

Tratamiento quirúrgico de una hernia inguinal gigante reproducida después de una plastia de Lichtenstein. Presentación de un caso

Surgical treatment of a giant inguinal hernia, reproduced after a Lichtenstein hernioplasty. Presentation of a case

Pedro Antonio Casanova Pérez

Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La hernia inguinal es la enfermedad quirúrgica más tratada de forma electiva en muchos centros de salud, la complejidad de su tratamiento varía en dependencia de varios factores, dentro de estos el tamaño de la hernia y la anatomía local deformada son de los más influyentes. El uso de las prótesis simplificó su tratamiento, pero se deben cumplir principios quirúrgicos establecidos pues la recurrencia luego de la colocación de una prótesis distorsiona aun más la anatomía. Se presenta el caso de un paciente masculino de 78 años de edad, de raza blanca, intervenido de urgencia por hernia inguinal primaria atascada, donde se le realizó una plastia tipo Lichtenstein. Dos años después acude a consulta portando una hernia inguinal reproducida que rebasa el tercio distal del muslo, se prepara para la operación y se le realiza una plastia por vía posterior tipo Stoppa, la evolución postoperatoria fue favorable y a los seis años de operado se encuentra libre de la enfermedad.

Palabras clave: hernia inguinal, atascada, técnica quirúrgica, prótesis, plastia tipo Lichtenstein reproducida.

ABSTRACT

The inguinal hernia is the surgical disease most treated in an elective way in many health care institutions. Its treatment difficulty changes in dependence on several

factors; the hernia size and the deformed local anatomy are the most important of them. The usage of prosthesis simplified its treatment, but there are established surgical principles that have to be fulfilled, because the recurrence after placing prosthesis distorts the anatomy even more. We present the case of a white male patient aged 78 years old, surgically treated in emergency by an obstructed primary inguinal hernia. It was used the Lichtenstein technique. Two years later he assisted to the consultation presenting a reproduced inguinal hernia exceeding the distal third of the thigh. He was prepared for the surgery and was operated by the posterior port using the Stoppa type surgery. The post surgery evolution was favorable, and after six year of the surgery he is free of the disease.

Key words:inguinal hernia, obstructed hernia, surgical technique, prosthesis, reproduced Lichtenstein hernioplasty.

INTRODUCCIÓN

Varias son las técnicas empleadas para el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, en los últimos años las plastias con material protésico se han impuesto por sus buenos resultados, dentro de estas destaca la del parche anterior de Lichtenstein como la más difundida. Esta técnica es de fácil realización, se puede realizar con anestesia local y sus resultados son superiores a otras técnicas. ^(1,2)

Estas ventajas pueden malograr los resultados sino se tienen en cuenta principios técnicos, donde es vital las dimensiones de la malla, así como su colocación. En la era de las hernioplastias el material protésico forma parte de la técnica quirúrgica y por tanto se debe tener un amplio conocimiento sobre estas antes de colocarlas.

En el presente caso, se violó el principio del tamaño de la prótesis y los resultados fueron malos.

Con la publicación del presente caso se muestra cuál puede ser la consecuencia de sobreestimar el uso de mallas, reflexionar de cómo evitarlo y exponer una de las técnicas para solucionar el problema.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 78 años de edad, de raza blanca, hipertenso, con enfermedad cutánea tipo vitíligo que acude a los servicios de urgencia por cuadro agudo de oclusión intestinal de causa herniaria, en ese momento se le realizó una hernioplastia por abordaje anterior colocando un parche de polipropileno, dos años después (2005) acude a consulta por tumoración inguinal derecha reductible que rebasaba el tercio distal del muslo, se interpretó como una hernia inguinal gigante reproducida. En la preparación preoperatoria sus complementarios dan en parámetros normales.

Examen físico:

Mucosas: húmedas y normo coloreadas.

TCS: no infiltrado.

Sistema respiratorio: tórax normo configurado con buena expansión, murmullo vesicular normal no se auscultan estertores. Frecuencia respiratoria de 20 x min.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, no se auscultan soplos. TAS= 130 mmHg TAD =90 mmHg, FC= 88 x min.

Abdomen: adiposo con manchas hipopigmentadas, cicatriz transversa en región inguinal derecha, en dicha región se observa gran tumoración que ocupa toda la región y alcanza el tercio distal del muslo, reductible de forma parcial al decúbito y con maniobra de taxis de forma total, incoercible. En la región inguinal se palpa una destrucción total de la pared posterior.

Las figuras 1 y 2, que a continuación se exponen, muestran las vistas anterior y lateral de la región inguino - abdominal del paciente.



Fuente: Banco de imágenes servicio de cirugía general

Fig.1. Vista anterior



Fuente: Banco de imágenes servicio de cirugía general

Fig.2. Vista Lateral

Técnica quirúrgica: (Pasos principales)

1. Cefazolina 2gr i.v. 30 minutos antes de inducción anestésica.
2. Anestesia espinal.
3. Preparación del campo operatorio.
4. Incisión arciforme abdominal baja.
5. Abordaje del preperitoneo.
6. Se logró por disección roma rodear el gran saco herniario.
7. Se separan los elementos del cordón espermático con dificultad.
8. En el lado contra lateral se encuentra hernia indirecta inadvertida.
9. Se coloca una malla en delantal tipo Stoppa.
10. Se deja drenaje aspirativo.

El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta a los cinco días y seguido en consulta a los treinta días y anual durante seis años.

En la actualidad está libre de recurrencia, no presenta síntomas en región inguinal y el testículo es en apariencia normal.

Comentario

Lo excepcional del presente caso no es el tamaño de la hernia, pues muchos cirujanos han operado hernias aún mayores, lo es en sí el haber sido reparada previamente mediante una técnica protésica, técnicas que dentro de sus ventajas tienen la seguridad que crea en el cirujano y es precisamente en esta ventaja que consideramos la debilidad de esta técnica pues puede inducir que la simple colocación de una malla nos libera de la temida recurrencia y así descuidar algunos aspectos técnicos y de la prótesis que son en sí la real protección contra esta complicación.

Se abordarán dos de ellos:

Las dimensiones de la malla: Este aspecto se subvalora en no pocas ocasiones, es cierto que otras técnicas como las laparoscopias usan fragmentos de mallas pequeños, pero el parche anterior de Lichtenstein necesita de dimensiones (15 x 7.5 cm). Pudiera parecer que es excesivo, pero los buenos resultados publicados que han hecho convertirla en el *gold standart* de las técnicas protésicas han sido

con mallas de estas dimensiones, en la experiencia del autor en más de 400 hernioplastias con esta técnica es que rara vez ha tenido que reducir la malla, por lo tanto la dimensión de la prótesis no debe ser violada si se pretende tener resultados como los que otros autores publican. En este paciente se violó este principio, antes de conocer las correcciones recomendadas por Lichtenstein a su técnica en el año 1987, y las consecuencias fueron evidentes. ⁽³⁻⁵⁾

Colocación de la malla: En este aspecto se abordan dos puntos claves. Primero que la malla rebasa la espina púbrica en 1.5- 2 cm y segundo que cubra por encima del cordón de 5-7 cm.

Para seleccionar el método de reparación se tuvo en cuenta el haber colocado previamente una malla por vía anterior, lo que podría haber creado dificultades técnicas y por otro lado, el estar familiarizado con la técnica de Stoppa lo que inclinó a los autores a esta opción. La técnica seleccionada es considerada por muchos autores como una buena opción en situaciones como la de nuestro paciente. ⁽⁶⁻⁸⁾

Se destaca que en el acto quirúrgico el punto más difícil fue al separar los elementos del cordón espermático, lo que fue laborioso el resto de la operación fue de forma habitual. El tiempo quirúrgico fue de dos horas y veinte minutos.

Los autores comparten el criterio de otros autores sobre el uso sistemático de antibiótico profiláctico en la colocación de prótesis y más aun en pacientes con hernias complejas como el presentado. ⁽⁹⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pol Herrera PG, López Rodríguez PR, León González O, Caiñas Román J, Cruz García N, Pando Santos A, et al. Cirugía de la hernia inguinal en la tercera edad: ambulatoria y con hospitalización corta. Rev Cubana Cir [Internet]. 2011 Mar [citado 2011 Jul 29]; 50(1): 73-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932011000100006&lng=es
2. Enríquez Weinmann ES, Roselló Fina JR, Canals Rabassa PP, Mederos Curbelo ON, Morejón Pozo C. Reparación protésica de hernias inguinales con técnica de Lichtenstein. Rev Cubana Cir [Internet]. 2003 Mar [citado 2011 Jul 29]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932003000100005&lng=es
3. Amid PK. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. Hernia [Internet]. 2003 [citado 2012 Jul 19]; 7: 13-6. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10029-002-0088-7?LI=true>
4. Fernández García A, Fernández Pascual C, Santoyo Gil López F. Reconstruction in penile and scrotal lymphedema secondary to bilateral giant inguinal hernia. Cir Plást Iberolatinoam [Internet]. 2009 Dic [citado 2012 Sep 26]; 35(4): 311-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000400008&lng=es.

5. VM Francisco, UP Fernando, CV Claudio, FC Paulina, FE Orlando, VH Pamela. Hernia inguinal: Conceptos actuales. Cuad Cir [Internet]. 2007 [citado 2012 oct 26]; 21(1): 43-51. Disponible en: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642007000100007&script=sci_arttext&tlng=es
6. Woods B, Neumayer L. Open Repair of Inguinal Hernia: An Evidence-Based Review. Surg Clin N Am. 2008; 88(1):139–55. Citado en PubMed; PMID: 18267167.
7. Bauer J, Harris M, Gorfine S, Kreel I. Rives-Stoppa procedure for repair of large incisional hernias: experience with 57 patients. Hernia. 2002; 6(3):120-3. Citado en PubMed; PMID: 12209300.
8. Ryan C, Fields Brent D. Matthews. Hernias. En: The Washington Manual of Surgery. 5th ed. Williams & Wilkins: St. Louis, Missouri; 2008. p. 442-52.
9. Sanabria A, Dominguez LC, Faldivieso E. Prophylactic antibiotics for mesh inguinal hernioplasty: a meta-analysis. Ann Surg. 2007; 245(3):392–6. Citado en PubMed; PMID: 17435546.

Recibido: 25 de enero de 2013.

Aprobado: 16 de febrero de 2013.

Pedro Antonio Casanova Pérez. Hospital Militar Docente “Dr. Mario Muñoz Monroy”. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: bibliotecahm.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Antonio Casanova Pérez P. Tratamiento quirúrgico de una hernia inguinal gigante reproducida después de una plastia de Lichtenstein. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema10.htm>