

Multimed 2017; 21(4)

JULIO-AGOSTO

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
HOSPITAL NACIONAL BLAISE CAMPAORE MISION MÉDICA
CUBANA. BURKINA FASO**

Hernia umbilical gigante y vientre péndulo.

Presentación de un caso

Giant umbilical hernia and pendulum belly. Presentation of a case

MsC. Urg. Med. Ciro Braulio Estrada García.

Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Las deformidades de la pared abdominal son frecuentes en Burkina Faso por lo que constituyen motivo de consulta de los pacientes que la padecen en los servicios Cirugía General. Estas causan serios trastornos estéticos, funcionales y psicológicos en los mismos. La asociación de procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de las hernias abdominales asociadas con el vientre péndulo data de la época de la década de los años 1970 la que ha tenido seguidores y ha demostrado resultados satisfactorios, al comprobar que se evitan complicaciones y al facilitar el campo operatorio al cirujano a la hora de hacer la hernioplastia. Se presenta un caso de un paciente que padece una hernia umbilical gigante asociada con vientre péndulo.

Palabras clave: hernia umbilical, pared abdominal

ABSTRACT

Abdominal wall deformities are frequent in Burkina Faso and are a reason for consultation of patients who suffer from it in the General Surgery services. These cause serious aesthetic, functional and psychological disorders in them. The

association of surgical procedures for the treatment of abdominal hernias associated with the pendulum belly dates back to the 1970s, which has had followers and has shown satisfactory results, when checking that complications are avoided and when facilitating the operative field to the surgeon when doing a hernioplasty. We present a case of a patient suffering from a giant umbilical hernia associated with pendulous belly.

Key words: umbilical hernia, abdominal wall

INTRODUCCION

El abdomen es una gran cavidad cuyos linderos anatómicos son poco precisos; sin embargo, para el entendimiento clínico las líneas o planos limítrofes no resultan vagos, de manera que permiten utilizar un lenguaje práctico para expresar tanto su normalidad como su anormalidad. ¹

Las deformidades de la pared abdominal son frecuentes en Burkina Faso por lo que constituyen motivo de consulta de los pacientes que la padecen en los servicios Cirugía General. Estas causan serios trastornos estéticos, funcionales y psicológicos en los mismos.

Las descripciones de la forma corporal o de la pared abdominal pueden resultar de utilidad para la categorización de los pacientes, en términos generales tiene una aplicación clínica limitada. Hasta el momento no se cuenta con un esquema universal para la clasificación de las deformidades abdominales, aunque muchos cirujanos coinciden en que la pared abdominal debe ser vista en término de los elementos que la componen: grasa, piel y músculos. Se puede deducir que la tétrada deformante de la pared abdominal está constituida por la obesidad, distensión intestinal, la gravitación y la diastasis muscular.²

Existen múltiples factores que causan enfermedades y procesos que alteran el balance fisiológico del organismo, los cuales también pueden alterar la forma del abdomen hasta que lo convierta en desagradable para la persona, cause dificultades para la higiene corporal normal o para el desarrollo de otros tipos de actividades; por lo tanto la idea de reconstruir las deformidades de los tejidos, corregir las distorsiones corporales congénitas o adquiridas, así como el deseo de mejorar los defectos de la forma humana, con posibilidad de estabilizar la integridad emocional y social del individuo, probablemente sean tan antiguas como las civilizaciones. ³

Las combinaciones de abdominoplastia y otras cirugías se han elogiado y criticado simultáneamente y así encontramos quienes son fieles defensores y exageran su indicación y otros que son detractores radicales. ²⁻⁴

Las asociaciones quirúrgicas de gran amplitud surgieron en la década de los años 70 con mejoría de las condiciones técnicas e instrumentales y del propio conocimiento médico, posibilitaron someter a los pacientes a procedimientos quirúrgicos más prolongados sin riesgos considerables. ⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años de edad que acudió a consulta de cirugía general por presentar una gran tumoración de la pared abdominal, la que según refirió la tenía desde la infancia, lo que le provocaba dolor, dificultad para los movimientos así como para el aseo personal y problemas estéticos. Figura 1



Fig. 1. Tumoración en pared abdominal.

EXAMEN FÍSICO

Abdomen globuloso péndulo-asimétrico, irregular, piel con ulceraciones se palpa gran tumor doloroso que no sopla ni late percusión normal a nivel umbilical gran anillo de más o menos 20 centímetros de diámetro que facilitaba la reducción del tumor.

COMPLEMENTARIOS

Hemoglobina: 113 g/l

Glicemia: 5.2 mmol/l

Creatinina: 96 mmol/l

Coagulograma dentro de parámetros normales

Tomografía axial computarizada de abdomen: Se observa a nivel umbilical protrusión de vísceras a través de anillo de más o menos 20 centímetros de diámetro, sin otras alteraciones.

Eventración de vísceras a través de la pared abdominal.

Diagnóstico: hernia umbilical gigante con vientre péndulo.

Conducta: se realizó intervención quirúrgica consistente en hernioplastia umbilical con colocación de malla quirúrgica asociada con abdominoplastia.

Para la realización de este proceder se hospitalizó el paciente el día antes de la intervención quirúrgica en la sala de cirugía realizando la planificación de la intervención según la técnica quirúrgica de Schepelmann o sea la realización de la cicatriz de forma horizontal para conservar el ombligo.

En el acto quirúrgico después de ser anestesiado el paciente con anestesia general orotraqueal, se realizaron las medidas de asepsia y antisepsia se colocaron paños de campo y se procedió a realizar las incisiones correspondientes según las líneas pretrazadas en la planificación de la intervención desinsertando el ombligo y luego decolando el colgajo dermograso hasta llegar al saco herniario. Figura 2



Fig. 2. Inicio del acto quirúrgico.

Se procedió a la realización de la hernioplastia umbilical, para ello se incidió el saco herniario hasta el peritoneo, se procedió a cerrarlo con sutura de Vicryl® 0 luego se colocó malla quirúrgica entre el peritoneo parietal y la aponeurosis del músculo recto abdominal en esa zona. Figura 3

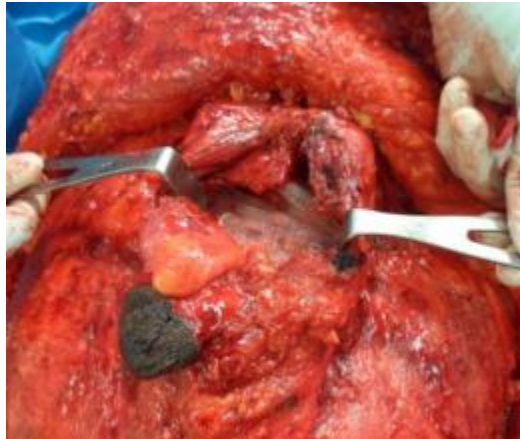


Fig. 3. Realización de la hernioplastia umbilical.

Se procedió a cerrar por planos con sutura Vicryl® 1 y a la realización de plicatura del músculo recto abdominal con sutura Nylon® 1, se eliminó el exceso de piel y tejido graso y se reimplantó el ombligo, se dieron puntos de anclaje en la cicatriz resultante y se procedió a suturar la misma con Nylon® 3/0 se dejaron drenajes a presión negativa. Figura 4.



Fig. 4. Cierre por planos y drenajes.

El paciente se mantuvo hospitalizado por 72 horas los drenajes se retiraron a las 48 horas momento en el que se colocó faja restrictiva abdominal. Se siguió por consulta externa durante un mes de forma semanal con una evolución satisfactoria y sin presentar ninguna complicación. Figura 5



Fig. 5. Imagen posoperatoria al mes de la intervención quirúrgica.

DISCUSION

La asociación de las técnicas quirúrgicas de abdominoplastia y hernioplastia en este paciente tuvo buenos resultados tanto desde el punto de vista estético como funcional, además de facilitar el proceder quirúrgico de la hernioplastia al proporcionarle un gran campo operatorio al cirujano, además de evitar complicaciones como seromas y hematomas y la más temida que es la recidiva de la hernia.^{6, 7}

Este proceder quirúrgico de combinación de ambas técnicas es el primero realizado en este hospital y pudimos aplicar el tratamiento indicado y restablecer su salud desde el punto de vista funcional y estético,⁸ encontrándose muy satisfecho con nuestro actuar y con la buena evolución que ha tenido, pues de no haber sido así pudiera tener otras complicaciones que pudieran afectar su salud y economía individual por tratarse de un país donde todo servicio de salud es muy costoso, autofinanciado por el enfermo, quien además no tiene suficiente solvencia económica para enfrentarlo. Nuestra formación, conciencia y sentido humanista siempre debe estar presente ante cualquier paciente que lo necesite y la mayor gratitud es estar propiamente satisfechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinilla González R. Hernia Incisional. Revisión Estadística. Rev Cubana Cir. 1986; 25(6): 652-60.
2. George C D, Ellis H. The results of incisional hernia repair: Twelve years review.

Ann R Coll Surg Engl [Internet].1987 [citado 14 May 2013]; 69(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2498419/>.

3. González Ulloa M. Las deformidades abdominales (Técnica Integral de Tratamiento). t2. En: Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. La Habana: Pueblo y Educación; [s.a.]. p. 1049-56.
4. Martínez Valls JF. Fisiopatología y tratamiento de la obesidad. Medicine. 1993 ; 6(36) : 1549-60.
5. Rivolan F. Cure D ´eventration par voie de dermolipectomie a propos de 60 cas. Lyon Chir. 1993; 89(6):38-42.
6. Hernias Abdominales. En: Cirugía. t3. La Habana: Pueblo y Educación; 2008.p.73-7.
7. Carreirao S. Treatment of abdominal wall eventrations associate with abdominoplasty techniques. Aesth Plast Surg. 1984 ; 8: 173-9.
8. Chevrel J P, Flament JB. Les éventrations de la paroi abdominale. Paris : Rapport du 92 Congrès Fracais de Chirurgie; 1990. p. 125.

Recibido : 23 de mayo de 2017.

Aprobado : 20 de junio de 2017.

Ciro Braulio Estrada García. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. Email: cbestrada@infomed.sld.cu