



**Gran hernia incisional
sintomática posnefrectomía: ¿qué
hacer? Caso clínico**

**Large symptomatic incisional
hernia post nephrectomy, what to
do? Clinical case**

10.20960/rhh.00471

10/11/2021

Gran hernia incisional sintomática posnefrectomía: ¿qué hacer?

Caso clínico

Large symptomatic incisional hernia post nephrectomy, what to do? Clinical case

Manuel Grez Ibáñez¹, Fernando López Banda¹, Carla Canales Vergara²

¹Servicio de Cirugía. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó, Maule (Chile). ²Facultad de Medicina. Universidad de Talca. Talca (Chile)

Autor para correspondencia: Manuel Grez Ibáñez. Servicio de Cirugía. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Av. San Martín. Curicó, Maule (Chile)
Correo electrónico: magrezster@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La hernia incisional se define como cualquier defecto de la pared abdominal, con o sin aumento de volumen, en el área de una cicatriz posoperatoria. Las hernias incisionales posnefrectomía abierta son raras. El manejo óptimo de esta entidad es aún un problema no resuelto y su tratamiento, un reto profesional.

Caso clínico: Mujer de 42 años con gran hernia incisional sintomática derecha posnefrectomía abierta realizada hace tres años, estudiada y controlada con TAC de abdomen sin contraste pre- y posoperatorio, a la que se realizó hernioplastia con doble malla y conservación del saco.

Discusión: Consideramos que la técnica realizada es apropiada para eliminar la hernia y fortalecer la pared abdominal e indicada en grandes hernias incisionales posnefrectomías abiertas. Debe concienciarse a los urólogos sobre la importancia de la prevención de esta hernia incisional con la utilización de técnicas y de materiales quirúrgicos adecuados para la laparotomía.

Palabras claves: Hernia incisional, nefrectomía abierta, técnica de Mayo, técnica de doble malla, doble reparación protésica.

ABSTRACT

Introduction: Incisional hernia is defined as any defect in the abdominal wall, with or without an increase in volume, in the area of a postoperative scar. Incisional hernias after open nephrectomy are rare. The optimal treatment of this entity is still an unsolved problem, and its treatment is a professional challenge.

Clinical case: A 42-year-old woman with a large symptomatic right incisional hernia after open nephrectomy performed 3 years ago, studied and controlled with abdominal CT without contrast before and after surgery, in which hernioplasty with double mesh and preservation of the sac was performed.

Discussion: We consider that the technique performed is appropriate to eliminate the hernia and strengthen the abdominal wall, indicated in large incisional hernias after open postnephrectomies. Urologists should be aware of the prevention of this incisional hernia, using techniques and surgical materials suitable for laparotomy.

Keywords: Incisional hernia, open nephrectomy, Mayo technic, double mesh, double prosthetic repair.

INTRODUCCIÓN

La hernia incisional se define como cualquier defecto de la pared abdominal, con o sin aumento de volumen, en el área de una cicatriz posoperatoria, perceptible o palpable en un examen clínico y de imagen. Se clasifica en función de su localización, tamaño, recurrencia, de la situación respecto al anillo y de sus síntomas. Esta es una complicación frecuente de la cirugía abdominal y una importante fuente de

morbilidad. Las hernias incisionales posnecrectomía abierta son raras. El manejo óptimo de esta entidad es aún un problema no resuelto¹, y el tratamiento de las hernias incisionales complejas, un reto profesional² cuya recurrencia es común³.

La nefrectomía total abierta es la intervención quirúrgica urológica mediante la que se extrae el riñón para acceder al espacio retroperitoneal a través de una lumbotomía. Se aborda la piel en forma oblicua-transversa, resecando la doceava costilla, la fascia de Gerota y los músculos oblicuo y transversos. Como una complicación posoperatoria tardía, puede presentarse una hernia incisional provocada por un urólogo, y es el cirujano general quien debe resolverla, motivo por el que deberá estar capacitado en las técnicas para corregirlas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, obesa mórbida, con IMC de 41.4, con una colecistectomía antigua por laparoscopia y a la que hace tres años se le realizó una nefrectomía total derecha por nefrolitiasis coraliforme. A los tres meses después de la intervención, notó la aparición de una hernia incisional con crecimiento progresivo a lo largo de toda la antigua incisión. Un año después, por molestias secundarias a su hernia, consultó en nuestro servicio de urgencia, desde donde se la derivó al policlínico para la cirugía.

Hace un año y medio se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y de pelvis con contraste, que mostró un gran saco herniario con un anillo de 16.23 × 12.49 cm (fig. 1) y un diámetro de 159.12 cm², según la fórmula de Chevrel ($\text{ancho}/2 \times \text{largo}/2 \times 3.14 = X$)⁴. Se le indicó bajar de peso y logró, a pesar de seguir obesa, un IMC de 33.9.

Su cirugía herniaria debió postergarse debido a la pandemia de la COVID-19. Como presentaba dolores constantes en la pared, dado su progresivo aumento, distensión y adelgazamiento, junto a una

importante invalidez funcional (debía permanecer acostada a pesar del uso de una faja elástica abdominal), se le ofreció cirugía electiva de forma prioritaria.

Se fotografió su gran hernia antes de la cirugía (fig. 2). Hace dos meses se le realizó una intervención quirúrgica, con la paciente en posición de lumbotomía izquierda, con una duración de 1 hora y 45 minutos, con escasas pérdidas hemáticas y sin incidentes. Se resecó el queloide de 15 cm de largo de la nefrectomía anterior y se disecó el saco herniario fibroso, amplio y delgado, pero sin resecarlo, para continuar con la separación del celular hasta el noveno espacio intercostal por la parte superior, sobre la cresta ilíaca por debajo, hasta la línea media abdominal sobre los rectos por la parte anterior y hasta la columna vertebral por la posterior.

El saco herniario se abrió transversalmente en la parte medial hasta sus bordes. Se insertó una malla de Prolene® de poro fino sobre el hemicolgajo superior del saco y se fijó en la parte inferointerna del anillo, sobre la cresta ilíaca, con puntos de nailon n.º 1 transfixiantes (fig. 3). A continuación, el hemicolgajo inferior se fijó en la parte superior del anillo, sobre la malla anteriormente insertada, con puntos de nailon n.º 1 transfixiantes. Posteriormente, se reforzó con la colocación de una segunda malla desde la cresta ilíaca hasta los arcos costales inferiores, se fijó a los bordes con puntos de nailon n.º 1 y se dejaron dos tubos de drenaje de hemosuc, que se extrajeron por contrabertura (fig. 4). Permaneció hospitalizada durante dos días con antibioticoterapia y faja elástica. Se indicó su alta en buenas condiciones.

Se controló de forma ambulatoria un mes después con imágenes de TAC abdominal sin contraste, que mostraron, en la región de hernioplastia lumbar derecha, ausencia de recidiva herniaria, con importante refuerzo y engrosamiento de la pared en las cuatro capas (hemisaco preperitoneal, malla interhemisaco, hemisaco externo y malla supraaponeurótica) (fig. 5).

DISCUSIÓN

Las hernias de la pared abdominal lateral son defectos raros y, debido a su localización, la reparación es difícil, por lo que la recurrencia es común. La mayoría es de carácter iatrogénico o provocada por traumatismos. Ocurren en el 1-4 % frente al 14-19 % de las hernias incisionales de la línea media⁵. La presentación de hernias incisionales posnefrectomía es rara y pueden progresar a hernias de gran tamaño asociadas a morbilidad significativa, hasta llegar, en casos extremos, al atascamiento y a la estrangulación. Se espera que con la técnica laparoscópica vayan disminuyendo⁶.

Debe considerarse que, en el manejo de las hernias lumbares posnefrectomía abierta, la cirugía urológica originó la mayoría de estas. Las de la región lumbar tienen características especiales inherentes a la región en la que se encuentran: límites laterales musculares en vez de aponeuróticos francos, límites superior e inferior con estructuras óseas (costilla por arriba y cresta ilíaca por abajo) y rango de movilidad de la región muy amplio en sentido vertical: de 0 a 1 cm en flexión del tronco, de 7 a 9 cm al estar en reposo y entre 14 y hasta 20 cm en extensión máxima³.

Existen pocos estudios estandarizados y protocolizados sobre la reparación de estas hernias laterales. Presentan un gran desafío debido a su localización anatómica³. Aunque sí han sido reportados algunos casos clínicos de hernias incisionales posnefrectomía, estas son de incisiones intercostales, que no son técnicas utilizadas en nuestro centro.

Rosh reporta una hernia de una mujer entre la 11.^a y la 12.^a costilla del lado izquierdo, con atascamiento de colon resuelto mediante laparotomía⁷. Yamamoto reporta el caso de una mujer con hernia entre la 10.^a y la 11.^a costilla de una nefrectomía parcial, con prolapso colónico, reparada con malla⁸. Akinduro reporta un hombre entre la 11.^a

y la 12.^a costilla posnefrectomía derecha, con hernia con atascamiento de colon y compromiso vascular, lo que requirió laparotomía con hemicolectomía, ileostomía más fistula mucosa y herniorrafía⁹. Todos estos autores insisten en lo raro de la presentación de esta hernia y en que debe corregirse con prontitud.

En 1901, William J. Mayo describió su técnica chaleco sobre pantalón como cura radical para la hernia umbilical¹⁰, con plastias y superposición de los bordes aponeuróticos y luego con reforzamiento del saco herniario¹. Según él mismo describió, se realiza un primer solapamiento del borde superior del saco herniario al considerar que así queda una sutura con menor tensión¹⁰. Aunque actualmente la técnica de Mayo no se considera adecuada para resolver estos casos, validamos su técnica de solapamiento de los bordes.

Mayagoitia, uno de los cirujanos que más ha reportado sobre la hernioplastia con técnica de Rives; es decir, la resección del saco herniario con malla preperitoneal, informó en 2003 sobre cien pacientes operados con esa técnica, de los que 93 fueron incisionales y dos de ellos, posnefrectomía, con solo un 2 % de recidiva a los 22 meses de seguimiento, sin que estos casos estuvieran relacionados con estos últimos¹¹.

En 2008, el mismo autor reportó el manejo con la misma técnica y el seguimiento de doce pacientes con hernias lumbares, de los que ocho pacientes (la mayoría) fueron posnefrectomías, solo dos de ellas con hernias grandes: una con 254 cm² y otra con 176 cm² presentaron recidiva, aunque no se especifica si eran posnefrectomizados (12). En 2012, analizó la técnica de Rives en 218 casos, con 8 recidivas (el 3.6 %), con lo que mejoró el rendimiento de Rives-Stoppa comentado en el metaanálisis realizado por Awad, Blanc y cols., quienes reportaron una recidiva del 4.4 %; la más baja fue la técnica sándwich, con un 1.9 %¹³, término que, según Moreno-Egea, se presta a confusión².

Moreno-Egea, uno de los cirujanos que más ha estudiado la hernia lumbar, reporta que, en la comparación de la reparación laparoscópica frente a la abierta, la primera no tiene indicación en aquellas con un diámetro superior a los 15 cm, como sería el caso que presentamos⁶. Comenzó a reportar hernioplastias con técnicas de doble Mayo en eventraciones subcostales masivas¹³ y suprapúbicas junto a Carbonell-Tatay¹⁵, con muy buen rendimiento por su baja incidencia de recidiva. Describe los tres tipos de doble reparación protésica (DRP) en función del plano de reparación y revisa históricamente el uso de la doble malla en la reparación de la eventración, partiendo de Usler (en el año 1961) y analizando los resultados, con su morbilidad y la tasa de recurrencia de las técnicas con dos mallas usadas por diferentes autores.

La DRP podría indicarse en nuestro paciente al ser obeso mórbido y tener un diámetro superior a 15 cm. Se concluye que esta técnica cumple con los principios básicos fisiopatológicos y quirúrgicos de una operación segura y poco agresiva, que consigue una reparación integral y sólida de la pared abdominal asociada al cumplimiento definitivo cuando se realiza de forma correcta para eventraciones complejas de la pared².

Realizamos una hernioplastia con doble malla, según se ve en la figura 5, usando el borde superior del saco en la parte preperitoneal, con una primera malla por encima de él, con lo que se evita así en el futuro el contacto y la eventual lesión de la víscera hueca, que reemplaza a una "malla biológica". Luego, solapando el borde del saco inferior, se fija al borde superior del anillo y se refuerza posteriormente con una segunda malla supraaponeurótica, siguiendo así las sugerencias de Moreno-Egea en el uso de la DRP^{2,14,16}.

Las imágenes de la TAC control, tomadas al mes de su intervención, muestran la realización de una adecuada hernioplastia con técnica de DRP con corrección del anillo herniario, sin recidiva y con un engrosamiento de la pared lateral derecha (fig. 6).

CONCLUSIONES

La hernia incisional posnefrectomía abierta es un verdadero desafío para el cirujano. Debe concienciarse a los urólogos en su prevención para que se utilicen técnicas y materiales quirúrgicos adecuados para el cierre de esas laparotomías¹.

Creemos que la técnica de Mayo, con conservación y solapamiento del saco herniario, reforzada con doble malla protésica y sin tensión, como una variante de la DRP, sin la necesidad de fijar la malla a las estructuras óseas³, es una técnica de reparación y de fortalecimiento de la pared lateral simple, rápida y expedita en casos de grandes hernias incisionales de posnefrectomías abiertas.

Consideramos que deberían conocerse y valorarse tanto las antiguas técnicas de hernioplastias (Mayo y Rives-Stopppa) como las nuevas (DRP) para conseguir mejorar la calidad de vida de muchos pacientes relegados a una vida social muy reducida, lo que supone, finalmente, una gran satisfacción personal¹⁶, tal y como indica la máxima *priscas novissima exsultat, et amor*¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schulz M, Uherek F, Mejias P. Hernia incisional. Cuadernos de cirugía. 2003;1):103-11. DOI: 10.4206/cuad.cir.2003.v17n1-16
2. Moreno-Egea A, Latorre M. Actualización en la técnica de doble reparación protésica: experiencia personal y revisión de la literatura. Rev Hispanoam Hernia. 2019;7(4):144-50.
3. Katkhouda N, Alicuben ET, Pham V, Sandhu K, Samakar K, Bildzukewicz N, et al. Manejo de las hernias abdominales laterales. Hernia. 2020;24(2):353-8. DOI: 10.1007/s10029-020-02126-5
4. Mayagoitia GJC, Cisneros H, Álvarez R, Bernal R, Guillén JM. Manejo de las hernias lumbares de la pared abdominal. Seguimiento a mediano y largo plazo de sus resultados. Rev Cir Gen. 2008;30:197-203.

5. Kapur SK, Liu J, Baumann DP, Butler CE. Resultados quirúrgicos en la reconstrucción de la pared abdominal lateral: un análisis comparativo de las técnicas quirúrgicas. *J Am Coll Surg*. 2019;229(3):267-76. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2019.03.023
6. Moreno-Egea A, Alcaraz AC, Cuervo MC. Surgical options in lumbar hernia: laparoscopic versus open repair. A long-term prospective study: Laparoscopic versus open repair. A long-term prospective study. *Surg Innov*. 2013;20(4):331-44. DOI: 10.1177/1553350612458726
7. Rosch R, Junge K, Conze J, Krones CJ, Klinge U, Schumpelick V. Incisional intercostal hernia after a nephrectomy. *Hernia*. 2006;10(1):97-9. DOI: 10.1007/s10029-005-0023-9
8. Yamamoto T, Kurashima Y, Watanabe C, Ohata K, Hashiba R, Tanaka S, et al. Incisional intercostal hernia with prolapse of the colon after right partial nephrectomy. *Int Surg*. 2013;98(4):412-5. DOI: 10.9738/INTSURG-D-13-00002.1
9. Akinduro OO, Jones F, Turner J, Cason F, Clark C. Rare case of a strangulated intercostal flank hernia following open nephrectomy: A case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2015;17:143-5. DOI: 10.1016/j.ijscr.2015.11.015
10. Mayo WJ. An operation for the radical cure of umbilical hernia. *Ann Surg*. 1901;34(1):276-80. DOI: 10.1097/00000658-190107000-00021
11. Mayagoitia GJC, Cisneros MHA, Suárez FD. Hernioplastia de pared abdominal con técnica de Rives. *Rev Cir Gral*. 2003;25:19-24.
12. Mayagoitia GJC, Cisneros H, Álvarez R, Bernal R, Guillén JM. Manejo de las hernias lumbares de la pared abdominal. Seguimiento a mediano y largo plazo de sus resultados. *Rev Cir Gen*. 2008;30:197-203.
13. Mayagoitia GJC, Cisneros H, Smolinski K, Ludwik R. Técnica de Rives para hernia incisional: Análisis de 218 casos. *Rev Cir Gen*. 2012;34(1):25-31.
14. Moreno-Egea A. La técnica de la doble reparación protésica (según Moreno-Egea) como solución en el caso de hernias subcostales masivas.

15. Carbonell-Tatay F, Moreno-Egea A, García-Pastor P, Vergara Suárez FA, Iserte Hernández J, Bonafé Diana S. Manejo quirúrgico de las eventraciones suprapúbicas: experiencia con la técnica de doble malla en 53 casos consecutivos. Rev Hispanoam Hernia. 2014;2(1):3-8. DOI: 10.1016/j.rehah.2013.10.004

16. Hernández Bartolomé M, Carabias Hernández A, Limones Esteban M. Técnica de Chevrel. En: Carbonell-Tatay F, Moreno-Egea A, editores. Eventraciones, otras hernias de pared y cavidad abdominal. Sociedad Hispanoamericana de Hernia; 2012. pp. 441-5.

17. Moya Del Baño F. Priscas novissima exaltat, et amor. Propuesta de traducción del lema del escudo de Murcia, y algo más. Murgetana 2009;121:119-48.

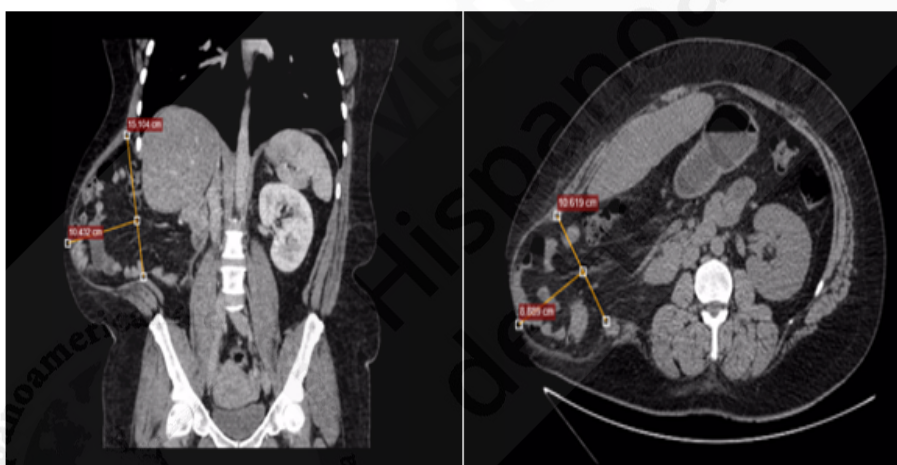


Figura 1. A. TAC abdominal con contraste, corte coronal, tomada hace un y medio año, que muestra ausencia de riñón derecho, con gran saco herniario con vísceras en su interior, con pared en tercio medio muy adelgazada (solo con piel) y un anillo herniario de 16.23 cm de diámetro longitudinal. B. TAC abdominal con contraste, corte transversal, que muestra extenso anillo herniario de 12.49 cm de diámetro.



Figura 2. Foto de la paciente antes de su hernioplastia, en la que se ve una gran hernia incisional lateral derecha. Se observa la cicatriz de la anterior nefrectomía.

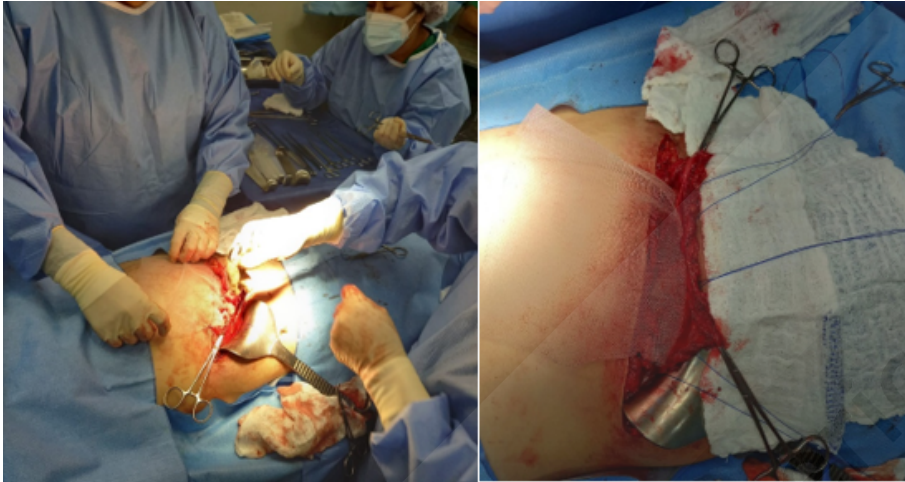


Figura 3. Fotos de la intervención con la herida operatoria con piel y celular abiertos en las que se aprecian la parte superior del hemisaco, con la primera malla ya insertada en el borde inferointerno del anillo y el borde superior del hemisaco inferior (sujetas con pinzas kelly) aún sin fijar, sobre el borde superior del anillo. La primera malla quedará luego en medio de los dos colgajos de los hemisacos.

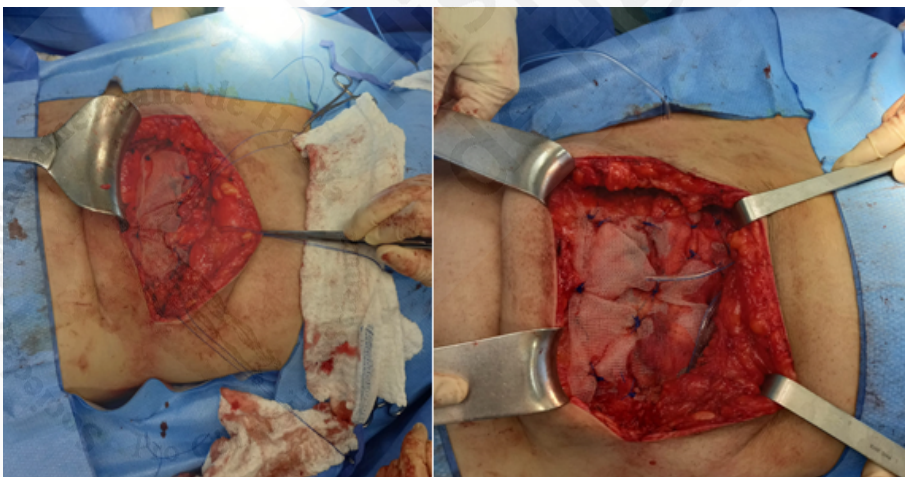


Figura 4. Foto de la operación en la que se observa: A. En la parte cefálica (valva ginecológica) se muestra la primera capa de malla y en la

parte inferior, el borde del saco herniario suturado a la malla. Antes del cierre de la herida operatoria, se muestra la malla supraaponeurótica ya fijada y los dos tubos de drenajes de hemosuc, que han sido extraídos por contrabertura.

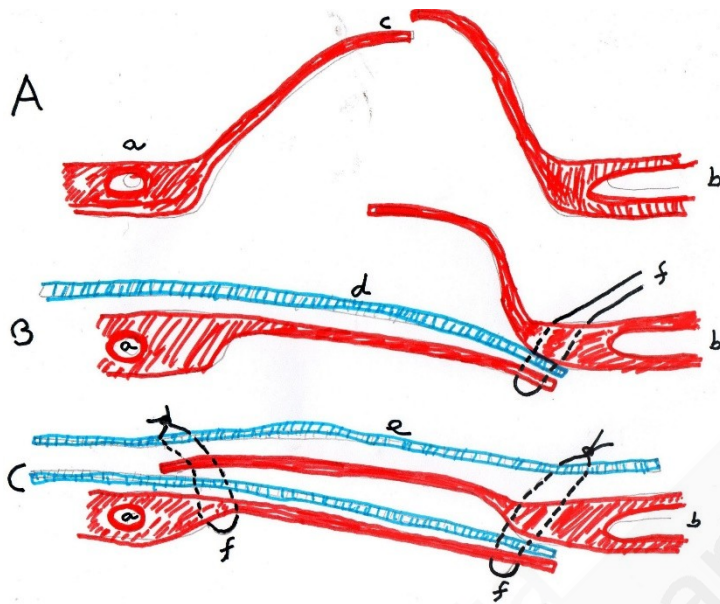


Figura 5. Esquema de la hernioplastia realizada. A. Se esquematiza el gran y delgado saco herniario seccionado en forma transversal por la mitad, dividiéndolo en dos colgajos: superior e inferior.

B. Se esquematiza la inserción del colgajo superior del saco herniario por la parte interna del borde inferior del anillo (preperitoneal), y sobre él, la primera capa de mallas, que se fija con punto transfixiante a la pared, pero sin anudar.

C. Se esquematiza la inserción del colgajo inferior sobre el borde superior del anillo, y sobre él, una segunda malla que se fija de modo supraaponeurótico, pasando a través de la malla los puntos y anudándolos sobre esta.

a) costilla; b) cresta ilíaca; c) saco; d) malla preperitoneal; e) malla supraaponeurótica; f) sutura.

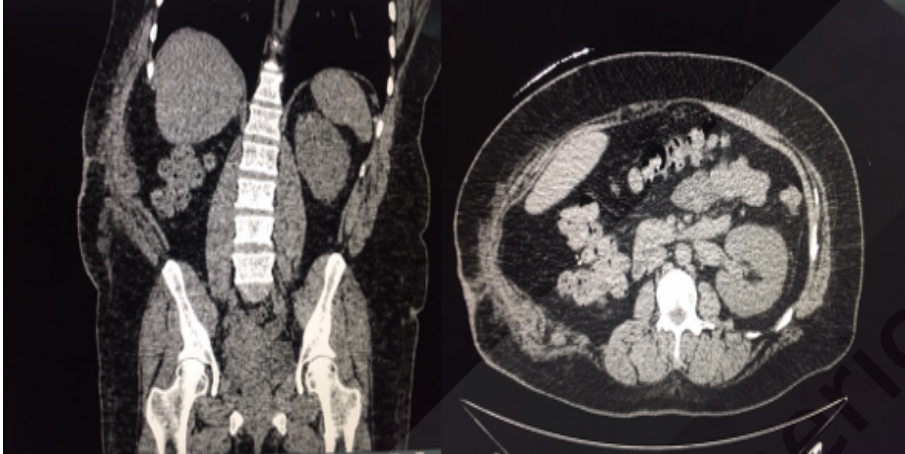


Figura 6. TAC de control sin contraste un mes después de realizada la cirugía, en cortes coronal y transversal, que muestra, en la pared lateral derecha del abdomen, doble capa de malla, cambios inflamatorios mínimos en los músculos oblicuos del abdomen y tejido celular subcutáneo adyacente, sin evidencia de colecciones.