



## Hernia incisional gigante Giant incisional hernia

Ana Isel Polo-Soto<sup>1,2</sup> , Zurina Pérez-Reyes<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup>Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López". Puerto Padre. <sup>2</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre. Las Tunas. Cuba.

Recibido: 22 de diciembre de 2020

Aprobado: 26 de febrero de 2021

### RESUMEN

La hernia incisional es un defecto de la pared abdominal, con o sin aumento de volumen, en el área de una cicatriz posoperatoria perceptible o palpable en el examen clínico o imagenológico. Representa el fracaso en la reconstrucción de la pared en una cirugía abdominal, constituyendo un reto para los cirujanos. Se presenta el caso de una paciente femenina de 59 años de edad, mestiza, obrera. Con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesa, laparotomizada en varias ocasiones por litiasis vesicular, apendicitis aguda y fibroma uterino. También sufrió una quemadura grado III con más del 50 % de afectación de la superficie corporal. Acude al cuerpo de guardia de cirugía por presentar cuadros de pseudo oclusión u oclusión parcial, cólicos abdominales, distensión, flatulencia y mucho dolor. Se decide ingreso para estudio y tratamiento quirúrgico de una gran hernia incisional. Se impone dieta y el uso de una gran faja abdominal que se fue ajustando cada tres días. Además, se realiza tratamiento de base para la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. A los 15 días de ingresada se decide programar cirugía y operar mediante técnicas faciales combinadas. Se logró reseca todo el saco herniario, se cerró el peritoneo y se hicieron colgajos con los propios tejidos, pudiéndose lograr el cierre de la pared abdominal completamente, sin el uso de material protésico. No se realizó neumoperitoneo para reducir el contenido herniario a la cavidad. La paciente evolucionó satisfactoriamente.

**Palabras clave:** HERNIA INCISIONAL GIGANTE; COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS; TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

**Descriptor:** PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS; HERNIA INCISIONAL; COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS.

### INTRODUCCIÓN

Las hernias constituyen una polémica para los cirujanos; no se ha llegado a un consenso de cuál es la principal causa o etiología que la provoca. Algunos

### SUMMARY

Incisional hernia is a defect of the abdominal wall, with or without volume increase, in the area of a postoperative scar, which is perceptible or palpable on clinical or imaging examination. It is a failure of wall reconstruction during an abdominal surgery, constituting a challenge for surgeons. We present the case of a 59-year-old mixed-race female worker with a history of hypertension, diabetes mellitus and obesity. She had undergone several laparotomies due to gallstones, acute appendicitis and uterine fibroma. She also suffered a grade III burn with more than 50 % involvement of the body surface. She presented to the surgery emergency department with manifestations of pseudo or partial occlusion, abdominal cramps, distention, flatulence and a lot of pain. She was admitted for the surgical study and treatment of a large incisional hernia. Diet is ordered, as well as the use of a large abdominal truss that was adjusted every three days. In addition, basic treatment was carried out for arterial hypertension and diabetes mellitus. At 15 days of admission, it was decided to schedule surgery and operate her on using combined facial techniques. The entire hernial sac was resected, the peritoneum was closed and flaps were made with her own tissues, making it possible to achieve the closure of the abdominal wall completely, without the use of prosthetic material. Pneumoperitoneum surgery was not performed to reduce the hernial content to the cavity. The patient progressed satisfactorily.

**Keywords:** GIANT INCISIONAL HERNIA; SURGICAL COMPLICATIONS; SURGICAL TREATMENT.

**Descriptor:** SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE; INCISIONAL HERNIA; INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS.

autores plantean que se debe a sepsis post quirúrgica del sitio operatorio, otros que es por mala técnica del cirujano o por trastornos del colágeno, siendo un tema este de suma importancia en esta



Citar como: Polo-Soto AI, Pérez-Reyes Z. Hernia incisional gigante. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2021; 46(2). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2691>.

especialidad médica. Todavía no existe una técnica que sea totalmente eficaz para corregir las hernias incisionales; a pesar de aplicar una técnica adecuada y tener todas las condiciones favorables, puede haber recidivas y complicaciones, tales como el rechazo al material protésico o que el tejido utilizado se vuelva a debilitar y se produzca nuevamente la hernia. Independientemente que la técnica a utilizar sea mediante técnicas fasciales o protésicas, así como la vía de acceso sea convencional o videolaparoscópica, no se puede afirmar que hay una técnica quirúrgica completamente eficaz. <sup>(1-4)</sup>

En 1844, Sir Astley Cooper, de Inglaterra, decía: "Ninguna enfermedad del cuerpo humano requiere una mayor combinación del conocimiento anatómico y habilidades quirúrgicas que la hernia en todas sus variantes". <sup>(1)</sup> En 1954 el estadounidense Chester B. Mc. Vay afirmó que "una hernia es un trastorno anatómico y para comprender su reparación es absolutamente indispensable un conocimiento detallado de la anatomía". <sup>(2)</sup>

En Cuba, algunos autores consideran la hernia incisional una iatrogenia y otros comentan que es la hernia del rubor. Han sido muchos los estudios realizados y aun así continúa siendo una de las enfermedades de consulta externa de mayor frecuencia. <sup>(3)</sup>

La hernia incisional no es más que la protrusión de un órgano o parte de ellos por un orificio adquirido en la pared abdominal o por debilidad de los tejidos, como consecuencia de una cicatrización inadecuada tras una incisión quirúrgica. Son muchos los factores que pueden provocar la aparición de una hernia incisional: la obesidad, la desnutrición, trastornos de la cicatrización, los hematomas, las infecciones, suturas inadecuadas, así como malas técnicas en el cierre de la pared abdominal en una cirugía previa, siendo el principal factor la sepsis de la herida. <sup>(4)</sup>

Tiene una mayor incidencia en mujeres que en hombres, por el menor tejido muscular que desarrollan las mujeres. Las incisiones que con mayor frecuencia predisponen a padecer estas hernias son las media infra y supra umbilicales, las paramedias y las oblicuas. <sup>(5)</sup>

El tratamiento de esta enfermedad es eminentemente quirúrgico, con una tasa de morbilidad muy baja y tiene diferentes variantes de tratamiento, sea por técnicas fasciales o protésicas. <sup>(6)</sup> Por su magnitud y la respuesta al tratamiento, se presenta el caso de una paciente con una gran hernia incisional, atendida en el servicio de cirugía del Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López" de Puerto Padre, Las Tunas.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de 59 años de edad, raza mestiza, profesión obrera; con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesa, laparotomizada en varias ocasiones por presentar diferentes enfermedades, como litiasis vesicular,

apendicitis aguda y fibroma uterino. También sufrió una quemadura grado III con más del 50 % de afectación de la superficie corporal. Todo esto trajo como consecuencia que los tejidos se debilitaran y se formara una gran hernia incisional con pérdida de derecho a domicilio, es decir, que el contenido del saco herniario perdiera la capacidad de reducirse a la cavidad abdominal (**imagen 1**), lo que provocó mucho malestar general a la paciente, como cuadros de pseudo oclusión u oclusión parcial, cólicos abdominales, distensión, flatulencia y fuerte dolor, por lo que acude al cuerpo de guardia de cirugía y se decide ingreso para estudio y tratamiento quirúrgico.

## IMAGEN 1. Hernia incisional



Se le realizaron complementarios tales como:

Hemograma completo: leucos normales:  $8 \times 10^9$  g/L; polimorfos nucleares: 0,69 %; linfocitos: 0,31 %; eosinófilos: 000 %; monocitos: 000 %.

Glucemia: 9,0 mmol/L.

Coagulograma completo: Tiempo de Coagulación: 8', Retracción del Coágulo: retráctil, Conteo de plaquetas:  $240 \times 10^3$ /L.

Grupo y Factor: A negativo.

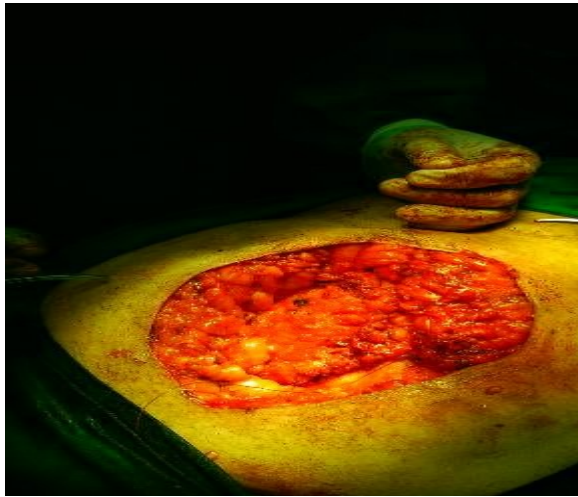
Electrocardiograma (EKG): signos de isquemia miocárdica crónica.

Radiografía de abdomen simple AP de pie y Pancoast, en los cuales se observaron niveles hidroaéreos de pseudo oclusión, sobre todo de intestino delgado.

Con estos elementos se decidió hospitalizar la paciente con dieta, tratamiento de base para las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, para la cual llevaba tratamiento con verapamilo, 1 tableta vía oral cada 8 horas; hidroclorotiazida, 1 tableta vía oral diaria; y aspirina, 1 tableta de 81 miligramos diaria vía oral; se mantuvo con la glibenclamida, 1 tableta antes de desayuno, almuerzo y comida y el uso de una gran faja abdominal, la cual se fue ajustando cada 3 días y permitió poder reducir el intestino progresivamente a la cavidad abdominal y así ya no ser una hernia incisional con pérdida de derecho a domicilio. Luego de 15 días de ingreso, se decide

programar cirugía y operar mediante técnicas faciales combinadas (**imágenes 2 y 3**). Se logró reseca todo el saco herniario, se cerró el peritoneo y se hicieron colgajos con los propios tejidos, pudiéndose lograr el cierre de la pared abdominal completamente, sin el uso de material protésico. Dejamos un drenaje en la pared abdominal, preaponeurótico multiperforado, para evitar complicaciones post-operatoria. No se le hizo neumoperitoneo para lograr reducir el contenido herniario a la cavidad, esto motivó el uso de la faja, que progresivamente se fue ajustando. Así, luego se pudo operar sin dificultad y no fue necesario usar maya, porque se reparó con el propio tejido de la paciente.

### IMAGEN 2. Reparación de la pared mediante técnicas fasciales



### IMAGEN 3. Cierre de la pared



### DISCUSIÓN

En este caso en específico, decidimos usar faja abdominal para disminuir la presión intraabdominal y poco a poco progresar, para que los elementos deslizados en el saco herniario volvieran a la cavidad

abdominal, sin tener que realizar el neumoperitoneo descrito en las grandes hernias de la pared abdominal. Además, aplicamos técnicas fasciales combinadas con el propio tejido de la paciente, realizando un cierre por planos con incisión de relajación, para evitar que se desgarraran los tejidos con la tensión de la sutura. Para muchos autores este proceder no es bueno, ellos prefieren las técnicas protésicas.<sup>(5,6)</sup> Con la técnica empleada en este caso se evitó realizar el neumoperitoneo y el uso de materiales prótesis, que son cuerpos extraños para el organismo. El empleo de estos últimos se ha asociado a complicaciones, tales como el rechazo a la malla y granulomas de la herida, entre otras.<sup>(7-9)</sup>

En esta paciente fue dejado un drenaje multiperforado en la pared abdominal, que evitó se hiciera un seroma de la pared y sepsis de la herida quirúrgica.

La paciente estuvo hospitalizada siete días posteriores a realizada la intervención quirúrgica, luego fue egresada con evolución satisfactoria y seguida en consulta mensual por seis meses. Fue dada de alta al año, sin recidiva de hernia. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este caso, consideramos que en los pacientes con posibilidades de reparar con su propio tejido se evitan las complicaciones de rechazo al material protésico y, además, se expone al enfermo a menos riesgo de presentar granulomas de la herida. Se debe considerar también el uso de fajas abdominales, lo que evita realizar el neumoperitoneo para reducir el contenido herniario a la cavidad abdominal, con todos los inconvenientes a que conlleva.


En cuanto a la cirugía convencional, existen discrepancias en el método y técnica quirúrgica a emplear, unos plantean que prefieren las técnicas fasciales y otros las técnicas protésicas, pero ninguno ha llegado a lograr buenos resultados en todos los casos con la misma técnica específica, ya que llegan a existir un porcentaje de recidivas, independientemente del método utilizado.<sup>(10,11)</sup>


La indicación del método y técnica quirúrgica debe realizarse según las condiciones generales del paciente, la hernia en particular, el contenido del saco y el entrenamiento y experiencia del cirujano. Por ejemplo, en las técnicas fasciales es ventajoso que se repara con el propio tejido del paciente, con menos probabilidad, o casi ninguna, de que haga granulomas. Por su parte, las técnicas protésicas emplean un material que representa un cuerpo extraño, favoreciendo así que exista mayor probabilidad de rechazo a la misma y formación de granulomas, que en ocasiones expulsan la maya. Sin embargo, en ocasiones y por las condiciones locales de un tejido muy debilitado en toda la extensión, es necesario el uso de las mayas. Es por ello, que se debe insistir en la importancia del estudio cuidadoso de las hernias y las variantes técnicas a aplicar en el acto quirúrgico.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Rodríguez Gama A, Donado Moré AF, Salcedo Quinche MP. Reflexiones en torno a los epónimos en medicina: presente, pasado y futuro. Rev. Fac. Med. [revista en internet]. 2017 [citado 21 de enero 2021]; 62(2): 305-17. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/download/45428/46887>.
2. Armas Pérez BA, Martínez Ferrá G, Agramonte Burón O. Eponimia y apuntes históricos en hernias de la pared abdominal. Rev. Cubana Cir. [revista en internet]. 2017 [citado 21 de enero 2021]; 56(4): 1-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2812/281254748007.pdf>.
3. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Hernia incisional. En: Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p.1541-15.
4. Abraham J. Hernias de la pared abdominal. Tratamiento de las hernias incisionales y de otros defectos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 450-76.
5. Choi PW. Incarcerated incisional hernia of the sigmoid colon after appendectomy: A case report. Int J Surg Case Rep [revista en internet]. 2017 [citado 21 de enero 2021]; 31(1): 39-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.01.006>.
6. Beltrán MA. Hernia incisional gigante complicada. Consecuencias de una evolución prolongada. Rev Hispanoam Hernia [revista en internet]. 2013 [citado 21 de enero 2021]; 1(1): 44-8. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2255-2677\(13\)70008-2](https://doi.org/10.1016/S2255-2677(13)70008-2).
7. Nedunchezian CS, Anandi A, Karthikeyan R. A study of incisional hernia - Evaluation of risk factors and outcome of various surgical techniques used in the incisional hernia repair. Internatl Arch Integrat Med [revista en internet]. 2020 [citado 21 de enero 2021]; 7(3): 29-34. Disponible en: [http://iaimjournal.com/wp-content/uploads/2020/03/iaim\\_2020\\_0703\\_05.pdf](http://iaimjournal.com/wp-content/uploads/2020/03/iaim_2020_0703_05.pdf).
8. Jaén Oropeza AR, Goderich Lalán JM, Pardo Olivares E, Quevedo Tamayo MÁ, Casamayor Callejas E. Fundamentos técnicos y resultados de la reparación protésica novedosa de hernias incisionales grandes. MEDISAN [revista en internet]. 2017 [citado 21 de enero 2021]; 21(2): 197-208. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368449645010.pdf>.
9. Beltrán MA, Häberle F, Beltrán AA. Hernia incisional en laparotomía de McBurney: complicaciones de una hernia inusual. Rev. Chil. Cir. [revista en internet]. 2020 [citado 21 de enero 2021]; 72(2): 150-4. Disponible en: <https://doi.org/10.35687/s2452-45492020002446>.
10. Antúnez Peña SA, Rodríguez Fernández Z, Pardo Olivares E, Ojeda López LA Goderich Lalán JM. Consideraciones actuales sobre las hernias incisionales complejas. MEDISAN [revista en internet]. 2012 [citado 21 de enero 2021]; 16(5): 753-772. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445219012.pdf>.
11. Zaitoun M, Algazar M, Elhorbity M. Efficacy of far-near-near-far (Hughes) technique in closure of midline exploratory wound for reducing the incidence of incisional hernia in comparison with conventional mass closure. Egyptian J Surg [revista en internet]. 2020, Oct [citado 21 de enero 2021]; 39(4): 900-5. Disponible en: [https://doi.org/10.4103/ejs.ejs\\_105\\_20](https://doi.org/10.4103/ejs.ejs_105_20).

**Contribución de los autores**

Ana Isel Polo-Soto |  <https://orcid.org/0000-0001-6403-8399>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; redacción borrador original; redacción, revisión y edición.

Zurina Pérez-Reyes |  <https://orcid.org/0000-0001-8549-4342>. Participó en: investigación; redacción, revisión y edición.

**Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.