

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Hernia incisional gigante

### Giant incisional hernia

Dra. Ada Arleny Pérez Mayo\*, Dra. Yordania Velázquez Avila\*\*

\*Especialista de Segundo Grado en Cirugía Pediátrica. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente.  
\*\*Especialista de Segundo Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Aspirante a Investigadora. Profesora Instructora. Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas", Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Ada Arleny Pérez Mayo, correos electrónicos: [apmayo@ltu.sld.cu](mailto:apmayo@ltu.sld.cu), [yodaniava@ltu.sl.cu](mailto:yodaniava@ltu.sl.cu).

### RESUMEN

Se presentó el caso de paciente femenina de 53 años, intervenida por primera vez en el Hospital Nacional de San Pedro Necta del Departamento de Huehuetenango, en Guatemala, por una hernia incisional de 26 años de padecimiento. Se realizó cuidadosa preparación preoperatoria, que incluyó la antisepsia local de la piel y la aplicación de enemas evacuantes con Cloruro de Sodio al 0,9%. La técnica utilizada consistió en una incisión en Losange alrededor de la cicatriz anterior. Se procedió al cierre del anillo único de más de 10 cm de diámetro y la colocación de malla de polipropileno supra aponeurótica, con sutura no absorbible monofilamentosa. Fue posible el restablecimiento de la capacidad toraco-abdominal, al regresar las asas intestinales contenidas en el saco herniario a la cavidad. Se administró ceftriaxona, como antibiótico profiláctico. La paciente evolucionó satisfactoriamente y la estadía reportada fue de siete días. No ocurrieron complicaciones como seroma, hematoma o infección de la herida quirúrgica, que se atribuyó, en buena medida, a la colocación oportuna de drenajes durante 48 horas del postoperatorio. No hubo recidiva herniaria, con un seguimiento promedio de 19 meses; ni existieron manifestaciones de rechazo, atribuibles al material protésico.

**Palabras clave:** HERNIA INCISIONAL; HERNIOPLASTIA; HERNIORRAFÍA.

**Descriptores:** HERNIA ABDOMINAL/cirugía.

### SUMMARY

The case of a 53 years old female patient was treated after a first surgical operation at San Pedro Necta National Hospital from Huehuetenango, Guatemala due to a 26 years incisional hernia. The pre-operative preparation included local skin antisepsis and the application of saline enemas with 0,9% Sodium Chloride. The technique used consisted of a Losange's incision around the former scar. The ring, measuring 10 cm of diameter, was closed and a supra aponeurotic polypropylene mat with non-absorbable monofilament suture was placed. The re-establishment of the thoracic-abdominal cavity was also possible with the replacing of the intestinal ansa to the hernial sac in the cavity. The prophylactic antibiotic was ceftriaxone. The patient was satisfactorily recovered and the stay lasted 7 days. Complications like seromas, hematomas or infections were not present, especially due to the opportune placing of drainages during the 48 post-operative hours. There was no hernia recidivism in an average follow-up of 19 months and there were no manifestations of rejection due to the prosthetic material.

**Key words:** INCISIONAL HERNIA; HERNIOPLASTIA; HERNIORRHAPHY.

**Descriptors:** HERNIA, ABDOMINAL/surgery.

### INTRODUCCIÓN

Se define por hernia incisional, también llamada hernia post-incisional, hernia ventral o hernia postoperatoria, y es producida por la cicatriz de operaciones anteriores en el abdomen. Las referencias más antiguas datan del año 1300. Alrededor del 16% de las operaciones abdominales

desarrollan este tipo de hernia y con frecuencia requieren más de una intervención. Su incidencia predomina en la mujer respecto al hombre: 3 a 1, debido al mayor número de intervenciones quirúrgicas. El tamaño - según el largo y el ancho - se clasifica en pequeñas, para menores de 5cm, medianas, entre 5-10 cm y gigantes, por encima de



10 cm. El diagnóstico se establece a través de la exploración clínica, aunque la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada pueden apoyarlo. (1)

El tratamiento de elección de la hernia incisional es el quirúrgico. Las técnicas convencionales se pueden dividir en los siguientes grupos: aquellas que usan la reconstrucción de la pared abdominal por sutura directa, las que usan la reconstrucción mediante plastias aponeuróticas, musculares y cutáneas; y aquellas que utilizan injertos libres de fascia y de piel. La introducción de las mallas de nylon en el 1944, el mersilene, alrededor del 1946 y el polipropileno, en el 1952, han permitido la disminución de las cifras de recurrencia. La complicación quirúrgica más temida es la insuficiencia respiratoria aguda por la inadaptación del intestino a regresar a la cavidad abdominal, después de haber perdido su derecho a domicilio por varios años. (2)

Con el objetivo de ilustrar la experiencia en la conducta quirúrgica de la hernia incisional gigante, dada la poca frecuencia de atención quirúrgica demorada ante este padecimiento, se ha decidido presentar este caso.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente FMP, de 53 años, femenina, asistida en el Hospital Nacional de San Pedro Necta de Huehuetenango, en Guatemala, por molestias abdominales provocadas por una hernia incisional, que data de 26 años de padecimiento. Se realizaron exámenes complementarios: hemoglobina - 10,9 g/l, glicemia - 3,2mmo/l, eritrosedimentación - 25mm/h y creatinina 92 mmol/l. Las radiografías: de tórax en vista antero-posterior no evidenció alteraciones y la de abdomen simple antero-posterior y de pie mostró

ambos hemidiafragmas normales y escasos niveles hidroaereos hacia el hemiabdomen inferior; la ultrasonografía informó saco herniario gigante ocupado por asas intestinales adheridas, en su mayoría, a la pared abdominal. Se procedió al ingreso días previos a la intervención para mejorar el estado nutricional y hematológico de la paciente e iniciar la profilaxis antibiótica con ceftriaxona y la preparación del colon con enemas de Cloruro de Sodio al 0,9%.

La hernioplastia abdominal fue practicada por cirugía abierta y colocación de malla protésica de polipropileno para su reforzamiento. Las asas intestinales que durante casi tres décadas estuvieron fuera de la cavidad regresaron al abdomen. En el postoperatorio se continuó con el tratamiento antibiótico. La paciente mantuvo vendaje elástico abdominal durante dos semanas, hasta lograr la adaptación a los nuevos cambios ventilatorios y a la tensión de la pared abdominal, después de la corrección quirúrgica. No se reportaron complicaciones. La paciente egresó satisfactoriamente a los 7 días. El seguimiento durante 19 meses no evidenció recidiva herniaria, ni rechazo al material protésico.

### DISCUSIÓN

La evolución de los pacientes operados de hernia incisional gigante en ocasiones es tórpida, porque con el tiempo los tejidos afrontados para su reparación sufren laxitud, el diafragma tiende a descender, disminuye la capacidad torácica y abdominal y se incrementa el volumen del saco herniario. La presión intraabdominal se modifica con los movimientos respiratorios, en los que interviene el diafragma y los músculos abdominales. (3)

**FIGURA 1. En bipedestación**



**FIGURA 2. En decúbito supino**



Cuando una hernia abdominal es intervenida con la pérdida del derecho a domicilio (**figuras 1 y 2**), puede provocar insuficiencia respiratoria aguda en el periodo postoperatorio. (2-4) Además, se han

descrito dilatación gástrica aguda e intestinal, evisceraciones y deficiente retorno venoso de la porta y de la vena cava, por lo que la preparación previa a la cirugía y el adecuado estudio radiológico

y residual del intestino constituyen medidas de oro en este tipo de intervención, para arribar en mejores condiciones al acto quirúrgico, respecto al procedimiento de urgencia.

Independientemente de las técnicas utilizadas para la herniorrafia, la cirugía video-asistida y la robótica (5) en las de abordaje de la vía abierta el uso de una incisión helicoidal que bordea la cicatriz anterior, al iniciar la operación, es la elección. En la paciente que se presenta se disecaron los bordes cutáneos del plano aponeurótico, se aisló el saco y tras la apertura de éste se liberaron las adherencias de las

asas intestinales, previo al cierre del anillo (**figuras 3 y 4**). Fueron expuestos los contornos del orificio herniario, y se aplicó sutura con material no absorbible de los bordes aponeuróticos fascia a fascia en un plano inicial, que después se reforzaron en un segundo plano de sutura continua, la que abarcó ambos bordes. Posteriormente se colocó una malla sobre el defecto suturado y se fijó a la aponeurosis subyacente con puntos de material no absorbible, monofilamento. En la literatura revisada la práctica de esta técnica ha disminuido el riesgo de recidivas reportadas entre 23-50%. (1, 4, 6)

**FIGURA 3. Apertura del saco herniario**



**FIGURA 4. Inicio del cierre**



El uso del material protésico ha transcurrido por mallas de tantalio y de acero inoxidable, de poliéster o polipropileno, este último fue el utilizado en la paciente por ser elástica y proporcionar un tejido de granulación muy útil, con aporte de tejido conectivo entre las 4-6 semanas de su colocación. Brinda resistencia a los tejidos, sus poros disminuyen la infección y el rechazo. (1, 7)

La profilaxis antibiótica se realiza en el pre y el postoperatorio con Ceftriaxona, preferentemente para evitar entre el 1-3% de infección de la herida reportado. (8) La malla es reconocida por los tejidos del organismo como cuerpo extraño y el *Staphilococcus aureus* ha sido el germen aislado con mayor frecuencia. La colocación oportuna del drenaje durante las 48 horas ayuda a prevenir entre 5-6% de los serohematomas reportados. (9, 10)

**FIGURA 5. Tratamiento definitivo**



La herniorrafia abdominal post-incisional requiere como mínimo de tres días de estadía hospitalaria y el reposo reportado oscila alrededor de los 15 a 20 días, necesitando vendaje abdominal durante dos a tres meses. El paciente puede regresar a sus labores, transcurridos los 21 días, si es mínimo el esfuerzo a realizar. (2, 4, 6)

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Schumpelick V, Gonze J, Klinge U. Preperitoneal mesh-plasty in incisional hernia repair. A comparative retrospective study of 272 operated incisional hernias. *Chirurg.* 1996; 67(10): 1028-35.
2. Mureşan, M, Bara T, Bancu S. Tension free repair model for severe abdominal wall defect using intraoperative monitoring of the intraabdominal pressure. *Journal of Surg.* 2012; 8(3): 297-302.
3. Stumpf M, et al. The lateral incisional hernia: anatomical considerations for a standardized retromuscular sublay repair. *Hernia.* 2009; 13(3): 293-7.
4. Correa Alfonso R, Canals Rabaza R, Mederos Curbelo O, Roselló Fina J, Esperón Noa R, Mustafá García R. Reparación de hernias incisionales grandes con malla supraaponeurótica. *Rev Cubana Cir.* 2002; 41(3): 13-6.
5. Abdalla Zugaib, et al. Modified robot assisted Rives/Stopppavideo surgery for midline ventral hernia repair. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. (São Paulo)* 2012; 25(2): 129-32.
6. Mavrodin C, et al. The economic analysis of two treatment procedures for incisional hernias-alloplastic versus tissular. *Journal of medicine and life.* 2014; 7(1): 90.
7. Kunishige T, Takayama, T, Matumoto S, Wakatsuki, K, Enomoto, K, Tanaka T., A defect of the abdominal wall with intestinal fistulas after the repair of incisional hernia using ComposixKugel Patch. *International journal of surgery case reports;* 2013, 4(9): 793-79.
8. ModiJyoti Nat, et al. Incarcerated Gravid Uterus in an Incisional Hernia. *International Journal of User-Driven Healthcare (IJUDH).* 2012; 2(4): 5-13.
9. Morales R, Carmona A, Pagan A, García Menéndez C, Bravo R, Hernández MJ, et al. Utility of antibiotic profilaxis in reducing wound infections in inguinal or femoral hernia repair using polypropylene mesh. *Cir Esp.* 2000; 67: 51-9.
10. Kuo Yuo-Chen, et al. Drainage of collections associated with hernia mesh: is it worthwhile? *Journal of Vascular and Interventional Radiology.* 2010; 21(3): 362-6.