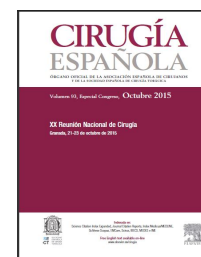




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-561 - ¿CÓMO EVITAR EL SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL EN UN PACIENTE JOVEN CON HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE INCARCERADA?

Martín Rivas, Berta; Cañón Lara, Marta; Magadán Álvarez, Cristina; Real Noval, Héctor; del Castillo Criado, Álvaro; González Noriega, Mónica; Morales García, Dieter José; Gómez Fleitas, Manuel

Hospital Universitario de Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: Se denomina síndrome compartimental abdominal al conjunto de signos y síntomas que reflejan la disfunción progresiva de los distintos órganos y sistemas debido a un aumento agudo, progresivo y mantenido de la presión intraabdominal. Se trata de un cuadro clínico grave con una elevada mortalidad, que en muchas ocasiones es infradiagnosticado, por lo que es importante tenerlo en cuenta a la hora de decidir el modo de actuación ante pacientes quirúrgicos con abdómenes complicados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 54 años, ganadero, con una hernia inguinal de años de evolución. Acude a urgencias por aumento de tamaño de la hernia y dolor importante. A la exploración se objetiva hernia inguinoescrotal izquierda gigante de unos 30 cm de longitud, imposible de reducir. Se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza incisión inguinal izquierda, se abre el saco herniario que contiene la práctica totalidad del paquete intestinal, volvulado con edema del meso y datos de isquemia. Se realiza laparotomía media, estando las asas intestinales proximales a las herniadas con mayor grado de isquemia (solo 30 cm de intestino delgado de apariencia normal). Se reintroducen las asas en cavidad, se devolvula y tras aplicar calor se objetiva mejoría evidente pero no completa. Ante la imposibilidad de cerrar la cavidad abdominal, se decide colocar VAC intraabdominal para realizar revisión en 48 horas y evaluar el estado de la perfusión intestinal. Asimismo se realiza hernioplastia izquierda. En las siguientes horas, el paciente presenta mala evolución, por lo que se decide reintervención quirúrgica, hallándose segmento de 60 cm de íleon con signos de isquemia. Se realiza resección de dicho segmento, anastomosis y colocación de nuevo VAC. Al 4º día se recambia nuevamente el VAC, y al 9º día se cierra definitivamente la pared abdominal. Posteriormente buena evolución clínica, por lo que es dado de alta 14 días después del ingreso. En el seguimiento en consulta, el paciente no presenta datos de complicación, y se encuentra reincorporándose progresivamente a su vida normal.

Discusión: En casos de abdómenes catastróficos, el abdomen abierto es útil para manejar una pérdida aguda del derecho a domicilio, como es nuestro caso de un paciente con una hernia inguinoescrotal gigante, que no permitía un cierre primario de la pared abdominal sin un elevado riesgo de realizar un síndrome compartimental abdominal. El uso de un sistema VAC permitió un cierre primario diferido en 9 días.