



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-545 - HERNIA INGUINO-ESCROTAL BILATERAL CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

García Nalda, Albert<sup>1</sup>; Gómez Díaz, Carlos Javier<sup>2</sup>; Colomer Miralbel, Óscar<sup>1</sup>; Ayguavives Garnica, Isidro<sup>1</sup>; Corcuera Amille, Ángel<sup>1</sup>; Navarro Soto, Salvador<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; <sup>2</sup>Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias con pérdida de derecho a domicilio, aunque actualmente se presentan con menor frecuencia en nuestra población, constituyen un reto terapéutico para el cirujano, debido a las importantes alteraciones que ocasionan en la fisiología de los pacientes. La reducción aguda del contenido herniario a la cavidad abdominal puede condicionar el desarrollo de un síndrome compartimental con las graves consecuencias que éste conlleva. Para evitarlo se han desarrollado técnicas de preparación preoperatoria o técnicas quirúrgicas con el fin de aumentar el volumen continente de la cavidad abdominal.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un hombre de 77 años, sin antecedentes patológicos de interés, que presentaba una hernia inguino-escrotal bilateral con pérdida de derecho a domicilio, de años de evolución. Se realizó valoración anestésica preoperatoria completa y TC abdominal con volumetría, cuyas hallazgos (ratio volumen herniado/volumen cavidad abdominal: 67,37%) apoyaban la necesidad de preparar al paciente antes de realizar la intervención quirúrgica. La preparación preoperatoria se realizó mediante la infiltración de toxina botulínica tipo A en la pared abdominal, seguido de neumoperitoneo progresivo abreviado (7 días), ambos procedimientos de manera ambulatoria. Mediante TC se controló la evolución de los volúmenes (abdominal y herniado), así como del grosor y longitud de la musculatura lateral del abdomen. Intervención quirúrgica: reparación herniaria bilateral preperitoneal mediante técnica de Stoppa, con malla de polipropileno 25 × 35,5 cm (Bard™ Mesh) fijada a ambos ligamentos de Cooper. El paciente presentó un curso postoperatorio favorable. Solo presentó hematuria que no requirió tratamiento específico y se autolimitó en 48h tras lo cual se retiró la sonda vesical. Molestias postoperatorias controladas con analgesia suave y tolerancia progresiva de la dieta oral, siendo dado de alta al 3<sup>er</sup> día postoperatorio. Al 1<sup>er</sup> mes de seguimiento se evidenció pequeño seroma inguinal derecho que se resolvió espontáneamente. No presentó más complicaciones durante el seguimiento.

|                                 | Basal    | Post tox. botulinica | Post pneumo progresivo |
|---------------------------------|----------|----------------------|------------------------|
| Volumen cavidad abdominal (VCA) | 4.270 cc | 5.375 cc             | 9.290 cc               |

|                                 |          |           |          |          |        |
|---------------------------------|----------|-----------|----------|----------|--------|
| Volumen visceral herniado (VVH) |          | 2.877 cc  | 3.333 cc | 2.510 cc |        |
| Ratio VVH/VCA                   |          | 67,37%    | 62,01%   | 27,02%   |        |
| Musculatura lateral abdominal   | Grosor   | Derecha   | 24 mm    | 16 mm    | 16 mm  |
|                                 |          | Izquierda | 28 mm    | 21 mm    | 17 mm  |
|                                 | Longitud | Derecha   | 171 mm   | 205 mm   | 238 mm |
|                                 |          | Izquierda | 158 mm   | 226 mm   | 274 mm |



**Discusión:** La infiltración de toxina botulínica tipo A en la pared abdominal y el pneumoperitoneo progresivo preoperatorio constituyen 2 técnicas útiles y eficientes para la preparación preoperatoria de los pacientes afectados de hernias con pérdida de derecho a domicilio, con el fin de conseguir un tratamiento quirúrgico óptimo y exitoso, evitando el desarrollo de un síndrome compartimental.