



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-523 - HERNIA UMBILICAL GIGANTE: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE Y CIRUGÍA DEFINITIVA. CASO CLÍNICO

Maestre González, Yolanda; Villalobos Mori, Rafael; González Barranquero, Alberto; Mias Carballal, M^a Carmen; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: Las hernias complejas con pérdida de derecho a domicilio son todo un reto para el cirujano, sobre todo cuando las encontramos complicadas en urgencias. Su tratamiento urgente difiere del definitivo, ya que el escenario del paciente es muy diferente y muchas veces cuenta con inestabilidad hemodinámica, perforación intestinal, etc. El tratamiento definitivo de este tipo de hernias complejas requiere de una correcta prehabilitación para obtener los mejores resultados.

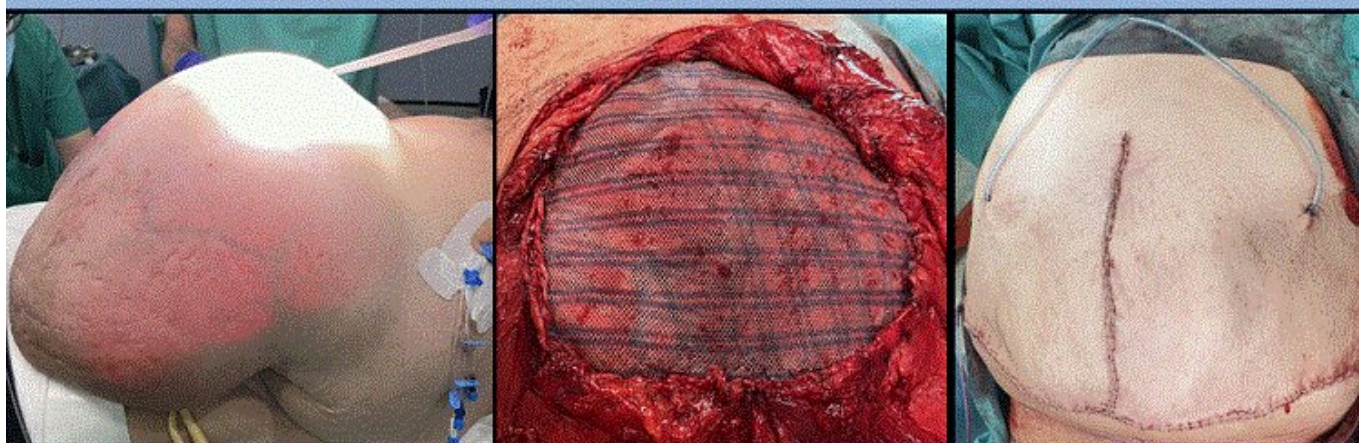
Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 58 años que es intervenido de urgencias por *shock* séptico por perforación intestinal secundaria a oclusión intestinal por hernia umbilical primaria, con pérdida de derecho a domicilio. Mediante laparotomía media sobre la hernia se procede a resección intestinal con anastomosis laterolateral mecánica y lavado de la cavidad peritoneal. El cierre de la pared abdominal se realiza directamente con el saco herniario, sin reparación de la pared abdominal. El paciente es dado de alta con control en consultas externas (CCEE). Presenta importante limitación para la actividad de la vida diaria debido a las dimensiones de la hernia, por lo que se planifica la cirugía definitiva. Se inicia prehabilitación del paciente con infiltración con toxina botulínica un mes previo a la cirugía y creación de neumoperitoneo progresivo de 1.500 cc de aire ambiente. La intervención quirúrgica definitiva consiste en hernioplastia umbilical retromuscular con separación posterior de componentes (SPC) (Rives-Stoppa y liberación del músculo transverso bilateral), con colocación de 4 mallas de 30 × 30 cm de polipropileno en el espacio retromuscular y cierre de pared anterior, con una quinta malla de 20 × 20 cm de polipropileno ajustada al defecto, asociado a dermolipectomía. El paciente en el posoperatorio inmediato presenta presiones intraabdominales (PIAs) de 13 mmHg y posteriormente ascienden a 18 mmHg, sin asociarse síndrome compartimental ni otra sintomatología. Descienden progresivamente las PIAs evolucionando favorablemente y siendo dado de alta. El paciente refiere importante mejoría de su calidad de vida tras la cirugía.



Hernia complicada. Cirugía de urgencias.

Control postoperatorio en CCEE.

Control en CCEE tras 1 mes de la administración de toxina botulínica.



Neumoperitoneo progresivo. Cirugía electiva.

Malla ajustada al defecto de pared anterior.

Final de la cirugía. Hernioplastia + dermolipectomía.

Discusión: El tratamiento de este tipo de hernias en urgencias debe ser personalizado en cada caso, priorizando el control de daños y posteriormente una reparación definitiva de la hernia. Para esta reparación es aconsejable realizar una prehabilitación con toxina botulínica, asociada o no, a neumoperitoneo progresivo en función de las características del paciente y de la hernia, para evitar un aumento de la presión intraabdominal y el consecuente síndrome compartimental.