

Hernia intersticial postincisional secundaria a incisión tipo Mc Burney. Presentación de caso y revisión de la literatura

Gustavo A. Flores-Rangel,* Luis A. Núñez-Trenado,** Cristóbal Garza-Torres,* Oscar Porrás-Escorcia,** José A. Lemus-Tiscareño,** Sergio De la Rosa-Gutiérrez,** Carlos A. Altamirano-Arcos**

RESUMEN

Introducción. Las hernias incisionales secundarias a heridas quirúrgicas de tipo Mc Burney, así como las hernias intersticiales, son infrecuentes. Desarrollar una hernia intersticial en este tipo de heridas es un hallazgo pocas veces descrito en la literatura. **Caso clínico.** Paciente con el antecedente de apendicectomía con abordaje mediante incisión de tipo Mc Burney, que evolucionó con infección de la herida quirúrgica; se realizó dehiscencia de herida para drenar colecciones y se encontró aponeurosis del músculo oblicuo externo bien afrontada, clínicamente sin evidencia de hernia incisional. Se descubrió como hallazgo imagenológico una hernia intersticial a nivel de la herida quirúrgica. Se realizó plastia de pared abdominal sin malla. Se manejó la infección de la herida mediante lavados quirúrgicos y posteriormente con uso de sistema VAC. Finalmente la herida cicatrizó por segunda intención. A 12 meses de seguimiento no presentó datos de recurrencia de la hernia intersticial. **Conclusiones.** Las hernias intersticiales son infrecuentes y generalmente cursan de manera silente, suelen ser diagnosticadas cuando presentan complicaciones. Su manejo es controversial si se presentan en el contexto de un proceso séptico, siendo el tratamiento con malla motivo de controversia.

Palabras clave: Hernia, incisión, hernia, intersticios, Mc Burney.

ABSTRACT

Introduction. Secondary incisional hernias surgical wounds Mc Burney type, as well as interstitial hernias are both infrequent, developing an interstitial hernia in this type of injury is finding a few times described in the literature. **Case report.** We present a patient with history of appendectomy, using an approach Mc Burney incision type, evolving with wound infection, wound dehiscence to drain collections is made and found good aponeurosis of the external oblique muscle, clinically there's no evidence of incisional herniation. A radiographic finding is discovered as an interstitial hernia at the surgical wound. Abdominal wall plasty was performed without mesh. Wound infection was managed by surgical scrubs and later with use of VAC system. Finally the wound heals by secondary intention. A 12 month follow-up no recurrence data interstitial hernia. **Conclusions.** The interstitial hernias are uncommon and usually enrolled in a silent way, they are usually diagnosed when complications occur. Its management is controversial if presented in the context of a septic process, with mesh treatment even controversial.

Key words: Incisional hernia, interstitial hernia, Mc Burney.

INTRODUCCIÓN

Las hernias intersticiales consisten en el paso de un saco herniario entre los músculos de la pared anterolateral del

abdomen, habitualmente se tratan de hernias de Spiegel, aunque éstas no son la regla. Por otra parte, la hernia incisional se genera posterior a una herida quirúrgica, siendo más común en heridas de orientación longitudinal,¹ seguidas por las de orientación transversa. La presencia de una hernia intersticial en una incisión tipo Mc Burney es infrecuente.¹

* Servicio de Cirugía General, Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.

** Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

CASO CLÍNICO

Mujer de 78 años de edad, negó antecedentes quirúrgicos y antecedentes crónico-degenerativos, que presentaba apendicitis aguda resuelta por apendicectomía con incisión de tipo Mc Burney, encontrándose como hallazgo apendicitis fase II. Fue egresada por mejoría al tercer día posquirúrgico sin complicaciones. Evolucionó con dolor a nivel de la herida quirúrgica, salida de líquido seropurulento y febrícula. Se ingresó a hospitalización ocho días posteriores al procedimiento quirúrgico; se manejó dehiscentando la herida quirúrgica a nivel de piel y tejido celular subcutáneo, y drenando la colección seropurulenta. Se realizó inspección y palpación, encontrando aponeurosis del oblicuo mayor bien afrontada, con Vicryl puntos continuos simples. Se realizó lavado de la herida y se solicitó tomografía computarizada (TAC) de abdomen a fin de descartar colecciones intraabdominales, en la cual se observa como hallazgo un saco herniario a nivel de fosa iliaca derecha, con contenido de asas intestinales, las cuales disecan entre los músculos de la pared anterolateral del abdomen, con aparente integridad del oblicuo mayor (Figura 1). Se realizó exploración quirúrgica a través de la herida previa, encontrando como hallazgos una hernia intersticial con saco que disecó el espacio entre las aponeurosis de los músculos oblicuo mayor y oblicuo menor, sin compromiso isquémico. Se redujo saco y se realizó plastia sin malla. Se manejó herida quirúrgica con aspiración intermitente mediante sistema VAC por dos semanas y antibioticoterapia. Se egresó a la paciente y la herida cicatrizó por segunda intención de manera ambulatoria. En seguimiento a un año se realizó tomografía de abdomen sin evidencia de recurrencia de proceso herniario.

DISCUSIÓN

Se puede definir como hernia intersticial a aquella en la que el saco herniario protruye hacia los espacios existentes entre los músculos de la pared anterolateral del abdomen² (Figura 2).

Las primeras descripciones fueron hechas por Cooper (1812) y Hesselbach (1814), quienes describieron una hernia que se había hecho camino entre los músculos oblicuo interno y externo del abdomen, siendo descrita como hernia intersticial por Goyrand.²

En 1921 Fuld propuso una clasificación basada en la localización anatómica en relación con los músculos de la pared anterolateral del abdomen, siendo tres las categorías:²

- Preperitoneales (20%).
- Inguinointersticiales (60%).
- Superficiales (20%).

El grupo inguinointersticial se puede subclasificar en cuatro subgrupos:

- Saco localizado entre la aponeurosis transversal y el músculo transversal del abdomen.
- Saco entre el músculo transversal del abdomen y el músculo oblicuo interno.
- Saco entre los músculos oblicuos interno y externo del abdomen.
- Saco entre las fibras del músculo oblicuo externo.

Otros autores señalan que las hernias pueden ser uniloculares, biloculares o triloculares.²

Las hernias de Spiegel son generalmente intersticiales y son el prototipo de este tipo de hernias, estando el saco cubierto por la fascia del músculo oblicuo externo, lo que dificulta el diagnóstico.^{2,3}

Incidencia y factores de riesgo para hernia incisional postapendicectomía

La hernia secundaria a apendicectomía se reporta con tasas de incidencia muy variables según las series consultadas y el tipo de incisión realizada, siendo de hasta 10.2% para las incisiones sobre línea media, y de 12 a 2% para las heridas de tipo Mc Burney;^{1,4} ahora bien, entre éstas la descripción de hernias de tipo intersticial es poco frecuente. La incidencia en general se reporta menor para la incisión Mc Burney que para la mayoría de incisiones longitudinales o transversas, esto quizá debido a que se realiza en estrella, es decir, se ingresa a cavidad cruzando las incisiones y divulsiones músculo-aponeuróticas.¹ Beltrán y Cruces,⁵ en una serie de casos con 4,862 pacientes con seguimiento a seis años, reportaron como principal factor de

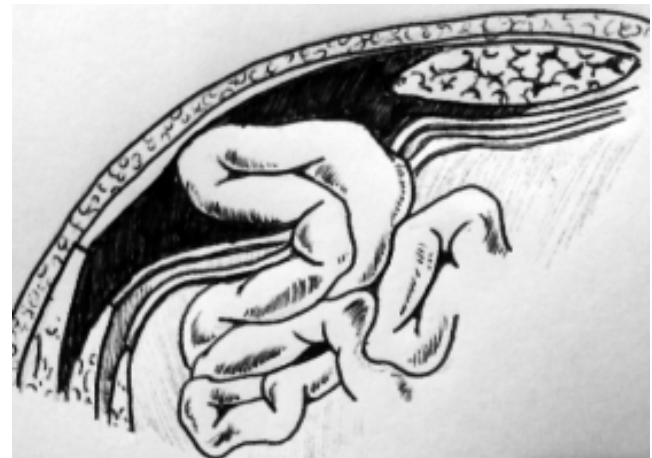


Figura 1. Esquema de una hernia intersticial.

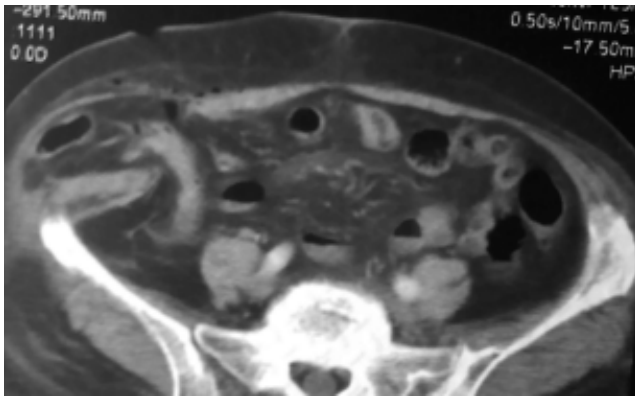


Figura 2. TAC observando hernia intersticial.

riesgo para desarrollar hernia incisional, en apendicectomías con incisión tipo Mc Burney, el cierre de la herida por segunda intención (4.1% de este grupo presentó hernias vs. 0.06% en cierres por primera intención), con una incidencia global de 0.7%. El 91% de las hernias se diagnosticaron dos años postapendicectomía.⁵

La cicatrización adecuada de la herida en una laparotomía implica realizar una incisión apropiada y lo menos traumática posible, con un adecuado cierre de la misma (factor mecánico) y de un proceso normal de producción de tejido conectivo o cicatricial (factor metabólico). No existe una etiología única para la hernia incisional, su origen es multifactorial, siendo los predisponentes:^{4,6,7}

- Técnica quirúrgica para el cierre (puntos separados y/o con catgut en la aponeurosis, drenaje a través de la herida).
- Factores que incrementan la presión intraabdominal (ascitis, distensión abdominal importante).
- Factores sistémicos (edad avanzada, sexo femenino, tabaquismo, diabetes).
- Defectos del metabolismo del tejido extracelular.
- Proceso séptico (peritonitis, infección de la herida quirúrgica, seromas).

La mayoría de los autores coincide en que la infección del sitio quirúrgico es el principal factor de riesgo.^{5,8}

Presentación clínica y auxiliares diagnósticos

Debido a que protruyen entre los espacios músculo-aponeuróticos de la pared anterolateral del abdomen no suelen ser evidentes y por lo general pasan desapercibidas, siendo diagnosticadas en la mayoría de los casos cuando presentan complicaciones asociadas; 90% se manifiesta como un cuadro de oclusión intestinal asociado a una

tumoración en la pared abdominal; en el caso de hernia congénita intersticial inguinal puede asociarse a un testículo no descendido.²

Las radiografías simples de abdomen sólo mostrarían datos clásicos de oclusión intestinal en caso que se presente esta complicación, de otra manera no suelen ser de utilidad.²

La TAC y la ecografía pueden ayudar considerablemente al diagnóstico, probablemente, con la misma eficacia. No obstante, la TAC proporciona más información sobre el contenido herniario.^{3,4}

TRATAMIENTO

El tratamiento de una hernia intersticial consiste en reducción del saco herniario y una plastia de la pared abdominal, utilizando de preferencia una técnica sin tensión y siendo el cierre anatómico una modalidad terapéutica a abandonar en el contexto de una hernia no asociada a complicaciones.¹

Sin embargo, debemos considerar que son pocos casos en los cuales el abordaje se realiza sin complicaciones asociadas, debido al cuadro silente con el que se desarrollan, pasando desapercibidas tanto por el médico como por el paciente. Es así que suelen diagnosticarse durante una laparotomía por oclusión intestinal, o bien, asociadas a procesos sépticos de la herida quirúrgica, siendo en estos casos la indicación de colocar una malla un tema muy controversial.

La mayoría de los autores se inclina por evitar el uso de materiales protésicos si la hernia se asocia a procesos sépticos. En estos casos, y dependiendo del escenario, se puede resolver el proceso agudo (oclusión/perforación intestinal) y optar de acuerdo con las condiciones del paciente por diferir la plastia, por un cierre simple, o si se dispone de ellas una opción son las mallas biológicas.⁹

Si se presenta asociada a proceso séptico y se opta por una reparación anatómica, queda la posibilidad abierta de realizar una plastia con malla en un segundo tiempo quirúrgico en caso de recidiva.

La reparación con tensión se ha descrito con varias técnicas, quizá la más común consista en una técnica similar para las plastias umbilicales, en la cual se superponen los músculos oblicuo interno y transversal del abdomen.

Han aparecido trabajos que utilizaron mallas en un medio séptico con buenos resultados en cuanto a morbilidad y recidiva, y consideran obsoleto contraindicar el uso de malla ante un proceso séptico,^{1,10} pero ello aún no es la regla, y la mayoría de los autores hoy día consideran que se debe seguir siendo prudente en su utilización.¹



Si se opta por realizar una plastia con malla, es preferible una técnica subaponeurótica sin tensión, incluso si el defecto es pequeño.⁵

CONCLUSIONES

Las hernias intersticiales tienden a tomar un curso silente y asintomático, manifestándose por lo general cuando se asocian a complicaciones. Su tratamiento es quirúrgico, donde deben resolverse en primer término las complicaciones concurrentes si es que éstas existen, y posteriormente realizar una plastia. Es de común acuerdo que en ausencia de proceso séptico se realicen plastias sin tensión, y aunque la tendencia general es evitar el uso de mallas en caso de procesos sépticos, éste es un tema aún por definirse.

REFERENCIAS

1. Rutkow I. Cirugía de hernias. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Mc Graw Hill 2003; p. 1204-06.
2. Kumar A, Saidha N, Ramakrishnan T, Shu S. Interstitial incisional hernia following appendectomy. Medical Journal Armed Forces India, 2009; 65: 176-7.
3. Manohar C, Ramadev K. Management of incisional hernia by preperitoneal mesh repair. Department of General Surgery, Kempegowda institute of Medical Sciences, Bangalore-560004.
4. González G. Análisis de la utilización de la prótesis en las hernias incisionales. An Fac Cienc Med 2009; 62(2).
5. Rodríguez Z. Complicaciones de la apendicectomía por apendicitis aguda. Rev Cubana de Cirugía 2010; 49(2).
6. Guías Clínicas para Hernias de la Pared Abdominal. Asociación mexicana de hernia. Actualización mayo de 2009.
7. Sánchez P, Mier J, Castillo A, Blanco R, Zárata J. Factores de riesgo para dehiscencia de herida quirúrgica. Cir y Ciruj 2000; 68: 198-203.
8. García F, Ortégón B, Franco J, Domínguez E, Gil F, Gutiérrez C, et al. Tratamiento laparoscópico de la hernia de Spiegel. Cir Esp 2002; 71(4): 207-9.
9. Beltrán M, Cruces K. Hernia incisional tras incisión de McBurney: Estudio retrospectivo de casos y controles de factores de riesgo y tratamiento quirúrgico. World Journal of Surgery 2008; 32: 596-601.
10. Birolini C, Utiyama E, Rodríguez A, Birolini D. Elective colonic operation and prosthetic repair of incisional hernia: does contamination contraindicate abdominal wall prosthesis use? J Am Coll Surg 2000; 191(4): 366-72.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Oscar Porrás-Escorcía
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, México, D.F.
Tel.: 5747-7560
Correo electrónico: md.ope@hotmail.com