

Presentación de caso

Hernia incisional eviscerada: A propósito de un caso

Eviscerated incisional hernia: A case report

Dr. Alejandro Barrabí Díaz¹, Dr. Joaquín Márquez Hernández¹, Dr. Evelio Salvador Reyes Balseiro¹, Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez¹.

1. Hospital Amalia Simoni. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: La hernia incisional es una complicación frecuente de la cirugía abdominal, se presenta entre el 2 al 20 % de los pacientes laparotomizados. Entre sus complicaciones se describen la encarceración aguda, el atascamiento y la estrangulación. **Objetivo:** Describir el caso inusual de una paciente portadora de hernia incisional eviscerada. **Reporte de caso:** Anciana de 78 años, diabética tipo II, con vitiligo, hipertensión arterial controlada, presentó además hernia incisional voluminosa recidivada, la cual sufrió ruptura espontánea de pared y piel con evisceración. Fue tratada mediante hernioplastia con prótesis preperitoneal de polipropileno y cierre aponeurótico parcial. A los tres años de seguimiento posoperatorio los resultados fueron excelentes. **Conclusiones:** Es inusual esta complicación y se comparó con reportes similares que justifican y avalan la conducta asumida. La ruptura espontánea de la cubierta y piel de una hernia incisional recidivada y su evisceración a través del defecto es infrecuente, se le realizó hernioplastia protésica preperitoneal con favorables resultados posoperatorios.

DeCS: HERNIA INCISIONAL; HERNIA ABDOMINAL/cirugía; EXENTERACIÓN PÉLVICA.

Palabras clave: Hernia incisional; hernia abdominal y cirugía; exenteración pélvica; hernioplastia preperitoneal protésica.

ABSTRACT

Background: The incisional hernia is a frequent complication of the abdominal surgery; it is presented between the 2 to 20 % of the patients with laparotomy. Among their complications they are described: Incarcerated hernia, blockage or obstruction and strangulation. **Objective:** To describe the unusual case of a patient carrier with an incisional hernia with evisceration. **Case report:** A 78 years old, aged woman, type II diabetic, with vitiligo, controlled hypertension, carrier of incisional hernia too, voluminous, recurrent, which suffered spontaneous rupture of wall and skin, with evisceration. She was treated by hernioplasty with a polypropylene preperitoneal prosthesis and partial aponeurotic closure. At three years post-operative follow-up the results were excellent. **Conclusions:** It is an unusual complication that is compared with similar reports that justify and support the assumed behavior. The spontaneous rupture of the cover and skin of a recurrent incisional hernia and its evisceration through the defect are uncommon, preperitoneal hernioplasty prosthesis with favorable postoperative results was performed.

MeSH: INCISIONAL HERNIA; HERNIA, ABDOMINAL/surgery; PELVIC EXENTERATION.

Keywords: Incisional hernia; hernia, abdominal and surgery; pelvic exenteration; preperitoneal prosthesis hernioplasty.

INTRODUCCIÓN

La hernia incisional (HI) denominación anglosajona, o eventración (de ex=afuera y venter=vientre) como es denominada por otros, es una complicación frecuente, una “deuda de la cirugía abdominal abierta o un fracaso de la intervención primaria”. Del 2 al 20 % de las laparotomías desarrollan HI primaria. Las complicaciones frecuentes de estas hernias son la incarceration aguda y el atascamiento en el 6 al 15 % y la estrangulación en el 2 %. La ruptura espontánea de la fina piel que cubre el saco y el saco mismo, con evisceración consecuyente, es una complicación descrita pero infrecuente, sobre todo cuando la hernia es primaria; se considera su frecuencia entre el 0,24 a 5,8 %¹⁻³.

La reparación con prótesis o hernioplastia es el proceder de elección en HI, sobre todo cuando el anillo supera los 5 cm de diámetro, lo que muestra tasas de recurrencias que varían desde un 2 % a un 32 % con mejores resultados en comparación con el 12 al 63 % en las reparaciones no protésicas. Dentro de las técnicas para implantar la prótesis se establecen las variantes: intraperitoneal, preperitoneal, subaponeurótica y supraaponeurótica. Es la preperitoneal, la preferida actualmente por los cirujanos y con mejores resultados a largo plazo¹⁻⁴.

Hoy día, las mallas protésicas más empleadas en plastias incisionales son las de polipropileno, no absorbible y monofilamento, que no deben colocarse en contacto con el intestino y no se utilizan dentro de la cavidad abdominal. A medida que se desarrolla este campo de la cirugía surgen nuevos materiales protésicos con otras características y propiedades físicas, químicas y biológicas que pudieran hacer modificar esta preferencia en el futuro^{1,3-5}.

Han surgido diversos tipos de prótesis tanto de material no absorbible como absorbible, recientemente se consultó un reporte sobre reparaciones de hernia incisional con prótesis tipo Laparomesh conformada por dos bandas de polipropileno de baja densidad, una vertical y la otra horizontal además de otra banda inferior de silicona que irá situada debajo del peritoneo y con buenos resultados⁶.

Se describe el caso de una paciente con antecedentes de dos operaciones quirúrgicas, apendicitis aguda y HI que luego recidivó y se evisceró; complicación esta que por lo infrecuente, la adecuada conducta asumida y los resultados del tratamiento es importante su publicación.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 76 años de edad, blanca, femenina, con antecedentes de vitiligo, de diabetes mellitus tipo II controlada y de hipertensión arterial esencial para la cual lleva tratamiento médico-dietético. La operaron en dos ocasiones por apendicitis aguda perforada hace 49 años y de HI hace ocho años, que recidivó de manera rápida. En esta ocasión la ingresamos al referir que al agacharse en el baño “se le rasgó la piel” a nivel de la hernia con salida del intestino a través del orificio aparecido.

Datos positivos al examen físico.

Se constató hipertensión arterial de 150/100 mm Hg.

Piel: lesiones hipocrómicas generalizadas que corresponden al vitíligo; abdomen: a la inspección HI grande, con intestino delgado eviscerado a través de pequeño orificio en la piel, de unos 3 cm a nivel de la cicatriz quirúrgica paramedia derecha infraumbilical. Sin otros hallazgos al examen físico. (Figura 1)

Fig. 1: Paciente acostada previo a la intervención



Estudio analítico complementario.

Hemoglobina: 112 g/L

Leucograma: $11,2 \times 10^9/L$

Glucemia: 4,7 mmol/l

Creatinina: 127 mmol/l

Electrocardiograma: ritmo sinusal, con signos de hipertrofia ventricular izquierda.

Frecuencia cardíaca 92 por minuto.

Rayos X de tórax: índice cardiotorácico normal, reforzamiento discreto de la trama bronquial bilateral, botón aórtico prominente.

Preoperatorio: se cubren las vísceras en el servicio de urgencias con apósito humedecido con suero fisiológico. Se le administró una dosis temprana de antimicrobiano, cefazolina 1 gr endovenoso en la inducción anestésica y durante el intraoperatorio, que se mantuvo por 72 horas con igual dosis y vía cada 8 horas. Se le indicó además furosemida de 40 mg y fenobarbital de 100 mg inyectable para la sedación de la paciente y control de sus cifras tensionales.

Intraoperatorio: antisepsia de la pared y del asa eviscerada. Incisión amplia en losange que reseca la cicatriz anterior. Saco herniario íntimamente adherido a la piel, pared y a múltiples asas intestinales. Anillo herniario amplio de unos 12 cm, se disecó el saco liberándolo del anillo para luego ampliar su orificio. Se liberaron adherencias de las asas entre sí y al saco, se lavaron y reintrodujeron a la cavidad abdominal. Luego se separó el peritoneo de la aponeurosis y se cerró con sutura continua de catgut crómico 0.

El diámetro del anillo herniario contraindica el cierre aponeurótico primario, dado que provocaría considerable tensión del abdomen, con elevación de la presión intraabdominal (PIA) por encima de los 10 cm de H₂O, además de favorecer la recidiva, por ello se decidió colocar prótesis de polipropileno de 20x20 cm en localización preperitoneal que se fija a la aponeurosis posterior de los músculos abdominales con puntos discontinuos de nylon 000 y cierre aponeurótico parcial por encima con puntos discontinuos de nylon 0, dejando unos 2 cm de aponeurosis central sin suturar (zona de mayor tensión). Se colocó drenaje de Penrose que se exterioriza por contrabertura. Se aplicaron puntos discontinuos al tejido celular subcutáneo de cromado 00. Se suturó la piel a puntos sueltos de nylon 00. Se colocó faja relativamente ajustada.

Posoperatorio: se retiró el drenaje al tercer día. La paciente egresó al segundo día después debido a su favorable evolución. En la actualidad lleva 36 meses de seguimiento en consulta externa sin complicación alguna.

DISCUSIÓN

El diagnóstico que llevó a la enferma a la cirugía es poco frecuente, también lo es el hecho del uso de malla protésica en una cirugía de urgencia por HI complicada que cada día se hace más frecuente. El caso presentado es muy similar al reportado por Beltrán Marcelo A, et al., pero ellos colocaron la prótesis en posición supraaponeurótica.

En esta paciente con HI voluminosa, recidivada por segunda ocasión y eviscerada tras un esfuerzo, se decidió colocar bioprótesis preperitoneal en condiciones de urgencia dado el diámetro del anillo herniario, superior a los 10 cm. El cierre del defecto aponeurótico sin bioprótesis, hubiera originado tensión importante de la pared abdominal y elevación de la PIA con las deletéreas consecuencias que esto conlleva y que incluyen hipoperfusión esplácnica, isquemia intestinal, translocación bacteriana y de sus toxinas, que condicionará un estado séptico con disfunción multiorgánica que comprometería finalmente su futuro^{3,7}.

Se tuvo en cuenta además, la posibilidad de nueva recurrencia con una rafia a tensión, sin excluir otras posibles complicaciones ya mencionadas, que pudieran comprometer su evolución. La intervención se efectuó con premura luego de la admisión y por lo tanto no existió edema local importante que comprometiera la aplicación protésica^{3,6,7}.

El tratamiento antimicrobiano temprano desde la inducción anestésica, se mantuvo tres días, el método utilizado es conocido como empírico, decidimos no utilizar el método profiláctico con una o dos dosis como se inició, por el temor a la infección del sitio quirúrgico en una operación urgente por evisceración, donde se utilizó hernioplastia con bioprótesis, pudiendo favorecer la infección y rechazo de la misma; quizás la mejor opción⁸. Se afirma, que esta complicación en HI es inusual, sin embargo, se revisan dos reportes anteriores, en pacientes femeninas con esta complicación herniaria y que fueron muy similares al caso aquí reportado^{1,9}.

Se ha propuesto un modelo terapéutico de tratamiento quirúrgico para las HI con plastia subaponeurótica cuando esta sea posible ¹⁰. Se exponen diferentes variantes terapéuticas para este tipo de hernia ².

La conducta adoptada en esta paciente se ajusta a lo descrito por otros autores ^{1,11}.

En cuanto al uso protésico en esta urgencia quirúrgica, no es nuevo como lo plantean algunos autores ^{3,12}. Es importante como se señala, prevenir posibles complicaciones de la manera que se hizo en esta enferma y sobre todo la infección a partir de la prótesis ^{3,13}.

Finalmente, es lógica la preocupación de los cirujanos por la recidiva en rafias o plastias de la pared abdominal. Hay grupos de trabajo que se ocupan del tema ¹⁴ que incluso intentan prevenir las hernias de la línea media desde la cirugía inicial o primaria y cierran la aponeurosis con polidioxanona a sutura continua, colocando luego por encima, malla absorbible ¹³. Por otra parte, se reporta la colocación de doble malla protésica con buenos resultados, en hernias abdominales voluminosas ¹⁵. Un autor refiere a una enferma operada de HI complicada y que sufre diversas complicaciones como oclusión intestinal, síndrome compartimental, perforaciones intestinales y peritonitis entre otras, donde fue necesaria al final, la prótesis intraperitoneal que logra la curación ¹⁶.

CONCLUSIONES

La HI eviscerada aguda es un evento inusual y posible. Se reportó el caso de una anciana con esta complicación que se le colocó bioprótesis preperitoneal no absorbible, no se hizo cierre total de la aponeurosis para evitar complicaciones, la evolución fue buena.

Se enfatiza en la intervención quirúrgica precoz y el uso de antimicrobianos de forma profiláctica o empírica para mejorar resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltrán Marcelo A, Danilova T, Cruces EU, Karina S. Evisceración por ruptura espontánea de hernia incisional: Reparación con malla. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 Abr [citado: 2014 Nov 14]; 58(2): 147-50. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000200012&Ing=es. doi: 10.4067/S0718-40262006000200012.
2. Abraham Arap JF, García Sierra JC. Hernia incisional: definición, diferencia con la evisceración, clasificación, diagnóstico positivo y diferencial, profilaxis y tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet] 2011; [citado: 2017/01/21]; 50(3):388-400. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n3/cir16311.pdf>
3. Antúnez Peña SA, Rodríguez Fernández Z, Pardo Olivares E, Ojeda López LA, Goderich Lalán JM. Aspectos clínicos y quirúrgicos de las hernias incisionales complejas. Rev Cubana Cir [Internet]. 2013 Dic [citado: 2015 Dic 22]; 52(4): 230-244. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000400002&Ing=es
4. Acevedo FA. Mallas sintéticas irreabsorbibles: Su desarrollo en la cirugía de las hernias abdominales. Rev Chilena Cir [Internet]. 2008 [citado: 2015/12/22]; 60(5):457-64. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000500017
5. Armas Moredo K, Armas Pérez BA, Segura Pujal L, Márquez Hernández J, Armas Moredo K. Materiales de sutura quirúrgica. AMC [Internet]. 2009 Oct [citado: 2014 Ene 11]; 13(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500011&Ing=es.
6. Molina Fernández EJ, Goderich Lalan JM, de la Paz Mora O, Arias Larios L, Tamayo Gandol Y. Experiencia cubana en el uso de la malla Laparomesh. Rev Cubana Cir Internet. 2014 Sep citado 2015 Dic 23; 53(3): 256-264. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000300004&Ing=es
7. Satorre Rocha J, Pol Herrera PG, López Rodríguez P, León González O, Anaya González JL. Revisión de casos sobre hernia incisional en el período de 2004 a 2010. Rev Cubana Cir Internet. 2012 Jun citado 2015 Dic 24; 51(2): 142-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000200003&Ing=es
8. Barie PS. Infecciones quirúrgicas y uso de antibióticos, cap 12. En Townsend CM, Beauchami RD, Evers DM, Mattox KL. Sabiston Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Barcelona: Elsevier Saunder; 2013. P 240-80.
9. Belokar WK, Saxena OP, Subrahmanyam M. Spontaneous rupture of an incisional hernia. Clinician. 1978; 42:206-9.
10. Musibay ER, Borges Sandrino R. Reparación de la hernia poslaparotómica mediante un modelo de hernioplastia incisional. Rev Cubana Cirrevista en la Internet. 2011 Dic citado 2014 Jun 10; 50(4): 472-482. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000400007&Ing=es.
11. López Cano M, Armengol Carrasco M, Quiles Pérez MT, Arbos Vía MA. Biological implants in abdominal wall hernia surgery. Cir Esp [Internet] 2013 [cited: 2014 Jun 10]; 91(4):217-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22541448>

12. Campanelli G, Catena F, Ansalon L. Prosthetic abdominal wall hernia repair in emergency surgery: from polypropylene to biological meshes. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2008 Dec [cited 2015/12/22]; 3:33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2614977/>
13. Molina Fernández EJ, de la Paz Mora O, Arias Larios L, García Sierra JC, Tamayo Gandol Y. Infecciones en cirugía herniaria bioprotésica. *Rev Cubana Cir Internet*. 2014 Dic citado 2015 Dic 23; 53(4): 415-419. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000400011&lng=es
14. López Cano M, Pereira JA, Lozoya R, Feliu X, Villalobos R, Navarro S, et al. PREBIOUS trial: a multicenter randomized controlled trial of PREventive midline laparotomy closure with a BIO absorbable mesh for the prevention of incisional hernia: rationale and design. *Contemp Clin Trials* Internet. 2014 cited 2015 dic 22; 39(2):335-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/25445313/>
15. Carbonell Tatay F, García Pastor P, Bueno Lledo J, Saurí Ortíz M, Bonafé Diana S, Iserte Hernández J, et al. Subxiphoid incisional hernia treatment: a technique using a double mesh adjusted to the defect. *Cir Esp* [Internet]. 2011[cited 2015/12/22];89(6):370-8. Available from: <http://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-articulo-subxiphoid-incisional-hernia-treatment-technique-S2173507711700461>
16. Beltrán Marcelo A. Hernia incisional gigante complicada. Consecuencias de una evolución prolongada. *Rev Hispanoamericana Hernia* [Internet]. 2013 [cited 2015/12/22];1(1):44-48. Available from: http://ac.els-cdn.com/S2255267713700082/1-s2.0-S2255267713700082-main.pdf?_tid=98c61f34-60ef-11e7-b414-0000aab0f6b&acdnat=1499196963_8e21a2c453d2dc31d65df23ae5be1616

Recibido: 2016-01-05
Aprobado: 2017-07-21