



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

## P-542 - Tratamiento quirúrgico de una hernia inguinoescrotal gigante tras preparación con inyección de toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo

Báez de Burgos, Celia; Puche Pla, José Julián; Bruna Esteban, Marcos; Valderas Cortés, Guillermo Felipe; Núñez Ronda, Ruth; Gómez Contreras, Ramón; Navarro Moratalla, Carla; Asensio Samper, Juan Marcos

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias inguinoescrotales gigantes son por definición aquellas que en la bipedestación sobrepasan la mitad del muslo. Plantean el problema de la pérdida de derecho a domicilio con imposibilidad de reintegrar de forma segura el contenido herniario a la cavidad abdominal sin ocasionar un síndrome de hipertensión abdominal. Se han propuesto estrategias preoperatorias para aumentar la capacidad de la cavidad abdominal, entre las que se incluye la instauración de un neumoperitoneo progresivo (NPP) y/o la inyección de toxina botulínica (ITB) en la musculatura de la pared abdominal. El objetivo de esta presentación es exponer un caso tratado con éxito recientemente en nuestro servicio.

**Caso clínico:** Varón de 84 años con un IMC 27, hipertenso, dislipémico, diabético tipo 2 con hernia inguinoescrotal bilateral de 14 años de evolución (siendo la izquierda recidivada) con ulceraciones en piel y hernia umbilical de 29 años de evolución, habiendo rehusado hasta entonces el tratamiento quirúrgico, que acude a consulta por progresión del tamaño, asociando mala calidad de vida. A la exploración todas las hernias eran irreductibles. Se solicitó una tomografía computarizada volumétrica en la que se objetivó un volumen total herniario de 3.656 cc (36% del total de la cavidad) y unas pruebas funcionales respiratorias que fueron normales. Se indujo parálisis de la musculatura abdominal mediante ITB un mes antes de la cirugía planeada, con valoración clínica secundaria. Ocho días antes de la intervención se ingresó al paciente para colocación de catéter peritoneal e instauración de NPP. Se instiló un total de 11.850 cc de aire ambiente filtrado con buena tolerancia. En quirófano se colocó un sistema de medición de la presión intra-abdominal (PIA). Se accedió mediante amplias incisiones inguinales. Tras apertura del saco se comprobó que la hernia inguinal derecha contenía el colon derecho y gran parte del intestino delgado (ID) y la izquierda el sigma y parte del ID. En el lado izquierdo había adherencias del sigma al saco y fibrosis por la cirugía previa, produciéndose lesión parcial de los vasos espermáticos. Los órganos se reintegraron a la cavidad abdominal sin ninguna dificultad y sin observar elevación de la PIA. La reparación se realizó mediante técnica de Lichtenstein con mallas de polipropileno de 15 × 8 cm + herniplastia umbilical con malla Ventralex. El paciente presentó un postoperatorio favorable, dándose de alta 24 horas tras la cirugía. En controles posteriores en consultas ha presentado buena evolución, desarrollando una probable orquitis isquémica izquierda paucisintomática, con mejoría general de la calidad de vida.



**Discusión:** El tratamiento quirúrgico de las hernias inguinoescrotales gigantes con pérdida de derecho a domicilio puede originar complicaciones cardiopulmonares importantes por elevación de la PIA. El estudio y la planificación prequirúrgicos han de ser meticulosos, así como los cuidados perioperatorios. El aumento preoperatorio de la capacidad abdominal mediante ITB y NPP constituye un método eficaz para asegurar la reintroducción del contenido herniario a cavidad, minimizando las complicaciones sistémicas.