
Corrección de Hernia Incisional Gigante Complicada Mediante Técnica de Separación de Componentes de Carbonell – Bonafé en un Hospital Departamental. Reporte de Caso



Carlos David García Martín, Miguel Ángel Marroquín Alpírez, Luis Enrique Dubón Pérez

Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional de San Marcos. Autor corresponsal: Carlos David García Martín. e-mail: david_enco@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: una hernia incisional gigante es una protrusión a través de un defecto en la pared abdominal que mide ente 10 a 20 cm de diámetro asociado a pérdida de domicilio. Pueden complicarse con evisceración, incarceration, estrangulación, peritonitis y sepsis. En estos casos la cirugía de urgencia se asocia a elevada morbilidad postoperatoria. **Método:** presentar el caso de un paciente con hernia incisional gigante complicada resuelta exitosamente mediante técnica de separación de componentes. **Presentación de caso:** paciente masculino de 60 años que consultó por protrusión abdominal de 2 días de evolución en cicatriz incisional de laparotomía exploratoria. Es llevado a sala de operaciones en donde se encuentra una hernia incisional gigante de 20 por 14 cm de diámetro con epiplón estrangulado, se procedió a resear el segmento y debido a la imposibilidad de cerrar la pared abdominal se realizó nivel uno y dos de la técnica de separación de componentes de Carbonell – Bonafé, lo que resultó en un cierre libre de tensión. El paciente se mantiene sin recidiva hasta la fecha. **Conclusiones:** se describe el caso de una hernia incisional gigante complicada tratada con éxito mediante la técnica de separación de componentes de Carbonell – Bonafé en un hospital departamental. Esta técnica es una alternativa útil para el tratamiento de hernias gigantes, en pacientes que por la urgencia del cuadro quirúrgico y la falta de recursos como el neumoperitoneo y toxina botulínica no pueden ser preparados previos a la cirugía.

Palabras clave: hernia incisional gigante, hernioplastia, incarceration, separación de componentes

ABSTRACT

Correction of a Complicated Giant Incisional Hernia using the Carbonell-Bonafé Component Separation Technique in a departmental hospital. Case Report

Introduction: a giant incisional hernia is a protrusion through a defect in the abdominal wall that measures between 10 and 20 cm in diameter associated with loss of residence. They can be complicated by evisceration, incarceration, strangulation, peritonitis, and sepsis. In these cases, emergency surgery is associated with high postoperative morbidity. **Method:** to present the case of a patient with a complicated giant incisional hernia that was successfully resolved using the component separation technique. **Case presentation:** a 60-year-old male patient who consulted for abdominal protrusion of 2 days of evolution in the incisional scar of exploratory laparotomy. He was taken to the operating room where a giant incisional hernia of 20 by 14 cm in diameter was found with a strangulated omentum. The segment was resected and due to the impossibility of closing the abdominal wall, level one and two of the technique were performed. Carbonell – Bonafé component separation system, which resulted in a tension-free closure. The patient remains without recurrence to date. **Conclusions:** the case of a complicated giant incisional hernia successfully treated using the Carbonell - Bonafé component separation technique in a departmental hospital is described. This technique is a useful alternative for the treatment of giant hernias, in patients who, due to the urgency of the surgical condition and the lack of resources such as pneumoperitoneum and botulinum toxin, cannot be prepared prior to surgery.

Keywords: giant incisional hernia, hernioplasty, incarceration, separation of components

INTRODUCCIÓN

Una hernia incisional gigante es aquella protrusión a través de un defecto en la pared abdominal ente 10 a 20 cm de diámetro, en donde el contenido del saco herniario excede la capacidad de la cavidad abdominal, lo cual hace imposible la reducción completa de las vísceras herniadas.¹ Las hernias incisionales ocurren en aproximadamente el 10 al 15 por ciento de pacientes después de cualquier tipo de incisión en

la pared abdominal, siendo mayor el riesgo en incisiones de la línea media (3 a 20 por ciento).² Los factores de riesgo incluyen condiciones que afectan negativamente la cicatrización de las heridas tales como la infección del sitio quirúrgico, la obesidad, el tabaquismo, la desnutrición y una técnica quirúrgica deficiente.²

Las hernias incisionales pueden presentarse como asintomáticas, reducibles, incarcerationadas o estranguladas. Clásicamente se caracterizan por

una protrusión abdominal entre o cerca de una incisión previa. En pacientes sin obesidad, a menudo se puede palpar los bordes de la fascia separada, lo cual establece el diagnóstico. Para los pacientes que no se puede confirmar con los hallazgos del examen físico o que el defecto mida más de 10cm de diámetro se debe solicitar una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y/o pelvis que permite caracterizar la hernia, establecer su contenido, el tamaño del defecto y planificar el procedimiento para corregirlo.^{1, 2}

Durante décadas, se han establecido diferentes técnicas quirúrgicas para reparar una hernia incisional gigante, se han descrito abordajes mínimamente invasivos, separación de componentes anterior y/o posterior, estos con pocos datos de calidad sobre la eficacia o la efectividad de cada reparación. Es por ello que el tratamiento quirúrgico debe ajustarse de acuerdo a la presentación de cada caso particular, tomando en cuenta el tamaño del defecto, la condición del paciente y la habilidad del cirujano.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 60 años, originario de La Estancia, San Marcos. Quien consulta por protrusión abdominal de dos días de evolución en cicatriz incisional de laparotomía exploratoria realizada hace doce años por cuadro de apendicitis aguda complicada. Al examen físico se evidencian signos de obstrucción intestinal y se identifica una hernia incisional gigante de aproximadamente 20 cm de largo por 14 cm de ancho con evisceración de epiplón en su parte media (Figura 1).

Se solicita tomografía abdominal sin embargo no es posible su realización, únicamente se obtuvo una radiografía de abdomen con patrón obstructivo (Figura 2). Debido a la emergencia del cuadro se decide llevar al paciente a sala de operaciones, en donde bajo anestesia general se realiza laparotomía exploratoria mediana supra para infraumbilical. Evidenciando defecto herniario incisional gigante con estrangulación parcial de epiplón (Figura 3). Se procedió a resecar el segmento y debido a la imposibilidad de cerrar la pared abdominal se realizó nivel uno y dos de la técnica de separación de componentes de Carbonell – Bonafé (Figura 4, 5 y 6).

Esto resultó en un cierre de la línea media sin tensión, con un abdomen sin signos de hipertensión intraabdominal. Poste-



Figura 1. Se aprecia la hernia incisional con evisceración de epiplón.



Figura 2. Radiografía de abdomen erecta que muestra patrón obstructivo.



Figura 3. Segmento resecado, incluye piel y epiplón estrangulado.

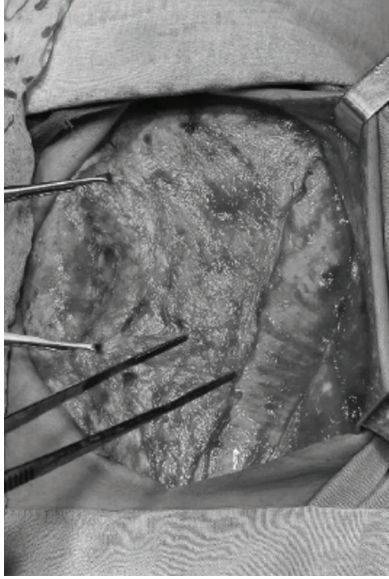


Figura 4. Nivel 1 de la técnica de Carbonell – Bonafé (liberación de los oblicuos mayores)

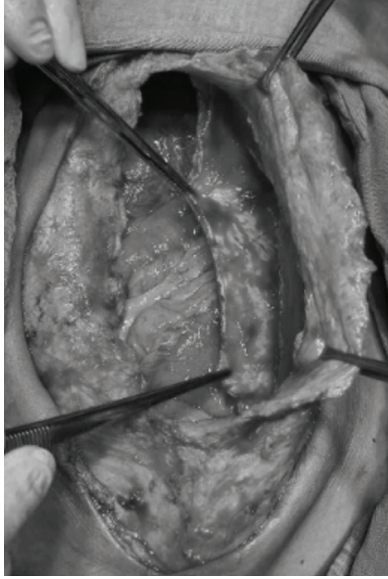


Figura 5. Nivel 2 de la técnica de Carbonell – Bonafé (liberación de la cara posterior de ambos rectos)



Figura 6. Colocación de malla de Polipropileno alojada debajo de ambos colgajos del oblicuo externo.



Figura 7. Fotos del seguimiento 1 año y 10 meses postoperatorio. Paciente sin recidiva.

riormente pasa a encamamiento de hombres donde permanece bajo monitoreo constante y analgesia adecuada, se mantuvo estable por lo que da egreso a los 4 días postoperatorios con adecuada evolución y seguimiento por consulta externa sin recidivas un año y diez meses después de la cirugía (Figura 7).

DISCUSIÓN

Según Hersazge una hernia incisional gigante es aquella protrusión a través de un defecto en la pared abdominal que mida ente 10 a 20 cm de diámetro que condiciona a pérdida de domicilio¹. Existen otras clasificaciones como la propuesta por la Sociedad Europea de Hernias que indica que los defectos mayores a 10 cm son considerados complejos o gigantes que requerirán un escrutinio adicional como estudios de imagen y preparación antes de la reparación quirúrgica.^{2, 4, 5}

Las hernias incisionales por lo general se desarrollan en el periodo post operatorio temprano, pero pueden presentarse hasta más de 10 años después de la cirugía, clásicamente se manifiesta como una protuberancia en la pared abdominal en el sitio de la incisión anterior que causa incomodidad y preocupación estética. Los síntomas suelen agravarse al realizar cualquier esfuerzo que aumente la presión intraabdominal, en las hernias mayores a 10 cm pueden aso-

ciarse a dolor de espalda crónico, compromiso respiratorio y alteración de la imagen corporal.²

Según su presentación clínica las hernias incisionales pueden ser asintomáticas, reducibles, incarceradas o estranguladas, las dos últimas condiciones requieren una intervención temprana, ya que el retraso en el diagnóstico o tratamiento puede resultar en la necesidad de resección intestinal, lo que aumenta significativamente la morbimortalidad del paciente. La tomografía computarizada del abdomen y/o pelvis es útil para confirmar la presencia de la hernia, identificar el contenido del saco, el tamaño del defecto, definir la morfología, la calidad de la musculatura abdominal y cualquier condición que pueda complicar su reparación.^{6, 7, 8, 9}

Existen diversos abordajes quirúrgicos para reparar una hernia incisional gigante que durante décadas se han estudiado sin obtener datos de calidad sobre la eficacia o la efectividad de cada reparación. Se han descrito abordajes mínimamente invasivos, separación de componentes anterior y/o posterior, que pueden o no involucrar uso de malla.

La elección de la técnica quirúrgica a utilizar debe ajustarse de acuerdo con la presentación de cada caso particular, tomando en cuenta el tamaño del defecto, la condición del paciente y la habilidad del cirujano. Se menciona que el abordaje laparoscópico tiene menos dolor postoperatorio, una recuperación más corta y una tasa de infección más baja, sin embargo, dicha reparación no logra restablecer los efectos dinámicos de los músculos de la pared abdominal y los pacientes notaran una eventración en el sitio del defecto al haber aumento de presión intraabdominal. El abordaje abierto permite la realización de técnicas de separación de componentes anteriores y posteriores que restauran la función de la pared abdominal. Diferentes autores han propuesto sus técnicas desde Ramírez,

Rives-Stoppa, Carbonell – Bonafé y técnicas de disección retromuscular en el espacio preperitoneal (TAR).³

En pacientes electivos es importante establecer si tienen hernias incisionales complejas definidas por tamaño mayor a 10 cm de ancho con pérdida significativa de domicilio, ya que deben someterse a técnicas de expansión abdominal preoperatoria con toxina botulínica y/o neumoperitoneo, esto con la finalidad de reducir el riesgo de desarrollo del síndrome compartimental abdominal postoperatorio.¹⁰ Sin embargo, en pacientes complicados con evisceración y/o estrangulación la intervención quirúrgica de emergencia es imperativa para reducir la morbimortalidad postoperatoria.

En estos casos la técnica de separación de componentes y nuevas inserciones musculares de Carbonell – Bonafé es una alternativa útil a tener en cuenta ya que fue diseñada para defectos mayores de 10 cm, cuando exista tensión en la línea de sutura, en pérdida de domicilio y en evisceraciones agudas. La técnica tiene dos niveles, el primero está indicado para defectos de 10 a 15 cm, en donde se realiza la desinserción y liberación de los músculos oblicuos mayores de ambos lados. Si no se consigue un cierre sin tensión se realiza el nivel 2, que está indicado para defectos mayores a 15 cm en donde es necesario la liberación de la cara posterior de ambos músculos rectos colocando una malla de 20 a 50 cm por 50 cm de diámetro fijado debajo de ambos colgajos del oblicuo externo. Esta técnica tiene una tasa de recidiva por debajo del 2%.^{1,9,11}

CONCLUSIONES

Este reporte de caso describe una hernia incisional gigante complicada con evisceración de epiplón tratada con éxito mediante la técnica de separación de componentes y nuevas inser-

ciones musculares de Carbonell – Bonafé en un hospital departamental. Esta técnica es una alternativa útil para el tratamiento de hernias gigantes, en pacientes que por la urgencia del cuadro quirúrgico y la falta de recursos como el neumoperitoneo y toxina botulínica no pueden

ser preparados previos a la cirugía. Así mismo permite reconstruir la biomecánica de la pared abdominal, es segura, reproducible, libre de complicaciones considerables, con una tasa de recidiva menor al 2%.

REFERENCIAS

1. Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. Eventraciones Otras hernias de pared y cavidad abdominal Valencia: Asociación Española de Cirujanos; 2012.
2. Brooks, MD DC, Rosen DM, Chen, MD, PhD W. Clinical features, diagnosis, and prevention of incisional hernias - UpToDate. [Online].; 2023. Acceso 29 de Mayo de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-diagnosis-and-prevention-of-incisional-hernias?search=hernia%20incisional%20incaarcerada&source=search_result&selectedTitle=1~148&usage_type=default&display_rank=1.
3. Brooks, MD DC, Petro, MD C. Management of ventral hernias - UpToDate. [Online].; 2023. Acceso 29 de Mayo de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-ventral-hernias?search=hernia%20incisional%20incaarcerada&topicRef=117731&source=see_link#H2934313428.
4. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. Springer. 2009; 13(407-414).
5. Deric H, Unalp H, Bozdag A, Nazli O, Tansung T, Kamer E. Factors affecting morbidity and mortality in incarcerated abdominal wall hernias. PubMed. 2007.
6. Halm JA, Lip H, Schmitz PI, Jeekel J. Incisional hernia after upper abdominal surgery: a randomised controlled trial of midline versus transverse incision. Springer. 2009.
7. Halligan S, Parker S, Plomada A, Windsor A. Imaging complex ventral hernias, their surgical repair, and their complications. PubMed. 2018; 28(8).
8. Tanaka E, Rodrigues A, Utiyama E, Rasslan S. A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. PubMed. 2012; 14(1).
9. La Mura F, Cirocchi R, Farinella E, Morelli U, Napolitano V, Cattorini L, et al. Emergency treatment of complicated incisional hernias: a case study. BioMed Central. 2009.
10. Farazi C FD. Role of botulinum toxin A in the management of complex incisional hernia. World J Surg Proced. 2019.
11. Ihedioha U, Alani A, Modak P, O'Dwyer P. Hernias are the most common cause of strangulation in patients presenting with small bowel obstruction. PubMed. 2008.