

REPARACIÓN ABIERTA DE UNA HERNIA UMBILICAL ENCARCELADA EN UNA PACIENTE CON OBESIDAD

Marco Antonio Jiménez-Rodríguez, Jorge Aurelio Gutiérrez-González, Rafael Fernández-Treviño, Gerardo Enrique Muñoz-Maldonado.

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", UANL

Introducción

La hernia umbilical (HU) es un problema quirúrgico bastante común, cerca del 10% de todas las hernias primarias comprenden a hernias umbilicales y epigástricas [1]. En general, las HU son más comunes en mujeres; sin embargo, existen series que reportan mayor frecuencia en varones [2]. La HU se asocia a una alta morbilidad y mortalidad debido a mayor riesgo de encarcelamiento y estrangulación [3]. La clasificación de la Sociedad Europea de Hernia para las hernias primarias de la pared abdominal define a la HU como un defecto de la línea media que va desde 3 cm por encima hasta 3 cm por debajo del ombligo [4]. Los factores predisponentes son obesidad, embarazos múltiples, ascitis y tumores abdominales [5]. El contenido del saco herniario puede ser tejido graso preperitoneal, epiplón e intestino delgado o grueso en rara vez, o una combinación de estos [6]. El cuello de la hernia umbilical suele ser estrecho en comparación con el tamaño de la masa herniada, por lo que la estrangulación es común [3].

Objetivo

Describir la reparación de una hernia umbilical mediante la técnica de Rives-Stoppa.

Caso Clínico

Femenina de 63 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y obesidad grado III. Acude a consulta por presentar hernia umbilical de 11 años de evolución, que nunca ha sido tratada. A la exploración afebril, hemodinámicamente estable, con un abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, presentando una hernia umbilical de aproximadamente 15 x 15 cm, con cambios en la coloración en piel y ulceración, con tejido de granulación en el fondo de la ulcera, no se logra palpar anillo herniario. Por lo anterior se programa para plastia umbilical abierta con malla. El abordaje quirúrgico se realizó con una incisión en huso horizontal para retirar la piel dañada, se disecó cuidadosamente el saco herniario con un tamaño del defecto de aproximadamente 8 x 8 cm, se abrió el saco herniario y se identificó en su interior el colon, apéndice cecal, curvatura mayor del estómago, íleon terminal, epiplón y múltiples adherencias asa-asa, asa-pared, se realizó adherenciólisis y omentectomía, se hizo reducción del contenido herniado, se colocó una malla doble capa preperitoneal "sublay", se colocó un drenaje cerrado y se afrontó tejido celular subcutáneo, se cerró piel con puntos separados. En su post operatorio, la paciente mostró adecuada evolución clínica, manteniéndose afebril, hemodinámicamente estable, diuresis a 0.6 ml/kg/hr, sin datos de aumento en la presión abdominal, el drenaje con gasto de 80 ml de características serosas en 24 horas, peristalsis presente y evacuando a las 24 horas, se egreso tras 3 días de vigilancia y se continuó su seguimiento por la consulta externa.



Imágenes trans operatorias

Discusión

La hernia umbilical es un padecimiento común. El método de reparación óptimo con mejores resultados es discutible. Existen estudios que comparan las diferentes técnicas de reparación, sin embargo, la evidencia recopilada se considera débil y lo ideal es individualizar cada caso. Hasta la fecha no se ha publicado ninguna guía sobre el tratamiento de las hernias umbilicales que aborde específicamente tanto las técnicas abiertas y laparoscópicas [7]. El uso de malla en hernias disminuye el riesgo de recurrencia en comparación con la plastia [8], además hay menor dolor post operatorio y complicaciones [9]. El abordaje quirúrgico y las reparaciones de emergencia para una hernia umbilical estrangulada/encarcelada difiere del abordaje y reparación de una hernia en condiciones óptimas y un campo quirúrgico limpio. En el caso de nuestra paciente se decidió realizar un abordaje abierto con la colocación de la malla preperitoneal por detrás de los músculos rectos del abdomen y por arriba de la fascia posterior, conocida como reparación de Rives-Stoppa. Ubicar la malla por debajo de la fascia y preperitoneal se asocia con menos riesgo de recurrencia, seroma e infección de la herida quirúrgica [10].

Conclusión

La HU es bastante común por lo cual se debe de estar familiarizado con las técnicas y opciones de reparación, también tener presente ventajas y desventajas que implican la ubicación de la malla. Es importante individualizar cada caso y ofrecer un tratamiento oportuno con el fin de disminuir complicaciones.

Referencias

- [1] Klinge U, et al. *Der Chirurg*. 68, 293-303 (1997).
- [2] Kulacoglu H, et al. *Hernia*. 16, 163-70 (2012).
- [3] Kulaçoğlu H. *Turkish J Surg*. 31, 157-61 (2015).
- [4] Muysoms FE, et al. *Hernia*. 13, 407-14 (2009).
- [5] Salameh JR. *Surg Clin North Am*. 88, 45-60 (2008).
- [6] Martis JJS, et al. *Indian J Surg*. 73, 455-7 (2011).
- [7] Henriksen NA, et al. *Br J Surg*. 107, 171-90 (2020).
- [8] Bisgaard T, et al. *Scand J Surg*. 108, 187-93 (2019).
- [9] Kaufmann R, et al. 391, 860-9 (2018).
- [10] Holihan JL, et al. *World J Surg*. 40, 89-99 (2016).



Imágenes pre y postoperatorias