



P-473 - MANEJO DE HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Alonso, Ricardo; Gianchandani Moorjani, Rajesh; Moneva Arce, Enrique; Díaz García, Alberto; Ortí Rodríguez, Rafael; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: La hernia inguinal gigante es una enfermedad infrecuente, que aparece en pacientes que no han buscado o recibido un tratamiento adecuado en el momento de aparición de la patología. La hernia inguinal gigante es aquella que se extiende por debajo del punto medio del muslo interno en bipedestación.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 69 años, hipertenso y dislipémico, sin antecedentes quirúrgicos de interés, que presenta una hernia inguino-escrotal bilateral gigante de 20 años de evolución con pérdida de domicilio, no reductible. A la exploración presentaba una úlcera de decúbito en región externa de la hernia a nivel escrotal, con esfacelos en el fondo y varios defectos cutáneos. En primer lugar, se desbridaron los esfacelos en la piel y se procedió a la infiltración de toxina botulínica en la musculatura abdominal. Al mes siguiente, se programó para la reparación definitiva. Se procedió con la disección del saco herniario que contenía una gran cantidad de asas de intestino delgado, el ciego, el apéndice cecal y la vejiga urinaria. Se realizó una separación anterior de componentes, seccionando la fascia del oblicuo mayor. Aun así, al intentar reducir el contenido herniario, se produjo un aumento importante de la presión intraabdominal con repercusión hemodinámica. Debido a ello, se procedió a realizar una laparotomía media, se colocó una malla Prolene de 35×22 cm en plano preperitoneal, para la reparación tipo Stopa, y posteriormente se colocó malla de colágeno (SurgiMend) suturada con PDS al borde la fascia, para aumentar la capacidad de volumen abdominal y disminuir la presión intraabdominal. Finalmente se reconstruyó la piel y el escroto con puntos de Caprosyn 3/0. Durante la cirugía se produjo una apertura incidental de la vejiga que precisó sutura. En el postoperatorio inmediato, el paciente sufrió un episodio de dificultad respiratoria que se manejó de manera conservadora, con buena evolución. Durante el seguimiento presentó infección de la herida abdominal, que se trató con curas locales, siendo la evolución favorable.

Discusión: El abordaje de este tipo de hernia supone un desafío importante debido al alto riesgo de recidiva y de aparición de un síndrome compartimental al reintroducir el contenido del saco herniario en la cavidad abdominal. El método de la "prótesis gigante" de Stopa demostró ser altamente efectivo para la reparación de hernias de la ingle complejas, grandes y recurrentes, ya que la colocación preperitoneal de una gran malla sintética no solo bloquearía físicamente todas las principales debilidades inguino-femorales, sino que también se estabilizaría por la presión intraabdominal y la adherencia del tejido, reduciendo así la necesidad de sutura extensiva. Actualmente no existe un consenso para el manejo de este tipo de hernias, y el abordaje debe adaptarse a las características de cada paciente. Existen múltiples recursos como la toxina botulínica, separación de componentes y colocación de malla puente, que se pueden utilizar para su reparación efectiva.