

## Nota clínica

# Eventración con pérdida del derecho a domicilio con riñón derecho y cabeza de páncreas en su interior



## *Incisional ventral hernia with loss of domain containing right kidney and pancreas head inside*

**Alberto García Picazo<sup>1</sup>, Konstantin Shirai<sup>1</sup>, Miguel Ángel García Ureña<sup>2</sup>, Almudena Martínez Pozuelo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General del Aparato Digestivo y de Trasplantes de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España). <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid (España). Universidad Francisco de Vitoria. Pozuelo de Alarcón, Madrid (España)

**Recibido:** 20-11-2019  
**Aceptado:** 05-12-2019

**Palabras clave:**

Eventración, obesidad, pared abdominal, tratamiento multidisciplinar.

**Resumen**

Varón de 70 años con antecedentes de obesidad, diabetes, hemiorrafia umbilical, eventroplastia en dos ocasiones, dos episodios de obstrucción intestinal y dos pancreatitis agudas litiasicas. Presencia de eventración supraumbilical (M2-4W3) en línea media, con defecto gigante de 21 × 15 cm. Volumen de cavidad abdominal de 43 × 28 × 19 cm (volumen estimado de 22 litros); volumen herniario de 43 × 38 × 12 cm (volumen estimado de 20.2 litros) y ratio mayor del 25 % (87.5 %). Entre las vísceras herniadas se encuentran el intestino delgado, la cúpula vesical, el duodeno, la cabeza del páncreas y el riñón derecho.

**Abstract**

A 70-year-old man with history of obesity, diabetes, umbilical herniorrhaphy, incisional ventral hernia repaired in 2 occasions, two intestinal obstructions, and two acute lithiasic pancreatitis. Presence of supraumbilical incisional ventral hernia (M2-4W3) in a midline, with a defect of 21 × 15 cm. Abdominal cavity volume of 43 × 28 × 19 cm, with an estimated volume of 22 litres, herniated volume of 43 × 38 × 12 cm, with an estimated volume of 20.2 litres and ratio greater than 25 % (87.5 %). Among the herniated viscera are small bowel, bladder dome, duodenum, head of pancreas and right kidney.

**Keywords:**

Incisional ventral hernia, obesity, abdominal wall, multidisciplinary treatment.

*Conflicto de intereses:* los autores declaran no tener conflicto de intereses.

*Agradecimientos:* a todo el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y de Trasplante de Órganos Abdominales del Hospital Universitario 12 de Octubre, en especial a la Dra. Martínez Pozuelo y al Dr. García Ureña.

*Autor para correspondencia:* Alberto García Picazo. Servicio de Cirugía General del Aparato Digestivo y de Trasplantes de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida de Córdoba, s/n. 28041 Madrid (España)  
Correo electrónico: [agpicazo@salud.madrid.org](mailto:agpicazo@salud.madrid.org)

García Picazo A, Shirai K, García Ureña MA, Martínez Pozuelo A. Eventración con pérdida del derecho a domicilio con riñón derecho y cabeza de páncreas en su interior. Rev Hispanoam Hernia. 2021;9(1):57-59

## INTRODUCCIÓN

La eventración con pérdida de derecho a domicilio es una hernia incisional en la que el contenido abdominal herniado es mayor al 50 %<sup>1</sup>, lo que se asocia a gran tamaño (15-20 cm)<sup>2</sup>. Dicha circunstancia implica graves consecuencias para las vísceras abdominales contenidas en su interior, lo que repercute directa o indirectamente (compresión extrínseca) en su fisiología y normoposición. En la actualidad, su incidencia ha disminuido debido al aumento de la cirugía laparoscópica en detrimento de la abierta.

Las estrategias terapéuticas propuestas son variadas y pueden ocasionar, paradójicamente<sup>3</sup>, graves consecuencias para el paciente. Entre estas, podemos reseñar el aumento de la presión intraabdominal, lo que disminuye la presión de perfusión esplácnica y desencadena un síndrome compartimental. Además, podrían afectar a otros órganos y sistemas, como el respiratorio, por insuficiencia respiratoria aguda restrictiva. Por tanto, el tratamiento de esta patología debe abordarse de forma interdisciplinaria (endocrinología-nutrición, neumología, radiología, rehabilitación, neurofisiología, cirugía plástica y cirugía general y del aparato digestivo).

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 70 años de edad, pintor de profesión, con múltiples antecedentes médicos, entre los que destacan: obesidad mórbida (IMC 42), diabetes *mellitus* de tipo 2 con mal control glucémico en tratamiento farmacológico, hipercolesterolemia, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y dos episodios de pancreatitis aguda litiásicas. No destacan otros factores de riesgo cardiovascular. Entre los antecedentes quirúrgicos presenta herniorrafia umbilical, eventroplastia en dos ocasiones y dos episodios de obstrucción intestinal.

Actualmente el paciente acude a consulta porque refiere eventración suprainfraumbilical (M2-4W3 [EHS]) en línea media de seis años de evolución con defecto gigante de 21 × 15 cm por la que ha acudido varias veces al Servicio de Urgencias refiriendo dolor abdominal. Asociado a lo anterior, describe crecimiento progresivo de la misma, que es dolorosa al realizar maniobras de Valsalva, no es reductible y que condiciona un gran detrimento en la calidad de vida del paciente.

Se solicitó una tomografía axial computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso en la que se apreció un volumen de la cavidad abdominal de 43 × 28 × 19 cm, con un volumen estimado de 22 litros, y un volumen herniario de 43 × 38 × 12 cm, con volumen estimado de 20,2 litros y ratio mayor del 25 % (87,5 %). Acompañando a lo anterior, se visualizó acortamiento de la musculatura lateral del abdomen. Entre las vísceras herniadas se encuentran el estómago, el intestino delgado, la cúpula vesical, el duodeno, la cabeza del páncreas (fig. 1) y el riñón derecho (fig. 2).

Debido a la obesidad mórbida del paciente, se le propone pérdida de peso antes de la intervención quirúrgica de reparación herniaria, por lo que se solicita valoración por el servicio de endocrinología y nutrición. Además de esta última, también se remite a los servicios de Cirugía Plástica y Reparadora y a Fisioterapia Respiratoria; todo en el contexto del abordaje interdisciplinario del enfermo.



Figura 1. Herniación de cabeza de páncreas.

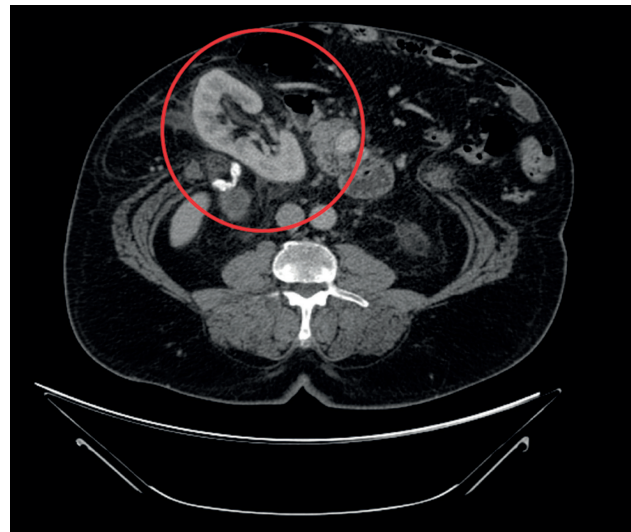


Figura 2. Herniación de cúpula vesical.

## DISCUSIÓN

Las hernias incisionales gigantes con pérdida de derecho a domicilio suponen una patología de mucha importancia clínica debido a la gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes y a que requieren de un abordaje interdisciplinario (endocrinología-nutrición, neumología, radiología, rehabilitación, neurofisiología, cirugía plástica y cirugía general y del aparato digestivo). Afortunadamente, su frecuencia se encuentra en descenso.

Esto, junto al mejor manejo terapéutico, brinda a los pacientes una oportunidad resolutoria en gran parte de los casos.

Sin embargo, no debe olvidarse que esta patología desencadena en segundo término gran número de complicaciones asociadas –como ocurría en el paciente–, anteriormente expuestas. El tratamiento es diverso en función del tipo de hernia. Uno de los más frecuentes es la separación de componentes. Esta última técnica se emplea en las siguientes eventraciones (como la expuesta en el caso clínico): en caso de pérdida de derecho a domicilio, eventraciones recidivadas, hernias con defecto de diámetro transversal superior a 10 cm o cuando existe tensión en el cierre de la sutura<sup>1</sup>.

Antes de la reparación herniaria se han estandarizado varios métodos para facilitar la intervención quirúrgica, como el empleo del neumoperitoneo y la toxina botulínica<sup>1,4-7</sup>. La función principal de insuflar CO<sub>2</sub> u O<sub>2</sub> es conseguir la relajación progresiva de la musculatura, que se distiende aumentando el volumen de la cavidad abdominal, lo que favorece la disección neumática de las adherencias intestinales, la vasodilatación local y la cicatrización y la capacidad respiratoria al estabilizar la función diafragmática y facilitar el retorno venoso<sup>6</sup>.

Todo ello en conjunto tiene como resultado permitir la reconstitución quirúrgica de la pared abdominal, lo que disminuye exponencialmente las recidivas<sup>6</sup>, minimizando las complicaciones médicas posoperatorias, como la aparición de atelectasias o trombosis venosas<sup>6</sup>.

Respecto al empleo de la toxina botulínica, ya descrita desde hace más de una década en modelos animales<sup>8</sup>, su función principal es disminuir la retracción muscular mediante la provocación de parálisis flácida al aumentar progresivamente la longitud de la musculatura de la pared abdominal (principalmente, la lateral), disminuyendo así la presión intraabdominal y mejorando la mecánica ventilatoria. Además, facilita el empleo de los colgajos de avance y disminuye la necesidad de analgesia de rescate; en concreto, de los fármacos opiáceos<sup>9</sup>.

Actualmente, se emplea el efecto sinérgico de ambas técnicas<sup>6,10</sup>, con lo que se obtienen beneficios en la disminución

del volumen herniado y aumento del volumen de la cavidad abdominal. Asociado a lo anterior, también se ve afectado el volumen herniado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Ramírez M, Bazán Hinojo C, Casado Maestre MD, et al. Hernias con pérdida de derecho a domicilio. *Cir. Andal.* 2013;24:270-4.
2. Sánchez-Ramírez M, Marenco-de la Cuadra B, Retamar-Gentil M, et al. Hernias con derecho a domicilio. Revisión en los últimos cinco años. *Cir Andal.* 2018;29(2):94-9.
3. Arias PM, Cervetti MR, Pasarín MA, et al. Neumoperitoneo preoperatorio en eventración subcostal gigante. *Rev Hispanoam Hernia.* 2016;4(4):157-61. DOI: 10.1016/j.rehah.2016.07.001
4. Dumont F, Fuks D, Verhaeghe P, et al. Progressive pneumoperitoneum increases the length of abdominal muscles. *Hernia.* 2009;13:183-7. DOI: 10.1007/s10029-008-0436-3
5. Piskin T, Aydin C, Barut B. Preoperative progressive pneumoperitoneum for giant inguinal hernias. *Ann Saudi Med.* 2010;30:317-20. DOI: 10.4103/0256-4947.65268
6. Bueno-Lledó J, Torregrosa A, Jiménez R, et al. Preparación preoperatoria de la hernia con pérdida de domicilio. Neumoperitoneo progresivo y toxina botulínica tipo A. *Cir Esp.* 2017;95(5):245-53. DOI: 10.1016/j.ciresp.2017.04.006
7. Zielinski MD, Goussous N, Schiller HJ, et al. Chemical components separation with botulinum toxin A: a novel technique to improve primary fascial closure rates of the open abdomen. *Hernia.* 2013;17:101-7. DOI: 10.1007/s10029-012-0995-1
8. Cakmak M, Caglayan F, Somuncu S, et al. Effect of paralysis of the abdominal wall muscles by botulinum A toxin to intraabdominal pressure: an experimental study. *J Pediatr Surg.* 2006;41:821-5. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2005.12.023
9. Zendejas B, Khasawneh M, Srivastyan B, et al. Outcomes of chemical component paralysis using botulinum toxin for incisional hernia repairs. *World J Surg.* 2013;37:2830-7. DOI: 10.1007/s00268-013-2211-6
10. Elstner KE, Read JW, Rodríguez-Acevedo O, et al. Preoperative progressive pneumoperitoneum complementing chemical component relaxation in complex ventral hernia repair. *Surg Endosc.* 2017;31:1914-22. DOI: 10.1007/s00464-016-5194-1