



Hernia incisional gigante y oclusión intestinal, un reto médico-quirúrgico

Giant incisional hernia and intestinal occlusion a medical-surgical challenge

Edwin Leopoldo Maldonado García,* Israel Salgado García,† Juan Martínez Reyes,§ Carlos López Hernández,¶ Gabriel Moreno González||

Citar como: Maldonado GEL, Salgado GI, Martínez RJ, López HC, Moreno GG. Hernia incisional gigante y oclusión intestinal, un reto médico-quirúrgico. Acta Med GA. 2022; 20 (3): 272-274. <https://dx.doi.org/10.35366/105733>

Resumen

Las hernias complejas con “pérdida de derecho a domicilio o dominio” son hernias gigantes con defectos crónicos de la pared; la separación de componentes es una de las técnicas que se utilizan en las hernias abdominales de gran tamaño. Se presenta el caso de paciente femenino de 86 años con hernia de 43 años de evolución con oclusión intestinal, por lo que se procedió a realizar laparotomía, anastomosis, adherenciolisis y separación de componente con colocación de malla. Su evolución fue favorable con seguimiento postoperatorio satisfactorio funcionalmente sin complicaciones. La literatura declara que la propia experiencia del cirujano es el factor pronóstico más importante para el resultado de la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Hernia ventral, hernioplastia, malla, hernioplastia incisional, oclusión intestinal.

Abstract

Complex hernias with “loss of domain” are giant hernias with chronic wall defects. The separation of components is one of the techniques used in large abdominal hernias. We present the case of an 86-year-old female with a 43-year-old hernia with intestinal occlusion, laparotomy, anastomosis, adherenciolisis, and component separation with mesh placement; her evolution was favorable with satisfactory postoperative follow-up functionally without complications. The literature declares the surgeon’s own experience to be the most important prognostic factor for the outcome of the surgical intervention.

Keywords: Ventral hernia, hernioplasty, mesh, incisional hernioplasty, intestinal occlusion.

INTRODUCCIÓN

Las hernias incisionales gigantes con “pérdida de derecho a domicilio” se definen como la salida permanente de entre 15% y 20% del contenido abdominal fuera de la cavidad abdominal.¹ Las hernias complejas con “pérdida de derecho a domicilio” son hernias gigantes con defectos crónicos de la pared que van creciendo y alterando de forma progresiva la anatomía y fisiología normal de la pared abdominal, con grandes defectos y

gran parte de las vísceras abdominales ubicadas en el saco de la hernia. La separación de componentes es una de las técnicas que se utiliza en las hernias abdominales de gran tamaño. Fue publicada por primera vez por Sánchez y colaboradores.²

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 86 años de edad con antecedente de hipertensión arterial y tres cesáreas con hernia inci-

www.medigraphic.org.mx

* Cirugía General y Alta Especialidad en Cirugía Endoscópica, Hospital Angeles Torreón. Coahuila, México.

† Jefe de Terapia Intensiva y Medicina Crítica, Hospital Angeles Torreón. Coahuila, México.

§ Cirugía General, Hospital Angeles Torreón. Coahuila, México.

¶ Anestesiología, Hospital Angeles Torreón. Coahuila, México.

|| Médico residente de Cirugía General, Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona 16. Torreón. Coahuila, México.

Correspondencia:

Dr. Edwin Leopoldo Maldonado García
Correo electrónico: edwinlmg@gmail.com

Aceptado: 28-09-2021.

www.medigraphic.com/actamedica



sional secundaria a la última cesárea por infección de sitio quirúrgico, de 43 años de evolución y nunca tratada quirúrgicamente (*Figura 1*). Inicia padecimiento actual cinco días antes con ausencia de evacuaciones, náusea y vómito, distensión abdominal y ausencia de gases. A la exploración física, signos vitales normales, laboratorios normales, electrocardiograma con fibrilación auricular como hallazgo. Se procedió a realizar tomografía axial computarizada toracoabdominal (*Figura 2*) con hallazgos de datos de oclusión intestinal con dilatación de asas de



Figura 1:

Vista preoperatoria. Hernia incisional fuera de dominio.

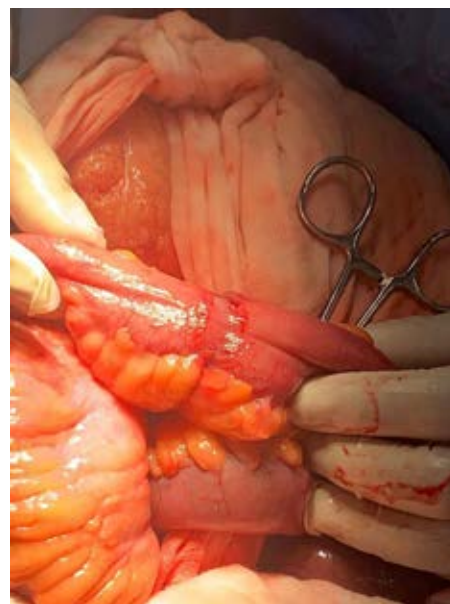


Figura 3:

Zona de estenosis de íleon.



Figura 4:

Pared abdominal posterior a la semana 12 de la cirugía.



Figura 2:

Tomografía axial computarizada de corte sagital con datos de hernia gigante y oclusión intestinal.

intestino delgado, y hernia incisional fuera de dominio; pasa a terapia intensiva, se inicia manejo conservador con ayuno y nutrición parenteral sin mejoría clínica. Se hace valoración perioperatoria por cardiología y se pasa a laparotomía exploradora con hallazgos: zona de adherencia y estenosis de íleon a 80 cm de la válvula ileocecal hacia el saco herniario, adherencias firmes y laxas de la cavidad abdominal (*Figura 3*). Se realiza adherenciólisis y entero-entero anastomosis lateral mecánica sin resección intestinal de la zona estenótica

del íleon. Se efectúa plastia de separación de componentes y colocación de malla Symbotex® de 30 × 20 cm retromuscular con Drenovac® de 1/4". Posteriormente pasa a terapia intensiva y se extuba al segundo día sin eventualidades manteniendo presiones intraabdominales indirectas de 10 mmHg. Se inicia vía oral al quinto día de postoperatorio y se egresa al octavo día. Se da seguimiento postoperatorio a las seis, 12 y 36 semanas sin eventualidades (Figura 4).

DISCUSIÓN

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes que se presentan en las hernias con pérdida de dominio son las respiratorias, además del riesgo de recurrencia y la aparición de síndrome compartimental abdominal. Salvo los casos de urgencia con oclusión intestinal, la técnica quirúrgica con neumoperitoneo preoperatorio y la separación de componentes son de las técnicas más usadas.³ La separación anatómica de componentes de Carbonell y Bonafé permite restaurar la biomecánica de la pared abdominal con grandes defectos, aunque exige una amplia disección de los colgajos cutáneos.⁴ La técnica *transversus abdominis release* (TAR) por Novitsky y colegas es una extensión de la reparación retromuscular Rives-Stoppa de la técnica de separación del componente posterior.⁵

CONCLUSIONES

La literatura afirma que la propia experiencia del cirujano es el factor pronóstico más importante para el resultado de la intervención quirúrgica. La recurrencia de la hernia es multifactorial y su tamaño se ha identificado como un factor de riesgo significativo.

REFERENCIAS

1. Beltrán MA. Hernia incisional gigante complicada. Consecuencias de una evolución prolongada. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013; 1 (1): 44-48.
2. Sánchez Ramírez M, Bazán Hinojo C, Casado Maestre MD, Pérez Gomar D, Bengoechea Trujillo A, Fernandez Serrano JL. IV. Hernia primaria-incisional de pared abdominal. Hernias con pérdida de derecho a domicilio. *Cir Andal*. 2013; 24: 270-274.
3. Passot G, Villeneuve L, Sabbagh C, Renard Y, Regimbeau J-M, Verhaeghe P. Definition of giant ventral hernias: development of standardization through a practice survey. *Int J Surg*. 2016; 28: 136-140.
4. Benavides de la Rosa DF, Ortiz Solórzano Aurusa J, García Ureña MA, Montes Manrique M, Pina Pallín M, Gómez Carmona Z et al. Asociación de neumoperitoneo progresivo preoperatorio y separación posterior de componentes con liberación del músculo transverso en el tratamiento de una eventración gigante con pérdida de derecho a domicilio. *Rev Hispanoam Hernia*. 2017; 5 (3): 115-119.
5. Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am J Surg*. 2012; 204 (5): 709-716.