
Manejo Especializado de Hernias de Pared Abdominal Con Pérdida de Domicilio; Neumoperitoneo Progresivo Preoperatorio Asociado a Uso de Toxina Botulínica. Reporte de Caso



Kevin Haroldo Mendoza de León

Departamento de Cirugía General. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Autor correspondal: Kevin Haroldo Mendoza de León. Correo electrónico: kevinmendoza67@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se define como hernia o eventración abdominal con pérdida de domicilio a la entidad en la que más del 50% del contenido de la cavidad abdominal se encuentra fuera de la misma. La reparación de estos defectos puede conllevar problemas fisiopatológicos graves, entre ellos el síndrome compartimental abdominal. Existen distintas estrategias terapéuticas para abordar dicha patología, presentando este caso interesante donde se hace uso del neumoperitoneo progresivo, uso de toxina botulínica previo a la resolución quirúrgica definitiva. Se presenta el caso de un paciente masculino de 43 años de edad, referido de la unidad periférica del seguro social por presentar hernia inguino escrotal gigante de 5 años de evolución. Candidato a manejo con neumoperitoneo progresivo preoperatorio asociado a uso de toxina botulínica. Siendo esta técnica la ideal para este tipo de casos y obtener mejores resultados, propiciando una mejor calidad de vida.

Palabras clave: hernia inguinal, perdida de domicilio, neumoperitoneo progresivo, toxina botulínica

ABSTRACT

Specialized Management of Abdominal Wall Hernias With Loss of Domicile; Progressive Preoperative Pneumoperitoneum Associated With the Use Of Botulinum Toxin. Case Report

Introduction: An abdominal hernia or eventration with loss of domicile is defined as an entity in which more than 50% of the contents of the abdominal cavity is located outside it. Repairing these defects can lead to serious pathophysiological problems, including abdominal compartment syndrome. There are different therapeutic strategies to address this pathology, presenting this interesting case where the progressive pneumoperitoneum associated to the use of botulinum toxin prior to definitive surgical resolution was applied. We present the Case of a 43-year-old male patient, referred from an IGSS peripheral unit, presenting a giant inguinal scrotal hernia of 5 years of evolution. Candidate for managing with progressive pneumoperitoneum associated to the use of botulinum toxin. Being this technique ideal for this type of patient to obtain better results, and promoting a better quality of life.

Key words: inguinal hernia, loss of domicile, progressive pneumoperitoneum, botulinum toxin.

INTRODUCCIÓN

Se define como hernia o eventración abdominal con pérdida de domicilio a la entidad en la que más del 50% del contenido de la cavidad abdominal se encuentra fuera de la misma. La reparación de estos defectos puede conllevar problemas fisiopatológicos graves, entre ellos el síndrome compartimental abdominal. Existen distintas estrategias terapéuticas para abordar este complejo problema de la pared abdominal, entre los que se menciona la separación de componentes de la pared abdominal, neumoperitoneo progresivo, uso de toxina botulínica hasta el manejo del abdomen abierto.^{1,2}

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 43 años de edad; diabético, hipertenso, con antecedente de evento cerebrovascular de 10 años de evolución sin secuelas actualmente. Paciente es referido de la unidad periférica del seguro social por presentar hernia inguino escrotal gigante de 5 años de evolución. Paciente refiere percibir dicho defecto de crecimiento progresivo, la cual se asocia a alteración de hábitos defecatorios, dolor ocasional y afección respecto al desarrollo de actividades cotidianas, lo que lo conduce a consultar a dicha unidad trasladándose al hospital IGSS de la zona 6 para evaluación especializada por cirugía (imagen 1-3).



Imagen 1-3. Evaluación clínica de ingreso hospitalario paciente con hernia inguino escrotal gigante con pérdida de domicilio.

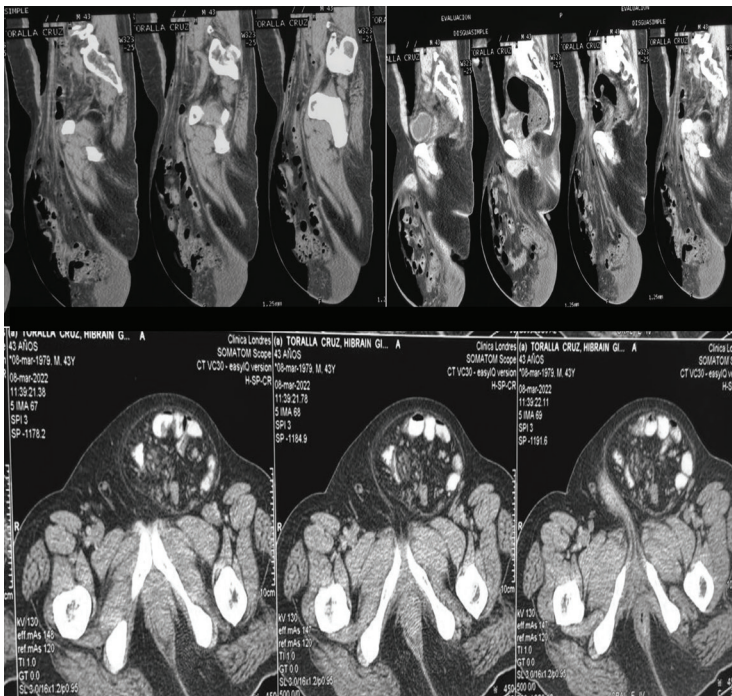


Imagen 4-6. Tomografías abdominopélvicas donde se evidencia defecto herniario de pared abdominal con contenido intestinal en su interior.

Tras su evaluación inicial se documenta una hernia inguino escrotal izquierda gigante con pérdida de domicilio, por lo que solicitan estudios paraclínicos; imágenes que evidencian contenido intestinal en saco herniario, testículo izquierdo hipertrofiado y paresia intestinal (imagen 4-6). Es solicitada evaluación médica preoperatoria para compensar comorbilidades y posteriormente es ingresado para el primer tiempo quirúrgico, el cual constó de colocación de catéter peritoneal de doble lumen por donde se insufla neumoperitoneo 500cc iniciales de aire ambiente, fijando el mismo a la piel, el paciente es sometido a un total de 9 insuflaciones consecutivas, presentando distrés respiratorio transitorio el cual resuelve con tratamiento sintomático 48 horas posterior a la primera insuflación. Se insufla un total de 10 litros de aire ambiente como preparativo de cavidad abdominal; así mismo durante dicha hospitalización se instila toxina botulínica intramuscular, un total de 300 unidades guiado por ultrasonido a nivel de la línea axilar anterior y media entre el reborde costa y espina iliaca anterosuperior bilateral.

Se egresa a paciente para programación electiva de reparación de defecto herniario definitiva, ingresando 45 días después de la insuflación intra-hospitalaria previa. Se realiza estudio tomográfico control donde se determina presencia de neumoperitoneo extenso, hernia como descrita previamente con contenido intestinal (imagen 7-9). Es sometido posteriormente a hernioplastia inguinal izquierda mas reconstrucción anatómica del canal inguinal izquierdo más omentecto-

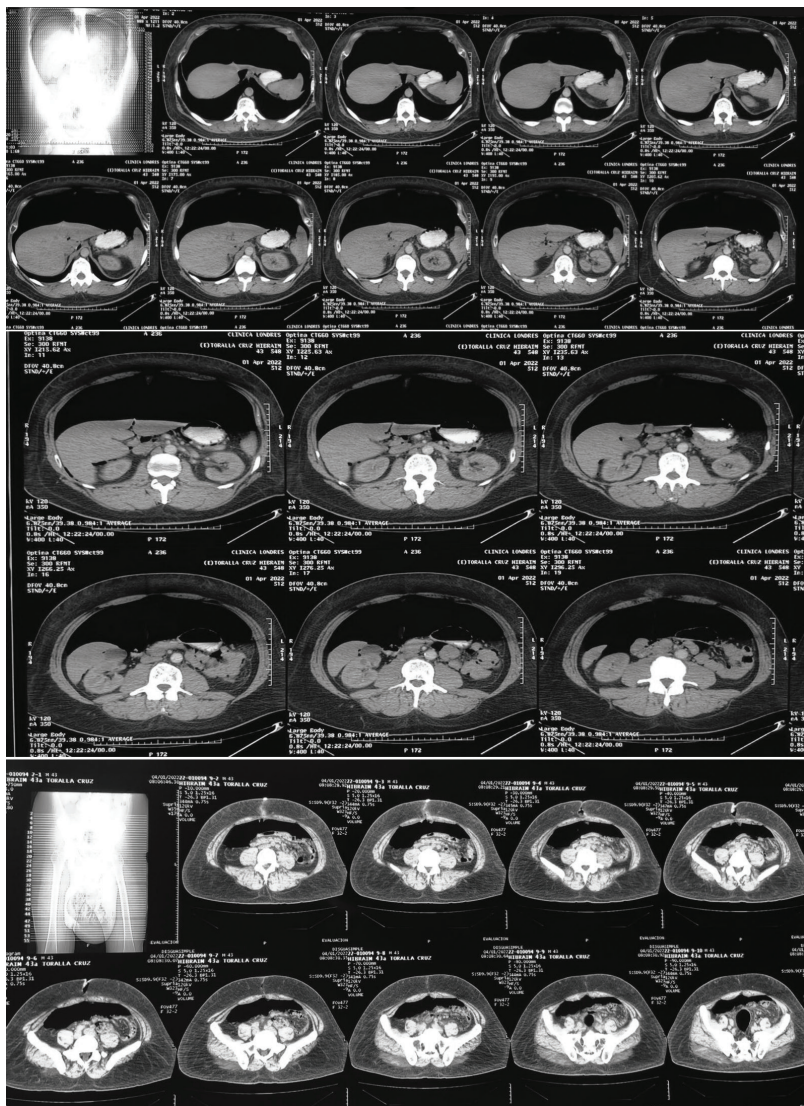


Imagen 7-9. Tomografías abdominopélvicas donde se evidencia neumoperitoneo, derivado de insuflación progresiva preoperatoria para reparación definitiva de defecto herniario.

mía total más orquidectomía izquierda más colocación de malla protésica de polipropileno; evidenciando la fascia del oblicuo mayor debilitada y de mala calidad, pérdida de planos anatómicos, piso inguinal debilitado, anillo inguinal profundo dilatado por donde protruye saco herniario de 60cms aproximadamente, con contenido de marco 1.5 metros de íleon terminal, marco colónico hasta sigmoides, testículo izquierdo hipertrofiado asociado a hidrocele, componentes del cordón espermático con vasos ingurgitados (imagen 10-12).

Paciente con adecuada evolución postoperatoria, dolor leve en herida operatoria, sin ninguna otra afección asociada, se cuantifica gasto de drenajes así mismo se propicia movilización temprana, uso de terapia respiratoria y dieta; la cual tolera adecuadamente, paciente sin ninguna complicación postoperatoria, defeca sin complicaciones tras el primer día postoperatorio, egresado al



Imagen 10-12. Imágenes clínicas transoperatorias donde se evidencia defecto herniario y hallazgos transoperatorios de contenido del defecto herniario



Imagen 13-14. Imágenes clínicas de paciente en su primer día post hernioplastia inguinal izquierda.

tercer día postoperatorio para seguimiento en consulta externa (imagen 13-14).

DISCUSIÓN

El manejo de las hernias inguino escrotales con pérdida de dominio presenta un desafío para el ámbito quirúrgico, esto derivado del abordaje quirúrgico propiamente dicho, así como el garantizar una tasa de éxito que beneficia la evolución de los pacientes 3,4; quienes presentan alteración del estilo de vida derivado de la condición imposibilitante la cual conlleva la afección en la cotidianidad. Como expresado en este caso, una de las complicaciones principales del neumoperitoneo progresivo es la dificultad respiratoria, la cual muchas veces es transitoria y resuelve, sin embargo, puede llevar a la interrupción progresiva de dicha técnica; la cual, en combinación a la parálisis flácida propiciada por la toxina botulínica intramuscular ayuda en la prevención de recidivas de este tipo de hernias.^{4,5}

CONCLUSIONES

El manejo de las hernias de la pared abdominal gigantes con pérdida de domicilio, implican técnicas quirúrgicas que van más allá de las reparaciones anatómicas o no anatómicas convencionales conocidas dentro del arsenal quirúrgico, herramientas que permiten una preparación previa a la reparación definitiva propicia una mayor tasa de éxito y por ende menor incidencia en cuanto a recidivas herniarias. Así mismo, queda claro que la preparación del paciente con este tipo de patología es vital para brindar el mejor tratamiento y obtener mejores resultados.

REFERENCIAS

1. SÁNCHEZ-RAMÍREZ, M., et al. Hernias con derecho a domicilio. Revisión en los últimos cinco años. Cirugía avanzadas vol. 29, número 3, mayo 2018
2. SÁNCHEZ RAMÍREZ, M., et al. Hernias con pérdida de derecho a domicilio. Volumen 24, números 3 y 4. Septiembre y diciembre de 2013, 2011, p. 54.
3. GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, Israel A.; ZENTENO-MARTÍNEZ, Daisy C.; CAMPOS-PÉREZ, Francisco J. Resolución de hernia abdominal con pérdida de domicilio en dos tiempos quirúrgicos, en un paciente con obesidad mórbida. Cirugía y cirujanos, 2021, vol. 89, p. 43-48.
4. CRUZ GUIASADO, V., MENDEZ GARCIA, C., et al. Hernia abdominal con pérdida de domicilio: tratamiento preoperatorio con toxina botulínica de la musculatura oblicua abdominal. Elsevier vol.53, número 4, diciembre2019 p.284-287.
5. CENTENO, José Raúl Hernández, et al. Reporte de un caso: manejo de una hernia incisional y pérdida de dominio con neumoperitoneo progresivo preoperatorio. Revista Universitaria en Ciencias de la Salud, 2012, vol. 2, no 1, p. 1-3.