



P-545 - HERNIA INGUINO-ESCROTAL BILATERAL CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

García Nalda, Albert¹; Gómez Díaz, Carlos Javier²; Colomer Miralbel, Óscar¹; Ayguavives Garnica, Isidro¹; Corcuera Amillc, Ángel¹; Navarro Soto, Salvador¹

¹Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: Las hernias con pérdida de derecho a domicilio, aunque actualmente se presentan con menor frecuencia en nuestra población, constituyen un reto terapéutico para el cirujano, debido a las importantes alteraciones que ocasionan en la fisiología de los pacientes. La reducción aguda del contenido herniario a la cavidad abdominal puede condicionar el desarrollo de un síndrome compartimental con las graves consecuencias que éste conlleva. Para evitarlo se han desarrollado técnicas de preparación preoperatoria o técnicas quirúrgicas con el fin de aumentar el volumen continente de la cavidad abdominal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 77 años, sin antecedentes patológicos de interés, que presentaba una hernia inguino-escrotal bilateral con pérdida de derecho a domicilio, de años de evolución. Se realizó valoración anestésica preoperatoria completa y TC abdominal con volumetría, cuyos hallazgos (ratio volumen herniado/volumen cavidad abdominal: 67,37%) apoyaban la necesidad de preparar al paciente antes de realizar la intervención quirúrgica. La preparación preoperatoria se realizó mediante la infiltración de toxina botulínica tipo A en la pared abdominal, seguido de neumoperitoneo progresivo abreviado (7 días), ambos procedimientos de manera ambulatoria. Mediante TC se controló la evolución de los volúmenes (abdominal y herniado), así como del grosor y longitud de la musculatura lateral del abdomen. Intervención quirúrgica: reparación herniaria bilateral preperitoneal mediante técnica de Stoppa, con malla de polipropileno 25 × 35,5 cm (Bard™ Mesh) fijada a ambos ligamentos de Cooper. El paciente presentó un curso postoperatorio favorable. Solo presentó hematuria que no requirió tratamiento específico y se autolimitó en 48h tras lo cual se retiró la sonda vesical. Molestias postoperatorias controladas con analgesia suave y tolerancia progresiva de la dieta oral, siendo dado de alta al 3^{er} día postoperatorio. Al 1^{er} mes de seguimiento se evidenció pequeño seroma inguinal derecho que se resolvió espontáneamente. No presentó más complicaciones durante el seguimiento.

	Basal	Post tox. botulinica	Post pneumo progresivo
Volumen cavidad abdominal (VCA)	4.270 cc	5.375 cc	9.290 cc
Volumen visceral herniado (VVH)	2.877 cc	3.333 cc	2.510 cc
Ratio VVH/VCA	67,37%	62,01%	27,02%

Musculatura lateral abdominal	Grosor	Derecha	24 mm	16 mm	16 mm
		Izquierda	28 mm	21 mm	17 mm
	Longitud	Derecha	171 mm	205 mm	238 mm
		Izquierda	158 mm	226 mm	274 mm



Discusión: La infiltración de toxina botulínica tipo A en la pared abdominal y el pneumoperitoneo progresivo preoperatorio constituyen 2 técnicas útiles y eficientes para la preparación preoperatoria de los pacientes afectados de hernias con pérdida de derecho a domicilio, con el fin de conseguir un tratamiento quirúrgico óptimo y exitoso, evitando el desarrollo de un síndrome compartimental.