



## **Hernia incisional gigante con útero grávido encarcerado**

## **Giant incisional hernia with incarcerated gravid uterus**

10.20960/rhh.00396

11/30/2021

**OR 396**

## **Hernia incisional gigante con útero grávido encarcerado**

*Giant incisional hernia with incarcerated gravid uterus*

Derlin Marcio Juárez Muas

Servicio de Cirugía General. Sector de Pared Abdominal. Hospital Público Materno Infantil. Salta (Argentina)

Recibido: 15-11-2020

Aceptado: 17-11-2020

Autor para correspondencia: Derlin Marcio Juárez Muas. Servicio de Cirugía General. Sector de Pared Abdominal. Hospital Público Materno Infantil. Av. Sarmiento, 1301. A4400 Salta (Argentina)

Correo electrónico: derlinjmuas@yahoo.com.ar

DOI: 10.20960/rhh.00396

*Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.*

### **RESUMEN**

**Introducción:** La hernia incisional gigante con saco ocupado por un útero grávido es una entidad rara, pero representa una condición ginecológica y obstétrica con potenciales complicaciones tanto para la vida de la madre como para la del hijo.

**Caso clínico:** Presentamos a una paciente de 32 años con embarazo de 26.4 semanas, con útero grávido en el saco de una hernia incisional poscesárea, úlceras y escaras en la piel de la pared abdominal. Se asocia como morbilidad una obesidad con índice de masa corporal de 37.5 kg/m<sup>2</sup> y una diabetes gestacional. Se realiza un

manejo personalizado y multidisciplinario que le permite llegar a las 35 semanas de gestación y realizar cesárea electiva, hernioplastia incisional anatómica y dermolipectomía de necesidad, con lo que se logra un resultado materno y fetal satisfactorio.

**Conclusión:** Se considera que las pacientes embarazadas que presentan el útero gestante en el saco herniario tienen un embarazo de alto riesgo. Durante su manejo es recomendable realizar una valoración y una conducta personalizadas por un equipo multidisciplinario que efectúe, tanto como sea posible, una planificación táctica segura, con una actitud terapéutica conservadora para lograr un final del embarazo satisfactorio y un adecuado cierre parietal.

**Palabras clave:** Hernia incisional gigante, útero grávido encarcerado, cesárea, embarazo.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The giant incisional hernia with a sac occupied by a gravid uterus is a rare entity, but it represents a gynecological-obstetric condition with potential complications for the life of both the mother and the child.

**Case report:** We present a 32-year-old patient with a 26.4-week pregnancy, with a gravid uterus in the sac of a post-caesarean section incisional hernia, with ulcers and eschars on the skin of the abdominal wall. Morbidity is associated with obesity with a body mass index of 37.5 kg/m<sup>2</sup> and gestational diabetes. A personalized and multidisciplinary management is carried out, which allows the patient to reach a thirty-five-week gestation and perform elective caesarean section, an anatomic incisional hernioplasty and a dermolipectomy of necessity, achieving a successful maternal and fetal result.

**Conclusion:** Pregnant patients who present the gravid uterus in the hernial sac are considered to have a high-risk pregnancy. During its management, it is advisable to carry out a personalized assessment

conducted by a multidisciplinary team, carrying out a safe tactical planning as much as possible, with a conservative therapeutic attitude to achieve a satisfactory end of pregnancy and an adequate parietal closure.

**Keywords:** Giant incisional hernia, incarcerated gravid uterus, cesarean section, pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

La hernia incisional después de la cirugía abdominal tiene una incidencia de entre el 5 % y el 15 %<sup>1</sup>. Las hernias ventrales que suelen observarse durante el embarazo son habitualmente de tamaño pequeño. El embarazo después de una cirugía abdominal es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de una hernia incisional<sup>2-5</sup>. La incidencia de hernia de útero gestante después de una cesárea es del 3 %. No existen series en la literatura y se refieren como casos clínicos aislados<sup>6-8</sup>.

La hernia incisional gigante es una situación infrecuente en una paciente embarazada. La presencia del útero gravídico formando parte del contenido del saco herniario es una entidad muy rara<sup>3,7-9</sup> que representa una condición ginecológica y obstétrica con potenciales complicaciones graves para el binomio madre-hijo: aborto espontáneo, retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro, muerte fetal intraútero, ruptura uterina del segmento durante el parto, sangrado uterino y lesiones isquémicas por la presión a nivel de la piel cuando el útero adquiere un gran tamaño por la edad gestacional avanzada<sup>4,7,9,10</sup>. Por todo ello, representa un desafío para el equipo médico implicado. El diagnóstico de la hernia incisional y la valoración ginecológica y obstétrica se realizan mediante el examen clínico y ecográfico. Consideramos que el manejo de esta compleja situación debe ser multidisciplinario e individualizado para lograr un resultado exitoso<sup>7,9,10</sup>.

## CASO CLÍNICO

Una mujer de 32 años (G4 [gesta 4], P3 [3 partos], 3 cesáreas y ABO1 [1 aborto]) ingresa en el servicio de urgencias. Cursa un embarazo de 26.4 semanas con abdomen asimétrico por tumoración de gran tamaño en hemiabdomen inferior asociado a dolor abdominal intenso y lesiones isquémicas por presión con úlceras y escaras de bordes eritematosos en la piel de la pared abdominal a nivel hipogástrico sobre la cicatriz mediana de una cesárea previa de un mes de evolución, con sangrado espontáneo y al roce (fig. 1). Además, la paciente refiere disuria y urgencia miccional de aparición reciente. Presenta obesidad: IMC de 37.5 kg/m<sup>2</sup> (102 kg/1.65 m).

Durante la palpación se evidencia eventración suprapúbica gigante, irreductible y con útero gestante en el interior del saco eventrógeno con movimientos activos fetales (MAF) y latidos cardiacos fetales (LCF) positivos (148 × min). Útero con tono normal, sin dinámica uterina en 10 min. Ecografía obstétrica: feto único, vivo, de 850 g, TA 120/80 mmHg, FR: 20X', FC: 90X' y temperatura de 36.9 °C. Antecedentes quirúrgicos: 3 cesáreas (la última, 22 meses antes del ingreso) y colecistectomía convencional.

Se decide su ingreso con diagnóstico de embarazo de 26.4 semanas, hernia incisional suprapúbica gigante con útero gestante encarcerado, obesidad e infección del tracto urinario. Se realiza tratamiento conservador y manejo multidisciplinario hasta la semana 35 de gestación. Se efectúan diariamente curaciones locales oclusivas de las lesiones cutáneas: gasas con Furacín, crema con sulfadiazina de plata, vitamina A y lidocaína con faja de contención por el servicio de cirugía general. Presenta una buena evolución, con tejido de granulación y cicatrización (figs. 2A-D). Se efectúa manejo ginecológico y obstétrico, maduración pulmonar fetal con betametasona y uteroinhibición con isoxuprina. Durante el ingreso se constata diabetes gestacional e infección del tracto urinario por *E. coli*, que se controla con insulina, una dieta adecuada y antibióticos

específicos según antibiograma por el servicio de clínica médica. La obesidad se controla con dieta hipocalórica por el servicio de nutrición, que consigue una bajada de peso de 8 kg.

En la semana 35 de gestación se evidencia polihidramnios leve y comienza con hipercontractilidad uterina que responde de manera parcial a los uteroinhibidores. Se efectúa una valoración cardiovascular prequirúrgica (ASA II). Bajo bloqueo raquídeo alto, se decide realizar una cesárea electiva clásica mediante abordaje de Pfannenstiel e incisión del segmento inferior (figs. 3A,B).

El recién nacido es de sexo femenino, con un peso de 2370 gramos, una talla de 43 cm y Apgar 7-8. Después de la histerorrafia y de la ligadura de las trompas de Falopio por decisión familiar, se evidencian alteraciones tróficas del colgajo cutáneo del saco eventrógeno (figs. 4A,B). Se decide realizar exéresis del saco eventrógeno y de la piel excedente mediante dermolipectomía de necesidad, ampliando la incisión de Pfannenstiel. Se constata la eventración suprapúbica de 12 cm longitudinal por 10 cm transversal (figs. 5A,B). Se efectúa eventroplastia anatómica con sutura de polipropileno n.º 1 y, posteriormente, plicatura de la vaina xifopúbica de los músculos rectos con polipropileno n.º 1. Se realizan puntos de Baroudi en el tejido celular subcutáneo, se colocan drenajes aspirativos y se cierra la herida por planos (figs. 6A,B).

El paciente tiene buena evolución posoperatoria. Se retiran los drenajes (figs. 7A,B) y se da el alta a la madre y a la hija a las 48 horas. Todo el proceso requirió 60 días de ingreso. Se efectuaron controles a los 7 días, al mes, a los 6 meses, al año y a los 4 años tras la operación, sin complicaciones ni recurrencia.

## **DISCUSIÓN**

El primer caso documentado de útero grávido en una hernia incisional fue documentado por Julián Ledesma en 1840 (fig. 8A)<sup>11</sup>, seguido por el de Holmes en 1906<sup>10,12</sup>.

Las hernias incisionales ventrales que observamos habitualmente en las pacientes embarazadas son pequeñas y de localización periumbilical, al nivel de la línea alba, donde el útero grávido ya alcanza un gran tamaño, lo que hace difícil o impide su exteriorización. Representan un bajo riesgo de desarrollar complicaciones en el curso del embarazo. Cuando el defecto parietal es suprapúbico o tiene un gran tamaño en etapas tempranas de la gestación, permite la exteriorización del útero gestante a través de este, lo que transforma la situación materno-fetal en una entidad grave y predispone a desarrollar complicaciones que ponen en riesgo la vida tanto de la madre como del niño.

Existen factores que predisponen a la presencia de una hernia incisional en una mujer embarazada, como: obesidad, diabetes, anemia, hipoproteinemia, tabaquismo, tos crónica, embarazos recientes (menos de dos años transcurridos desde el embarazo anterior), partos múltiples<sup>4,10,13</sup> o infección del sitio quirúrgico en una cesárea o una cirugía previas. La incidencia de hernias incisionales es mayor en las cesáreas con abordaje mediano que en incisiones transversales de Pfannenstiel o Cohen<sup>4,10,14,15</sup>. Como puede apreciarse en la ilustración del doctor Ledesma, el abordaje se produjo a través del saco herniario (fig. 8B)<sup>11</sup>.

La cesárea es la intervención quirúrgica que más frecuentemente conduce a una hernia incisional<sup>4</sup>. El elevado número de este procedimiento en la actualidad, sumado a la presencia de obesidad durante el embarazo (una condición con alta prevalencia y un importante factor predisponente de eventración, independientemente de la edad de la paciente, del tamaño de la hernia y de la técnica de cierre parietal<sup>4,16</sup>, asociados a la alta tasa de recurrencia en la hernioplastia incisional con malla [24 %] o a la reparación anatómica [43 %]), sugieren la necesidad de que los cirujanos que participan del proceso estén familiarizados con el manejo de la pared abdominal y con el uso de materiales de sutura y de prótesis de refuerzo<sup>1,4,10,17</sup>.

El diagnóstico del defecto parietal se realiza mediante el examen físico, ya que no suele presentar dificultades por su tamaño y los métodos de diagnóstico por imagen se utilizan para identificar el contenido del saco, valorar la pared abdominal y el tamaño del defecto y decidir el procedimiento quirúrgico. El ultrasonido ginecológico y obstétrico se emplea para valorar la morfología, el crecimiento y la vitalidad fetal. Sin embargo, a veces la resonancia magnética está indicada cuando la ecografía no proporciona un diagnóstico claro<sup>2</sup>, sobre todo en pacientes obesas.

El abordaje terapéutico y la táctica empleada van a depender de la edad gestacional y de la forma de presentación clínica<sup>4,7</sup>, ya que en el 53 % de las pacientes con eventración gigante durante el embarazo se documenta una incarceration uterina.

Por el bajo número de casos publicados no disponemos de un consenso en el tratamiento de estas pacientes<sup>10,18</sup>. Si el diagnóstico se realiza al inicio del embarazo y no hay signos de complicaciones, el manejo debe ser conservador: reposo, faja de contención y curaciones diarias de lesiones cutáneas, si existen (muchas veces se manifiestan como úlceras infectadas o heridas con abscesos, lo que condiciona la continuidad del embarazo). El seguimiento debe ser estricto y realizado por un equipo multidisciplinario con el objetivo de llegar hasta a las semanas 35 de gestación y poder alcanzar una maduración pulmonar del feto para evitar complicaciones respiratorias neonatales. A veces se logra llegar a un embarazo a término con cesárea programada y, en muchos casos, puede realizarse una reparación parietal definitiva en el mismo momento de la operación<sup>4,7,9,18,19</sup>, como en nuestro caso. Aunque fue por necesidad, se logró un efecto cosmético excelente.

Habitualmente la utilización simultánea de cesárea y hernioplastia definitiva es controvertida, ya que presenta un mayor tiempo quirúrgico-anestésico, riesgo de infección de la herida o de la prótesis, aumento del nivel de dolor posoperatorio y prolongación de la estancia hospitalaria. Sin embargo, un trabajo piloto con pequeña

casuística ha demostrado que la operación combinada de cesárea y hernia umbilical o inguinal evita la rehospitalización para realizar las cirugías de manera diferida sin diferencias en el tiempo quirúrgico, el sangrado intraoperatorio, el uso de opioides ni en la estancia hospitalaria, y tampoco sin recurrencia en un seguimiento de 6 años, y se refieren ventajas coste-efectivas, tanto para el paciente como para la institución. Ambas situaciones se resuelven de manera segura y eficaz y las pacientes las aceptan bien. Además, se evita la separación de la madre y del recién nacido durante la reintervención<sup>20</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

Se considera que las pacientes embarazadas que presentan el útero gestante en el saco herniario cursan un embarazo de alto riesgo. Durante su manejo es recomendable realizar una valoración y una conducta personalizadas por un equipo multidisciplinario que efectúe, tanto como sea posible, una planificación táctica segura con una actitud terapéutica conservadora para lograr un final satisfactorio del embarazo y un adecuado cierre parietal.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se ha obtenido un consentimiento por escrito de la paciente en este informe para utilizar las imágenes tomadas durante la atención clínica. Se han tomado todas las medidas para garantizar que se mantenga la confidencialidad de la paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. López Cano M. Cirugía basada en la evidencia y hernia incisional. Rev Hispanoam Hernia. 2013;1(1):18-26. DOI: 10.1016/S2255-2677(13)70005-7
2. Camacho Marente V, Olivares Oliver C, Marchal Santiago A, Martín Cartes JA, Bustos Jiménez M. [Hernia incisional uterina](#)

- [en una paciente embarazada](#). Cir Esp. 2020;98(5):303-5. DOI: 10.1016/j.ciresp.2019.07.013
3. Punguyire D, Iserson KV, Apanga S. Full-term pregnancy in umbilical hernia. Pan Afr Med J. 2011;8:6. DOI: 10.4314/pamj.v8i1.71053
  4. Emegoakor C, Dike E, Emegoakor F. Unusual complications of incisional hernia. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(6):971-4. DOI: 10.4103/2141-9248.144930
  5. Lappen JR, Sheyn D, Hackney DN. Does pregnancy increase the risk of abdominal hernia recurrence after pre-pregnancy surgical repair? Am J Obstet Gynecol. 2016;215(3):390.e1-5. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.05.003
  6. Augustin G, Matosevic P, Kekez T, Majerovic M, Delmis J. Abdominal hernias in pregnancy. J Obstet Gynaecol Res. 2009;35:203-11. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2008.00965.x
  7. Kanhere AV, Nandmer GK, Mhaske A. Gravid uterus in an incisional hernia with uterine scar dehiscence: a case report. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2013;2:674-6. DOI: 10.5455/2320-1770.ijrcog20131236
  8. Oma E, Jensen KK, Jorgensen LN. Increased risk of ventral hernia recurrence after pregnancy: A nationwide register-based study. Am J Surg. 2017;214:474-8. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2017.03.044
  9. Valdés Gallardo MR, Fernández Perea Y, Machado Cano MJ, Cerrillos González L. Hernia incisional con eventración de útero grávido. Prog Obstet Ginecol. 2018;61(5):480-3. DOI:10.20960/j.pog.00135
  10. Singh A, Waikar M, Durge V. Gravid Uterus in Post Caesarean Incisional Hernia With Skin Defect. Global J Research Analysis. 2019;8(2):191-3.
  11. Carbonell Tatay F. Aproximación histórica al conocimiento de las hernias abdominales. Los médicos que las describieron y las trataron. En: Eventraciones otras hernias de pared y cavidad abdominal. Valencia: Editorial Vimar; 2012.

12. Holmes AN. Case of hernia of the gravid uterus transactions of the royal academy of medicine in Ireland. 1906;24(1):312-4. DOI: 10.1007/BF03171483
13. Ajlouni M. The incidence and risk factors of incisional hernia in post-caesarean sections. Middle East J Med. 2013;6:9-12. DOI: 10.5742/MEJIM.2013.62218
14. Hasan DS, Salayta WM. Incisional hernia of elective midline caesarean section: incidence and risk factors. Ibmossina J Med BS. 2011;3(6):205-10. DOI: 10.4103/1947-489X.210896
15. Sahu L, Bupathy A. Evisceration of pregnant uterus through the incisional hernia site. J Obstet Gynaecol Res. 2006;32(3):338-40. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2006.00406.x
16. Sauerland S, Korenkov M, Kleinen T, Arndt M, Paul A. Obesity is a risk factor for recurrence after incisional hernia repair. Hernia. 2004;8(1):42-6. DOI: 10.1007/s10029-003-0161-x
17. Luijendijk RW, Hop WC, van den Tol MP, de Lange DC, Braaksma MM, Ijzermans JN, et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. N Engl J Med. 2000;343:392-8. DOI: 10.1056/NEJM200008103430603
18. Uchenna EG, Chukwuneme OB, Ejike ES, Mbanefo OP, Benjamin ET. Herniated near-term pregnancy through an incisional hernia treated with polypropylene mesh: A case report. Niger Med J. 2014;55(3):271-3. DOI: 10.4103/0300-1652.132069
19. Saha PK, Rohilla M, Prasad GR, Dhaliwal LK, Gupta I. Herniation of gravid uterus: report of 2 cases and review of literature. MedGenMed. 2006;18;8(4):14.
20. Ochsenbein-Kölbl N, Demartines N, Ochsenbein-Imhof N, Zimmermann R. Cesárea y reparación simultánea de hernia. Arch Surg. 2004;139(8):893-5. DOI: 10.1001/archsurg.139.8.893



**Figura 1.** Úlceras y escaras cutáneas de piel abdominal.



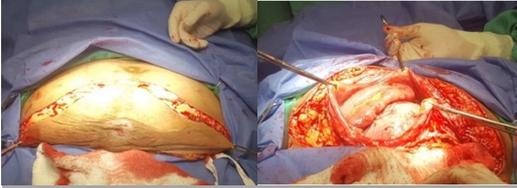
**Figura 2.** A y B. Curación diaria. C. Cicatrización de úlceras. D. Faja de contención.



**Figura 3.** A. Preparación de piel preincisional. B. Incisión de Pfannenstiel.



**Figura 4.** A. Alteraciones tróficas cutáneas del saco eventrógeno. B. Saco eventrógeno evertido.



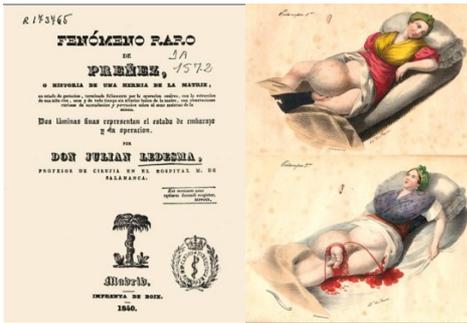
**Figura 5.** A. Incisión ampliada de Pfannenstiel y resección de colgajo dermograso. B. Anillo eventrógeno.



**Figura 6.** A. Cierre del anillo eventrógeno y plicatura xifopúbica de rectos. B. Colocación de drenajes y síntesis dermograsa.



**Figura 7.** A. Séptimo día posoperatorio. B. 6 meses de posoperatorio.



**Figura 8.** A. Ilustración de Julián Ledesma en 1840. B. Abordaje a través del saco herniario.