscher, Ana; Soto García, Paula; Colmenarejo García, Esther; García Nebreda, María; De Fuenmayor Valera, María Luisa; Paseiro Crespo, Gloria

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción: La hernioplastia inguinal es un procedimiento frecuente y con pocas complicaciones. Las más habituales son la infección, hematoma o seroma, que aparecen en un 5% de los procedimientos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 79 años sometido a hernioplastia inguinal, que desarrolla una complicación grave. Como antecedentes HTA, DM tipo 2, cirrosis hepática de origen autoinmune MELD < 9 (sin coagulopatía ni trombopenia), y cardiopatía isquémica revascularizada. Se realiza en régimen de CMA hernioplastia según técnica de Lichtenstein. El posoperatorio inmediato cursa con hematoma a tensión, requiriendo intervención urgente. El paciente requiere transfusión por anemia. No se objetiva punto de sangrado definido, y se realiza extracción de los coágulos y hemostasia local. Inmediatamente después, debe intervenir en 2 ocasiones más, siendo estudiado por hematología descartando discrasia sanguínea. Dos meses después ingresa en Medicina Interna por fiebre sin foco y dolor pélvico. A la exploración se identifica en el borde medial de la herida cicatrización anómala, presentando exudado seropurulento. Se realiza TC objetivando osteomielitis pública que comunica con la piel. Se decide cirugía, realizando destechamiento de la fistula osteocutánea, legrado de trayecto hasta el pubis, con extracción de múltiples esquirlas óseas. La evolución cursa con hematoma y anemia progresiva, por lo que modifica la intención de las curas, realizando *packing* diario con compresas y antisépticos. La situación perdura 3 meses hasta que, se decide abordar la pelvis en conjunto con el servicio de traumatología. En la cirugía se realiza apertura del trayecto cutáneo hasta el pubis y extracción de la sínfisis desestructurada. Se disecan ambas ramas púbicas removiendo todo el tejido necrosado. Se rellena posteriormente con cemento impregnado con antibióticos. Las primeras semanas, se mantiene inmovilizado, con faja pélvica, con evolución favorable. Tras este periodo, comienza con la movilización, produciéndose de nuevo un gran hematoma a tensión, que requiere transfusión urgente y *packing* quirúrgico. Se comienza de nuevo con curas mediante antisépticos y *packing* en la planta, y se realizan 2 embolizaciones arteriales de ramas terminales de los vasos pudendos/obturatrices. Tras unas semanas más de *packing*, se consigue disminuir la cavidad afectada y finalmente se mantiene sin sangrar durante 10 días. En este momento, se utiliza terapia de vacío hasta conseguir granular toda la herida y realizar un cierre por segunda intención. Con la herida curada, y encontrándose el paciente en un hospital de rehabilitación anexo a nuestro centro, se identifica un derrame pleural derecho de nueva aparición. Se diagnostica de exudado y, ante la sospecha de neoplasia primaria de pulmón, se realiza

una biopsia. En este contexto, sufre una encefalopatía hepática/séptica y fallece, 9 meses después de la cirugía de la hernia.



Discusión: En casos de alto riesgo de sangrado, podemos plantear medidas como la utilización de hemostáticos profilácticos o evitar cirugía en régimen de CMA. En estos pacientes la evolución de las complicaciones también puede ser tórpida, y cuanto más tiempo pasa, más se debilitan. La osteomielitis del pubis tras cirugía de la hernia inguinal es posible, aunque extremadamente rara.