



P-538 - PREHABILITACIÓN Y UTILIZACIÓN DE TERAPIA CON TOXINA BOTULÍNICA Y NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO EN LA HERNIA INGUINOESCROTAL CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO

Castanedo Bezanilla, Sonia; García Díaz, Rosa Ana; Cristóbal Poch, Lidia; Herrera Noreña, Luis Antonio; Morales García, Dieter José; Tejón Pérez, Guillermo; Rabanal Llevot, José Manuel; Rodríguez San Juan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: Posibilitar la cirugía con mínima morbimortalidad postoperatoria en pacientes con patología respiratoria severa y grandes hernias con pérdida de derecho a domicilio mediante la combinación, en su prehabilitación, de la fisioterapia respiratoria intensiva, rehabilitación, neumoperitoneo progresivo preoperatorio e infiltración de toxina botulínica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 80 años. Como antecedentes personales, presenta un Síndrome obstructivo respiratorio severo. Se nos remite por hernia inguino-escrotal derecha, con pérdida de derecho a domicilio, con escroto ulcerado, que mantiene al paciente postrado en cama/sillón sin permitirle deambular. Además presenta hernia umbilical y supraumbilical. Se completa estudio con TAC que evidencia una hernia inguinal derecha con 5 cm de anillo, que incluye asas de intestino delgado, y colon ascendente y las otras hernias ya referidas. Aportamos abundante iconografía. Al ingreso el paciente es valorado por anestesia y se realiza el preoperatorio. Tras esto, se inicia prehabilitación mediante optimización con fisioterapia respiratoria intensiva, rehabilitación, y neumoperitoneo preoperatorio progresivo. Además, se realiza infiltración con control electromiográfico y ecográfico, de toxina botulínica A (100 UI) de pared abdominal el día 30 antes de la intervención, para potenciar el efecto del neumoperitoneo, manteniendo al paciente ingresado con estricto control por parte de neumología de la función respiratoria. Se introducen en total 12,5 litros. En la intervención se realiza un abordaje inguinal, donde se encuentra una hernia tipo VI de la clasificación de Gilbert, reduciendo el contenido del saco (paquete intestinal completo, incluido mesenterio con densas adherencias a la parte más declive del saco y colon derecho deslizado). Se realiza doble reparación protésica con malla de poliéster autofijable de 15 × 15 cm. según técnica de Nyhus, cierre de fascia transversalis y hernioplastia según técnica de Lichstenstein con nueva malla autofijable. Hernioplastia preperitoneal de hernias umbilical y supraumbilical. En el postoperatorio el paciente presenta una infección de la herida umbilical que se resuelve con tratamiento antibiótico y drenaje de colección que no afecta a la prótesis. El paciente es dado de alta sin otras complicaciones y deambulando.



Discusión: Las hernias inguinoescrotales de gran tamaño, son una patología que presenta un impacto importante en la calidad de vida, llegando incluso a impedir la realización de actividades básicas. La prehabilitación en los pacientes con grandes hernias inguinoescrotales con pérdida de derecho a domicilio, asociando la rehabilitación, la toxina botulínica y el neumoperitoneo progresivo preoperatorio, permite optimizar los resultados en pacientes con grandes comorbilidades y mejorar la calidad de vida de forma importante. La reparación de estas hernias con abordaje doble, anterior y posterior, es una buena opción para pacientes con una pared abdominal muy deteriorada.