

CIENCIAS QUIRÚRGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay Albarrán"

Reparación de hernia inguinoescrotal gigante con realización preoperatoria de neumoperitoneo

Repair of inguinoscrotal giant hernia with realization of preoperative pneumoperitoneum

José Luis Mauri Pérez^I, Manuel Hidalgo Herrera^{II}, Marilys Hernández Cabezas^{III}, Vilma García Franco^{IV}

^IEspecialista en Cirugía General. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay Albarrán" jlmauri@infomed.sld.cu

^{II}Especialista en Cirugía General. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay Albarrán" hidalgo@infomed.sld.cu

^{III}Especialista en Medicina General Integral. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay Albarrán" jlmauri@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista en Medicina General Integral. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay Albarrán" vilmag@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la hernia inguinoescrotal con "pérdida de derecho a domicilio" o también conocida como "gigante" es una entidad rara en nuestro medio, que generalmente se produce cuando una hernia inguinoescrotal común por determinados

factores evoluciona a este tipo de hernia.

Objetivo: determinar las ventajas del uso del neumoperitoneo preoperatorio en pacientes con hernias inguinoescrotales gigantes con pérdida de derecho a domicilio.

Presentación del caso: se describe el manejo preoperatorio y quirúrgico de un paciente de 60 años, de piel blanca con hernia inguinoescrotal gigante "con pérdida del derecho a domicilio" mediante neumoperitoneo preoperatorio progresivo, con el fin de facilitar su reducción y evitar la tensión y la insuficiencia respiratoria que conllevaría. Para realizar el neumoperitoneo se utilizó el equipo de laparoscopia a través de un drenaje peritoneal colocado percutáneamente.

Conclusiones: se realizó la intervención quirúrgica en la región inguinal izquierda por técnica de hernioplastia donde se encontró como contenido del saco herniario el epiplón mayor y el colon sigmoides.

Palabras clave: hernia gigante, inguinoescrotal, neumoperitoneo, hernioplastia.

ABSTRACT

Introduction: the inguinal-scrotal hernia with right loss to home or also well-known as "giant" is a strange entity in our mean that generally takes place when an inguinoscrotal common hernia for certain factors evolves to this hernia type.

Objective: to determine the advantages of the use of the preoperative pneumoperitoneum in patient with inguinal-scrotal giant hernia with right loss to home.

Case Presentation: the handling preoperative is described and surgical of a 60 year-old patient, white skin with inguinoscrotal giant hernia "with loss of the right to home" by means of preoperative progressive pneumoperitoneum with the purpose of to facilitate its reduction and to avoid the tension and the breathing inadequacy that it would bear. To carry out the pneumoperitoneum the laparoscopy team it was used through a drainage peritoneal percutaneous placed.

Conclusions: he was carried out the surgical intervention in the region left inguinal for hernioplasty technique where it was as content of the hernia sack the biggest omentum and sigmoid colon.

Key words: giant hernia, inguinoscrotal, pneumoperitoneum, hernioplasty.

INTRODUCCIÓN

El procedimiento de neumoperitoneo progresivo preoperatorio para el manejo de hernias gigantes con "pérdida de dominio" o "pérdida de derecho a domicilio" fue introducido en 1940 por Goñi Moreno, en Argentina, seguido en años posteriores por autores como Herszage, Berlemont, Koontz, Gravez y, en México, Martínez Munive, todos con algunas variaciones interesantes del método original. Su uso se recomienda para preparación previa de pacientes con hernias gigantes y grandes contenidos de

vísceras en el saco herniario, en los cuales no sería posible su re-introducción y efectuar la hernioplastia, o en los que su reducción de manera forzada pudiera llevar al paciente al desarrollo de un síndrome compartimental abdominal en el postoperatorio inmediato.^{1,2}

La función de la pared abdominal es la de retención y protección visceral, ayuda activa de los movimientos del tronco, a la función de evacuación, micción y finalmente en forma por demás importante, a la regulación de los movimientos diafragmáticos para una ventilación pulmonar adecuada.³ Cuando existe una hernia con un gran saco, que contiene cantidades importantes de vísceras, se producen cambios a nivel local (mesenterio, intestinos, tejido celular subcutáneo y piel que circundan a este saco), consistentes en disminución del retorno venoso cava y portal al tórax, además de disminución del retorno venoso y linfático por la compresión que ejerce el anillo o defecto herniario fibrótico sobre las asas que cuelgan fuera de la cavidad. Todo lo anterior se traduce en un intestino y mesenterio edematoso y grueso que dificulta su reducción.^{4,5}

La inflamación mecánica que ejerce el anillo sobre las asas origina adherencias de estas entre sí, el saco y el defecto herniario. El tejido celular subcutáneo se presiona y se desvía lateralmente, atrofiándose el resto por compresión del contenido herniario, lo cual deja la piel, también distendida en exceso, con poca circulación y con tendencia a la atrofia progresiva, desencadenando en casos avanzados, zonas ulceradas que difícilmente se pueden regenerar y son asiento de bacterias en forma crónica. Se agregan infecciones bacterianas o micóticas en los pliegues que forman la piel del abdomen normal y la del saco herniario por encontrarse siempre húmedos y en continuo roce.^{6,7,8}

Otro de los cambios originados por estas hernias es la contracción progresiva de los músculos abdominales ante la falta de vísceras que mantengan su tono, lo cual reduce la presión y la capacidad o volumen de la cavidad abdominal. Mientras más intestino salga al saco, la presión intrabdominal disminuirá, abatiéndose los hemidiafragmas, con lo que se altera el equilibrio ventilatorio, con restricción tanto inspiratoria como espiratoria.^{6,9,10}

El neumoperitoneo progresivo preoperatorio en estos pacientes intenta corregir algunos de estos problemas, principalmente agrandando la cavidad abdominal para albergar de nuevo todo el contenido intestinal protruido por largo tiempo, permitiendo la realización adecuada de la técnica de plastia y sin el riesgo de un síndrome compartimental posterior.

Existen informes cada vez mayores de series de pacientes sometidos a este procedimiento con buenos resultados insuflando oxígeno, CO² o en su forma original (Goñi) con aire ambiente filtrado por frascos de sifón conteniendo isodine.

Objetivo

Determinar las ventajas del uso del neumoperitoneo preoperatorio en un pacientes con hernia inguinoescrotal gigante con pérdida de derecho a domicilio.

Caso Clínico

Motivo de consulta: Aumento de volumen en región inguinoescrotal izquierda.

Historia de la enfermedad actual

Paciente de 60 años con diagnóstico de hernia inguinal izquierda por más de 20 años para la cual nunca llevó tratamiento; ahora acude a consulta por presentar dolor en la región inguinal, dificultad para la micción y para realizar relaciones sexuales.

Antecedentes patológicos: Hernia inguinoescrotal.

Datos positivos al interrogatorio: Inguinodinia, dificultad para la micción.

Datos positivos al examen físico: Hernia inguinoescrotal gigante izquierda y que impresiona presentar otra hernia inguinal derecha.

Diagnóstico diferencial: Hernia crural, tumores de partes blandas, tumores testiculares, hidroceles, tumores y quistes gigantes del cordón.

Conducta a seguir: Se hizo tratamiento quirúrgico previo a 20 sesiones de neumoperitoneo con la técnica de hernioplastia de la región inguinal izquierda colocándose una malla de polipropileno usando la técnica de Lichtenstein.

Resumen evolutivo: Durante el acto quirúrgico se encontró gran parte del epiplón mayor y colon sigmoides dentro del saco herniario realizando resección de un segmento de epiplón, reintroduciéndose sin dificultad hacia la cavidad abdominal el resto de epiplón y el colon sigmoides. Se comprobó que el paciente es portador de una hernia inguinal derecha de menos magnitud la cual se decidió resolver en una segunda intervención. El paciente tuvo una recuperación pos-operatoria muy favorable con mejoría casi total de su sintomatología. Figuras 1, 2 y 3.



Figura. 1 Pre-operatorio, hernia inguino-escrotal gigante.



Figura. 2 Pre-operatorio, hernia inguino-escrotal gigante, después de la 10ma sesión de neumoperitoneo.

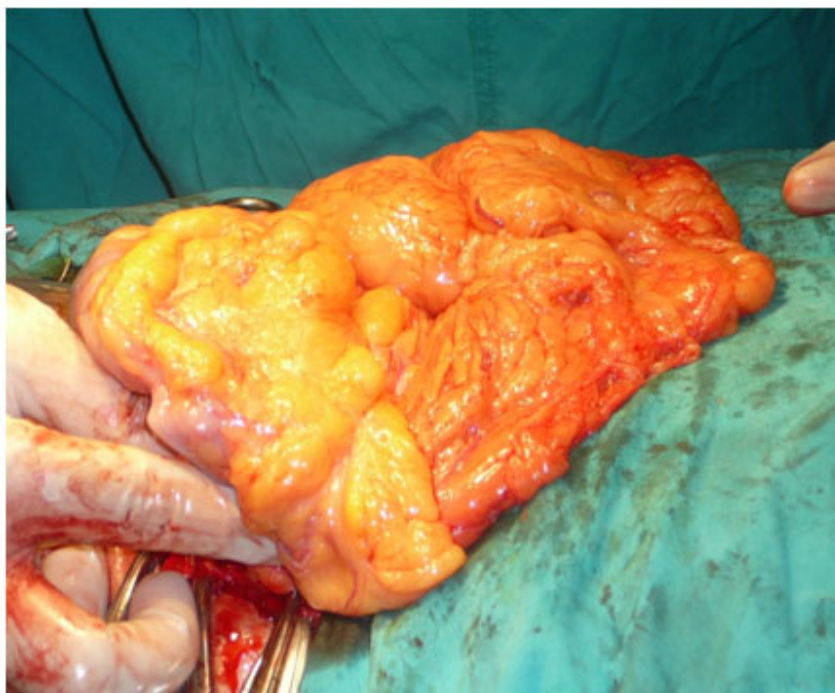


Figura. 3 Transoperatorio, contenido del saco herniario (epiplón y colon sigmoides).

COMENTARIOS

Se consideran indicaciones para realizar el neumoperitoneo: pared abdominal tensa y rígida, grandes eventraciones superiores a 10 cm, grandes sacos irreductibles o con un volumen superior a 10 l. Indicaciones relativas son: grandes hernias recidivadas, con mallas infectadas o intoleradas que hay que retirar, donde no es aconsejable utilizar prótesis. Está contraindicado en pacientes de edad avanzada o con enfermedades descompensadas, eventraciones múltiples o riesgo elevado de complicación intestinal, hidatidosis abdominal o torácica, aparición de disnea, o lesiones cutáneas con signos de isquemia. Para la realización del neumoperitoneo se ha utilizado entre otros medios, una aguja de punción lumbar, aguja de *Verres*, catéter de *Tenckoff*.^{1,2}

Se inyecta progresivamente desde unos 500 a 2000 mL de gas. Se pueden practicar controles radiológicos tras las sesiones. Complicaciones descritas: enfisema subcutáneo, introducción del gas en el colon. El total introducido es variable según los pacientes y autores: 4,5 a 18,5 l y hasta 23 l; el número de sesiones entre 14 y 20 y el tiempo empleado descrito varía de 3 a 100 días.²

CONCLUSIONES

El neumoperitoneo preoperatorio progresivo es una técnica útil que evita la aparición de complicaciones pos-operatorias bien descritas en la reparación de las grandes

hernias abdominales e inguinales; este tipo de hernias no es frecuente en nuestra población ya que en raros casos llegan a este estadio, teniendo en cuenta el trabajo de dispensarización que se realiza por la Atención Primaria de Salud y posteriormente el tratamiento en la Atención Secundaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez M, Quijano OF, Padilla Longoría R, Hesiquio SR, Álvarez CO, Medina RO. Catéter de doble luz para neumoperitoneo en hernias gigantes. Informe de cuatro pacientes. *Cir Gen.* 2002; 24: 313-8.
2. Ponzio S, Tramontano R, Ambu W, Malandrino G, Fraccalini M. Proposal for the use of preoperative pneumoperitoneum in the treatment of large bilateral inguinal-scrotal hernias. *Ann Chir.* 1998; 53:281-3.
3. Correa AR, Canals RPP, Mederos CON, Reselló FJR, Esperón NR, Mustafá GLR. Reparación de hernias incisionales grandes con malla supraaponeurótica. *Rev Cub Cir.* 2002; 41: 156-63.
4. Mayagoitia GJC, Cisneros MHA, Suárez FD. Hernioplastia de pared abdominal con técnica de Rives. *Cir Gen.* 2003; 25: 19-24.
5. Martínez L, Cozar JM, Carcamo P. y cols. Hernia inguinoescrotal gigante. *Arch Esp Urol.* 1990; 43: 900.
6. Modolin M, Mitre AI, Da Silva JC, Cintra W, Quagliano AP, Arap S, Ferreira MC. Surgical treatment of lymphedema of the penis and scrotum. *Clinics.* 2008; 61(4):289.
7. Shizukuishi T, Abe K, Takahashi M, *et al.* Inguinal bladder hernia: multi-planar reformation and 3rd reconstruction computed tomography images useful for diagnosis. *Nephrol.* 2009; 14: 263.
8. Escudero JU, Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez F, *et al.* Inguinoscrotal bladder hernias. *Arch Esp Urol.* 2007; 60: 231-6.
9. Herszage L. Abordaje de las eventraciones de pared. En: *Hernias de la pared abdominal. Tratamiento actual de Mayagoitia.* México: McGraw-Hill; 2008; 80:35-48.
10. Laporte E, Semeraro C, Vicens C, Armengol M. Reparación de la hernia inguinal por vía laparoscópica. Descripción técnica y resultados preliminares en 159 pacientes controlados durante 1 año. *Cir Esp.* 2007; 59: 287-291.

Recibido: 14 de septiembre de 2012.

Aprobado: 20 de diciembre de 2012.