



www.elsevier.es/cirugia

P-577 - MANEJO DE LA HERNIA INGUINOESCROTAL MASIVA CON PÉRDIDA DE DOMICILIO EN URGENCIAS

Cesardo Navarrete, Miguel Andrei; López Cano, Manuel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las hernias inguinoescrotales masivas con pérdida de domicilio son un problema quirúrgico desafiante, con una alta morbilidad y mortalidad especialmente en el escenario de emergencias. El reto principal es colocar las vísceras de nuevo en la cavidad abdominal sin crear un síndrome compartimental. En nuestro caso esta es la principal complicación, requiriendo ingreso en UCI, cirugía descompresiva con abdomen abierto y cierre escalonado.

Caso clínico: Un hombre de 72 años con hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva y apnea del sueño acudió a urgencias con una hernia inguinoescrotal derecha con más de 10 años de evolución con pérdida de domicilio. Presentó sintomatología progresiva y signos de incarceración con deterioro de la calidad de vida en los últimos días. A la exploración destacó una hernia inguinoescrotal derecha que descendió hasta las rodillas, sin evidencia de complicación. Una tomografía computarizada reveló asas de intestino delgado dilatados con cierto grado de sufrimiento, no se observa aire libre y una pequeña cantidad de líquido libre. Manejo inicial como síndrome subocclusivo y preparado para cirugía en el servicio de urgencias. Una incisión oblicua prolongada hacia el escroto, accediendo al espacio preperitoneal a nivel escrotal. El contenido herniario era íleon junto con el colon ascendente y transverso, el intestino delgado mostró signos de sufrimiento que revertieron después de la liberación. Colocación de malla de polipropileno en la posición preperitoneal, fijándola al ligamento de Cooper con sutura continua. El cierre muscular-aponeurótico en 2 planos con una sutura continua y puntos de orden y 2 drenajes quedaron. La atención postoperatoria en la UCI reveló inestabilidad hemodinámica y elevación de la presión intrabdominal con la cirugía sin hallazgos abdominales por lo que se aplicó una terapia de presión negativa. Después del tercer cambio de terapia de presión negativa, se aplicó una malla siguiendo la técnica de cierre de Wittman, se requirieron dos cirugías más para el cierre de la pared abdominal usando techinque Chevrel y malla de polipropileno onlay. A los 13 días postoperatorios el paciente fue dado de alta después de una TC no mostró complicaciones intrabdominales.

Discusión: La hernia inguinoescrotal masiva con pérdida de domicilio es un desafío en el entorno de emergencia y aunque como una cirugía de emergencia no se puede evitar una opción conservadora debe ser una opción con una consulta a un cirujano de pared abdominal. Aunque la reparación inicial de la pared debe ser uno de los objetivos principales de la cirugía, el cierre escalonado y una cirugía a medida para cada caso es necesario para evitar complicaciones. El abdomen abierto es una manera segura aunque costosa de administrar el síndrome compartimental en pacientes después de la pérdida de dominio.