

BIBLIOGRAFÍA

- Huang L, Jansen L, Balavarca Y, Babaei M, Van der Geest L, Lemmens V, et al. Stratified survival of resected and overall pancreatic cancer patients in Europe and the USA in the early twenty-first century: A large, international population-based study. *BMC Medicine*. 2018;16:125. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-018-1120-9>.
- Pancreatic adenocarcinoma clinical guidelines in Oncology. National Comprehensive Cancer Network. April 2019. NCCN.
- Yang SJ, Hwang HK, Kang Ch M, Lee WJ. Preoperative defining system for pancreatic head cancer considering surgical resection. *World Journal of Gastroenterology*. 2016;22:6076-82. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v22i26.6076>.
- Ardengh JC, Lopes CV, de Lima-Filho ER, Kemp R, dos Santos JS. Impact of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration on incidental pancreatic cysts. A prospective study. *Scand J Gastroenterol*. 2014;49:114-20. <http://dx.doi.org/10.3109/00365521.2013.854830>.
- Hirono S, Tani M, Kawai M, Okada H, Miyazawa M, Shimizu A, et al. Identification of the lymphatic drainage from the pancreatic head guided by indocyanine green fluorescence imaging during pancreaticoduodenectomy. *Digestive Surgery*. 2012;29:132-9. <http://dx.doi.org/10.1159/000337306>.
- He M, Jiang Z, Wang C, Hao Z, An J, Shen J. Diagnosis value of near-infrared or fluorescent indocyanine green guided sentinel lymph node mapping in gastric cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Surg Oncol*. 2018;118:1243-56. <http://dx.doi.org/10.1002/jso.25285>.
- Guo J, Yang H, Wang S, Cao Y, Liu M, Xie F, et al. Comparison of sentinel lymph node biopsy guided by indocyanine green, blue dye and their combination in breast cancer patients: A prospective cohort study. *World Journal of Surgical Oncology*. 2017;15:196. <http://dx.doi.org/10.1186/s12957-017-1264-7>.
- Rho SY, Kim JS, Chong JU, Hwang HK, Yoon DS, Lee WJ, et al. Indocyanine green perfusion imaging-guided laparoscopic pancreaticoduodenectomy: Potential application in retroperitoneal margin dissection. *Journal Gastrointestinal Surgery*. 2018;22:1470-4. <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-018-3760-7>.
- Paiella S, de Pastena M, Landoni L, Esposito A, Casetti L, Miotto M, et al. Is there a role for near-infrared technology in laparoscopic resection of pancreatoneuroendocrine tumors? Results of the COLPAN "color and resect the pancreas" study. *Surg Endosc*. 2017;31:4478-84. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-017-5501-5>.
- Dasari B, Pasquali S, Vohra R, Smith A, Taylor M, Sutcliffe R, et al. Extended versus standard lymphadenectomy for pancreatic head cancer: Meta-analysis of randomized controlled trial. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2015;19:1725-32. <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-015-2859-3>.
- Van den broeck A, Sergeant G, Ectors N, van Steenberghe W, Aerts R, Topal B. Patterns of recurrence after curative resection of pancreatic ductal adenocarcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 2009;35:600-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2008.12.006>.
- Kanda M, Fujii T, Nagai S, Koderia Y, Kanzaki A, Sahin TT, et al. Pattern of lymph node metastasis spread in pancreatic cancer. *British Journal of Cancer*. 2011;40:951-5. <http://dx.doi.org/10.1097/MPA.0b013e.3182148342>.
- Baiocchi GL, Diana M, Boni L. Indocyanine green-based fluorescence imaging in visceral and hepatobiliary and pancreatic surgery: State of the art and future directions. *World Journal of Gastroenterology*. 2018;24:2921-30. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v24.i27.2921>.

Carlota Matallana*, Fernando Pardo, Francisco Espín, Manel Cremades y Esteban Cugat

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlota.matallana@gmail.com (C. Matallana).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.08.001>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Eventración uterina en paciente gestante

Uterine incisional hernia in a pregnant patient



La hernia incisional tras una cirugía abdominal presenta una incidencia entre el 5 y el 15%¹. El embarazo tras una cirugía abdominal es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de una hernia incisional², siendo excepcional la herniación del útero grávido a través de una eventración³.

Las complicaciones asociadas a la aparición de esta enfermedad durante la gestación como una posible encarcelación o estrangulación constituyen un grave problema obstétrico teniendo consecuencias importantes tanto para la madre como para el feto.

Debido a su baja incidencia no existe consenso en cuanto al manejo de la misma, precisando un tratamiento individualizado⁴. En hernias no complicadas un manejo conservador inicial realizando una reparación de la pared abdominal intraparto o en un segundo tiempo parece ser una buena opción⁵.

A continuación presentamos un caso de eventración de útero grávido en una paciente gestante de 34 años, derivada a nuestra unidad en la semana 30 + 1 por sospecha de herniación uterina. Se trata de una paciente con antecedentes de una cesárea previa a través de laparotomía media infraumbilical y

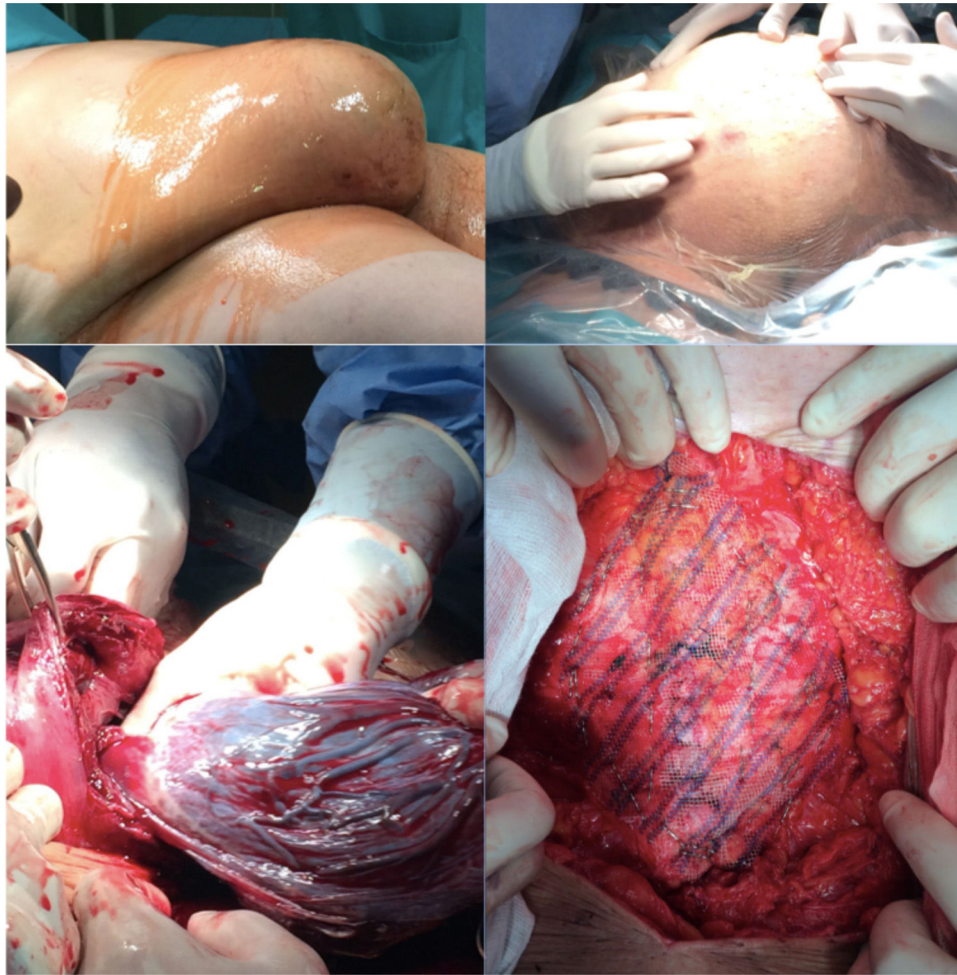


Figura 1 – Hernia incisional con útero en su interior, alumbramiento y colocación de material protésico preaponeurótico.

obesidad grado III (peso: 135,4 kg e IMC: 49,1) en seguimiento en consulta de alto riesgo por diabetes gestacional.

El primer trimestre del embarazo transcurre sin incidencias, y en la semana 20 de gestación manifiesta dolor hipogástrico que impide la sedestación, evidenciándose durante la exploración una tumoración irreductible a nivel de la cicatriz de la cesárea. Se realiza ecografía de abdomen en consulta que revela la presencia de una hernia uterina sin alteraciones en el feto.

En la semana 30+1 contactan con nuestro equipo para valoración, encontrando durante la exploración un abdomen correspondiente a las semanas de gestación y una eventración a través de la cicatriz infraumbilical, más evidente tras maniobras de Valsalva. Se confirma la presencia de una herniación uterina mediante la realización de una nueva ecografía de control. Dada la complejidad del caso se decide un abordaje multidisciplinar con el equipo de ginecología planteándose cesárea electiva, bloqueo tubárico por petición expresa de la paciente y reparación de la hernia incisional durante el mismo acto quirúrgico programado en la semana 38 de embarazo.

Se realizó un abordaje a través de la incisión previa y apertura del saco herniario para acceder al útero situado en anteversión forzada, que precisó manipulación para visualizar el segmento inferior y realizar la histerotomía mediante incisión de Kerr (incisión segmentaria transversal baja). La cesárea transcurrió

sin incidencias naciendo un feto vivo de sexo femenino con presentación en transversa y se procedió a realizar bloqueo tubárico bilateral mediante ligadura simple y salpinguectomía parcial. En el segundo tiempo quirúrgico se evidenció una hernia incisional M4W2 según la clasificación de la European Hernia Surgery, con defecto aponeurótico de 15 cm de longitud y 7 cm de diámetro transversal. Dada la laxitud de la pared abdominal se realizó una reparación mediante cierre primario con sutura continua de monofilamento de absorción lenta del 0 siguiendo la regla 4:1, colocación de prótesis de polipropileno supraaponeurótica de 25 × 15 cm de poro amplio (1,5 mm) y bajo peso (60 g/m²) fijada con agrafes de fascia irreabsorbibles en doble corona y overlap mínimo de 5 cm, y colocación de 2 drenajes aspirativos en subcutáneo, transcurriendo sin incidencias (fig. 1). El postoperatorio fue favorable, recibiendo el alta el 8.º día del postoperatorio, tras comprobar el débito nulo a través de los drenajes.

Revisada en consultas, 2 años después de la intervención, no se evidencia recidiva herniaria.

La incidencia de hernia incisional durante la gestación es desconocida, siendo excepcional en países occidentales³, por ese motivo no hay suficiente evidencia en cuanto al manejo de las mismas ofreciéndose un manejo individualizado según las características de la madre, el feto y el transcurso de la gestación.

Los síntomas y signos más frecuentes son dolor abdominal, vómitos y aparición de masa a nivel de la cicatriz previa. Durante la exploración puede evidenciarse un defecto palpable en la pared con contenido reductible o no y distensión abdominal, en ocasiones⁵⁻⁷. Para completar el estudio suele ser suficiente la realización de una ecografía abdominal que oriente sobre las estructuras contenidas en el saco herniario, y en ocasiones está indicada la resonancia magnética cuando la ecografía no aclara el diagnóstico.

La monitorización del embarazo una vez realizado el diagnóstico es imprescindible para detectar alteraciones uterinas que pudieran condicionar un crecimiento intrauterino retardado del feto.

Se han descrito algunos factores de riesgo asociados a esta complicación como la edad avanzada, el polihidramnios y la gestación múltiple.

Aunque la literatura recoge abordajes durante los primeros meses de gestación, tanto la anestesia como la cirugía pueden condicionar un aumento del riesgo de complicaciones para la madre y el feto, por ello, la mayoría de autores abogan por la reparación durante la cesárea electiva o en un segundo tiempo. En el caso de complicaciones la cirugía emergente es mandatoria. La estrangulación uterina en embarazos a término es indicación de laparotomía urgente, cesárea y reparación de la pared en el mismo acto. Cuando la complicación se produzca en etapas tempranas del embarazo una reparación urgente del defecto está indicada, valorando la viabilidad fetal, y si es posible continuando la gestación^{5,7}.

Financiación

Esta publicación no ha precisado ningún tipo de financiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lopez Cano M. Cirugía basada en la evidencia y hernia incisional. *Cir Esp.* 2013;1:18-26.
2. Oma E, Jensen KK, Jorgensen LN. Increased risk of ventral hernia recurrence after pregnancy: A nationwide

register-based study. *Am J Surg.* 2017;214:474-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.03.044>.

3. Augustin G, Matosevic P, Kekez T, Majerovic M, Delmis J. Abdominal hernias in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009;35:203-11.
4. Uchenna EG, Chukwuneme OB, Ejike ES, Mbanefo OP, Benjamin ET. Herniated near-term pregnancy through an incisional hernia treated with polypropylene mesh: A case report. *Niger Med J.* 2014;55:271-3.
5. Saha PK, Rohilla M, Prasad GR, Dhaliwal LK, Gupta I. Herniation of gravid uterus: Report of two cases and review of literature. *MedGenMed.* 2006;8:14.
6. Punguyire D, Iserson KV, Apanga S. Fullterm pregnancy in umbilical hernia. *Pan Afr Med J.* 2011;8:6.
7. Ray KK, Aggarwal S, Banerjee K, Karan S, Charu C. Gravid uterus in an incisional hernia leading to burst abdomen. *Internet J Gynecol Obstet.* 2005;5:2-5.

Violeta Camacho Marente^{a,*}, Claudia Olivares Oliver^b, Amando Marchal Santiago^c, Juan Antonio Martín Cartes^d y Manuel Bustos Jiménez^d

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, España

^cServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Infanta Margarita, Córdoba, España

^dServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: violeta.camachomarente@gmail.com (V. Camacho Marente).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.07.013>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.