



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-436 - HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO, UN DESAFÍO QUIRÚRGICO. DEFECTOS COMPLEJOS DE LA PARED ABDOMINAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS. ¿CUÁNDO OPERAR?

Triguero Cánovas, Daniel; Barreras Mateos, Jose Antonio; Andreu Gálvez, Juan; Caravaca García, Iban; Bosch Ramírez, Marina; Sanchís López, Antonio; Soler Silva, Álvaro; Arroyo, Antonio

Hospital General Universitario, Elche.

Resumen

Introducción: La hernia inguino-escrotal gigante es actualmente una rara patología en países desarrollados. Asocia gran disminución de la calidad de vida y un aumento de la morbilidad y mortalidad en caso de complicación. La cirugía compleja de la pared abdominal en pacientes geriátricos, representa un reto terapéutico y un dilema, asociándose esta con importantes tasas de morbilidad (50%) y mortalidad (8-14%). ¿Se puede considerar la edad, una limitación en la indicación de cirugía programada? El objetivo es presentar el caso de un paciente anciano con oclusión intestinal por hernia inguinoescrotal gigante y su resolución quirúrgica.

Caso clínico: Varón de 93 años con antecedentes de FA, IRC y herniorrafia inguinal izquierda 20 años antes, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal e inguino-escrotal asociado a vómitos de 2 días de evolución y ausencia de tránsito intestinal para gases y heces. En la exploración destaca una hernia inguinoescrotal izquierda gigante recidivada, de extensión hasta la rodilla en bipedestación, dolorosa a la palpación e irreducible. Leucocitosis y elevación de PCR. En TAC abdominal se informa de cambio de calibre de asas intestinales alojadas en el escroto con obstrucción intestinal a ese nivel. Tras 36 horas de tratamiento conservador con sonda nasogástrica y sin mejoría clínica, se decide tratamiento quirúrgico urgente, realizándose hernioplastia inguinal según técnica de Nyhus, orquiectomía izquierda y preservación del escroto, sin resección intestinal. En el posoperatorio el paciente precisó soporte respiratorio avanzado. Presentó normalización progresiva de parámetros analíticos y recuperación del tránsito intestinal. Alta a domicilio tras 21 días de posoperatorio. La ausencia de sufrimiento de asas nos llevó a la reducción completa del contenido herniario con cuadro de síndrome compartimental abdominal transitorio, generando dificultad respiratoria y oliguria que precisó de medidas de soporte avanzado para estabilizar al paciente. Existen diferentes técnicas preoperatorias en cirugía programada para disminuir el riesgo y combatir la pérdida de derecho a domicilio antes de la intervención (colocación de expansores tisulares, aplicación de toxina botulínica o neumoperitoneo progresivo), que persiguen la relajación y elongación de la musculatura abdominal. Ninguno de estos pudo ser aplicado en nuestro caso debido a la urgencia del mismo.



Discusión: La reparación herniaria de urgencia en pacientes ancianos es un problema grave que conlleva un alto riesgo de complicaciones. En tales casos, el cierre del defecto de pared no es esencial, especialmente en pacientes pluripatológicos, siendo primordial la resección del tejido desvitalizado. Ante una hernia inguino-escrotal gigante deberíamos considerar la cirugía electiva de forma inequívoca, pudiendo conseguir de esta forma un doble objetivo: evitar la morbilidad que acarrea una intervención de urgencia y mejorar la calidad de vida del paciente. La edad no debería representar una contraindicación para la intervención, aunque sí lo es la patología cardiopulmonar concomitante, que debe ser previamente valorada con ayuda de los anestesiólogos. La preservación del escroto, podría actuar como alojamiento parcial del contenido herniario en caso de importante compromiso respiratorio en el posoperatorio.