



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-037 - SÍNDROME DE FLOOD: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA HERNIA UMBILICAL

González Aguirregomez corta, Eneko; Pérez de Villarreal Amilburu, Patricia; Gutiérrez Ferreras, Ana Isabel; Moro Delgado, Ana; Murua Ruiz, Ane; Amarelo García, Martín; Uriarte Terán, Jon Ignacio; Pintado Izquierdo, María

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: Las hernias umbilicales presentan una prevalencia del 20% en pacientes con ascitis de larga evolución y cirrosis avanzadas. En estos casos, puede ocurrir la ruptura espontánea de la hernia con drenaje de líquido ascítico. Esta complicación denominada síndrome de Flood es infrecuente, potencialmente mortal y tiene un manejo controvertido.

Caso clínico: Varón de 65 años con cirrosis alcohólica Child B7, hipertensión portal y ascitis refractaria que requiere paracentesis evacuadoras semanales. Consulta por drenar espontáneamente líquido seroso a través de la piel umbilical, sin fiebre ni dolor abdominal. La exploración física es normal exceptuando una gran hernia umbilical, con necrosis y ulceración cutánea por la que drena líquido ascítico. Instauramos tratamiento conservador con sueroterapia y reposición de albúmina para optimizar al paciente. Al observar datos de sobreinfección del líquido ascítico, añadimos ceftriaxona al tratamiento y programamos una cirugía preferente durante el ingreso. Realizamos resección de la piel necrótica accediendo al saco herniario que contiene epiplón. Procedemos a su disección y resección, exponiendo la aponeurosis con un defecto umbilical de 3cm. Cerramos el saco con vicryl 2/0 y practicamos una reparación siguiendo la técnica RTL (*reinforced tension lines*) con el objetivo de disminuir la tensión, prevenir el desgarramiento fascial y evitar el uso de mallas protésicas. Para ello colocamos dos suturas longitudinales de refuerzo sobre la aponeurosis, paralelas al defecto, con polipropileno nº 0 y realizamos una herniorrafia que abarque dichas líneas de refuerzo (sutura continua de polipropileno nº 0). Cerramos la piel con vicryl nº1, colocando un drenaje. El paciente presenta buena evolución, siendo dado de alta al 7º día posoperatorio. Actualmente está en lista de espera para trasplante hepático.



Discusión: Los pacientes con ascitis y enfermedad hepática avanzada tienen mayor riesgo de desarrollar una hernia umbilical por aumento de la presión intraabdominal, debilidad de la pared, pérdida muscular y repermeabilización de la vena umbilical. En estos casos, la ulceración, decoloración cutánea o rápido aumento de tamaño sugieren una ruptura inmediata de la hernia que puede drenar líquido ascítico. Esta complicación conocida como síndrome de Flood o paracentesis espontánea tiene una mortalidad del 30% por evisceración, hipotensión, celulitis, peritonitis o sepsis. La cirrosis es un conocido factor de mal pronóstico, por lo que existe controversia en el manejo de esta complicación. Frecuentemente el tratamiento se basa en realizar una herniorrafia programada tras optimizar al paciente (reposición hidroelectrolítica y albúmina, prevención de infecciones, control de la ascitis, drenaje del líquido ascítico para evitar su salida por la hernia umbilical...) y realizando curas locales de la herida hasta que cierre por segunda intención. La reparación diferida presenta buenos resultados con menor morbilidad quirúrgica. Sin embargo, el riesgo de encarceración, complicaciones e intervención urgente es mayor, traduciéndose en peores resultados. Independientemente de la reparación urgente o programada, al presentar una presión intraabdominal elevada la reparación debería realizarse con una técnica que soporte tanta tensión como puede ser la RTL. En conclusión, la ulceración o necrosis cutánea en las hernias umbilicales debe considerarse un signo de alarma que precede a su ruptura y requiere valoración quirúrgica.