

Cartas al Director

Íleon perforado y fistulizado a piel contenido en gran hernia umbilical incarcerada

Palabras clave: Íleon perforado. Perforación. Hernia. Cirugía.

Key words: Perforated ileum. Perforation. Hernia. Surgery.

Sr. Director:

Paciente mujer de 76 años que acude a nuestro hospital por presentar necrosis de piel con exudado purulento por hernia umbilical recidivada de cuatro o cinco días de evolución, sin acompañarse de fiebre, vómitos ni signos de obstrucción intestinal acompañantes. Como antecedentes de interés refiere dia-

betes mellitus e hipertensión arterial, así como hernioplastia de hernia umbilical recidivada en 2 ocasiones. A la exploración se aprecia una gran hernia umbilical recidivada que parece contener múltiples sacos, dolorosa a la manipulación e irreductible. Análíticamente presenta un incremento de la cifra de urea y creatinina, así como leucocitosis con neutrofilia. Se explora la lesión en quirófano de cirugía menor ambulatoria mostrando que no se trata de un absceso subcutáneo, sino que la supuración procede del saco herniario, por lo que practicamos TAC abdominal de urgencia (Fig. 1) por sospecha de perforación de contenido herniario (hernia umbilical multisacular, en cuyo saco inferior presenta asas engrosadas de intestino delgado con fístula y absceso en su porción inferior, todo ello compatible con perforación intestinal, sin signos de obstrucción intestinal en el resto del intestino). Dados los hallazgos se decide intervención quirúrgica en la que se aprecia hernia multisacular post-laparotómica con íleon distal perforado, realizándose resección y anastomosis de íleon latero-lateral, realizando posteriormente

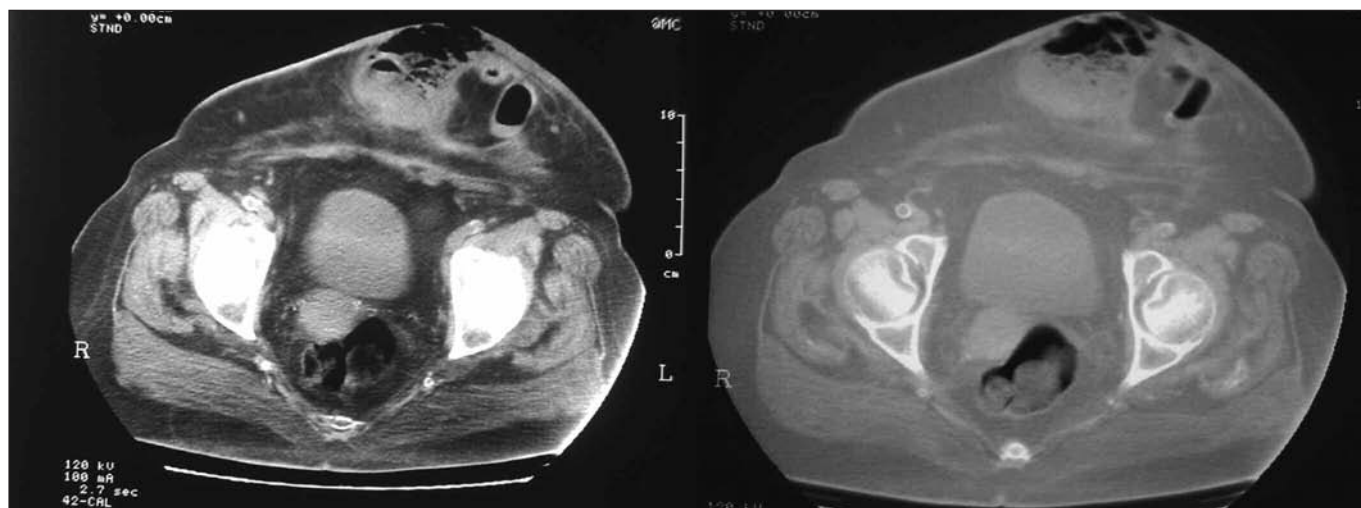


Fig. 1. Imágenes de la TAC abdominal. Izquierda (TAC abdominal con contraste i.v.). Derecha (TAC abdominal con ventana de pulmón para identificar gas intraperitoneal). Se visualiza una gran hernia a nivel umbilical que engloba asas de intestino delgado, muy engrosadas y con colección accesoria, pareciendo tener la propia hernia solución de continuidad con el exterior.

herniorrafia suturando los bordes músculo-aponeuróticos, según técnica de Quenu (el informe anatomopatológico se informa como ileítis isquémica ulcerada, con perforación transmural). Inicialmente evoluciona tórpidamente con shock séptico, con progresiva estabilización hemodinámica y extubación a las 72 horas, subiendo a planta en el quinto día postoperatorio; el resto del postoperatorio ha cursado favorablemente recibiendo el alta a los 11 días. En la actualidad está en revisión en consultas externas de Cirugía evolucionando satisfactoriamente.

A pesar de encontrarnos en plena era de la cirugía protésica herniaria, cuando nos enfrentamos a un defecto rebelde que ha requerido ya más de dos intervenciones con las dos principales clases de mallas, dispuestas en distintos planos, la reconstrucción debe orientarse de una forma más fisiológica y rescatar intervenciones que usan incluso colgajos musculares para crear una nueva pared abdominal continente. Así pues podemos realizar una herniorrafia con material irreabsorbible, o reabsorbible de larga duración, tipo Quenu o Gibson, usando los rectos anteriores para la reconstrucción abdominal, o tipo Welti-Eudel, utilizando colgajos de la vaina de los músculos rectos anteriores (1).

La hernia abdominal multisacular de gran diámetro suele incluir tanto intestino delgado como grueso, siendo raro la presentación de íleon como causa de perforación y fistulización al exterior (2), produciéndose más frecuentemente por apéndice cecal en fase de apendicitis aguda, o colon afecto de adenocarcinoma (3,4), así como la posibilidad de una enfermedad inflamatoria intestinal que ha debutado bruscamente. En el caso expuesto la paciente presentaba una encarceración parcial del contenido herniario de larga duración capaz de isquemiar, necrosar y provocar una fístula desde la porción de íleon herniado hasta la piel, sin cuadro de obstrucción intestinal asociado (2,5).

El manejo postoperatorio de este tipo de patología suele ser dificultoso y de mal pronóstico, sobre todo por la afectación renal, ya que suelen mantener una acidosis metabólica de larga duración con un desbalance electrolítico difícil de corregir. Además el propio cuadro de *shock* séptico que suelen desarrollar suele ser el causante de la muerte del paciente. El tratamiento por tanto va dirigido a la reposición de volumen, junto a la corrección del equilibrio ácido-base y mantenimiento de la función renal, así como una antibioterapia empírica de am-

plio espectro, con cultivo-antibiograma de muestras intraoperatorias para guiar en lo sucesivo la antibioterapia. Los pacientes con shock séptico y necesidad continuada de fármacos vasoactivos a pesar de una adecuada resucitación con líquidos puede estar indicado el empleo de dosis bajas de hidrocortisona (200-300 mg/día en dosis divididas o en infusión continua, durante un máximo de siete días, sola o asociada a fludrocortisona enteral) (6). En la cirugía urgente de la pared abdominal hay un mayor riesgo de infección de herida quirúrgica y recidiva del defecto de pared, de modo que se recomienda comprobar periódicamente en consultas la continencia de la reparación herniaria.

J. M. Suárez Grau, J. L. García Moreno, F. Docobo Durantez, M. Socas Macías, J. M. Álamo Martínez, F. López Bernal, C. Rubio Chaves, G. Suárez Artacho, J. A. Martín Cartes y S. Morales Méndez

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Bibliografía

1. Mathes SJ, Steinwald PM, Foster RD, Hoffman WI, Anthony JP. Complex abdominal wall reconstruction: A comparison of flap and mesh closure. *Annals of Surgery* Vol. 232, No. 4, 586-96.
2. Álvarez-Zepeda C, Hermansen-Truan C, Valencia-Lazo O, Azolas-Marcos R, Gatica-Jiménez F, Castillo-Avendano J. Necrotizing fasciitis of the abdominal wall secondary to a perforated sigmoid diverticulum in a Spiegel's hernia. A case report. *Cir Cir* 2005; 73 (2): 133-6.
3. Limas C, Soutanidis C. Perforated appendicitis presenting as incarcerated hernia. *Minerva Pediatr* 2004; 56 (5): 551.
4. Kouraklis G, Kouskos E, Glinavou A, Raftopoulos J, Karatzas G. Perforated carcinoma of the sigmoid colon in an incarcerated inguinal hernia: report of a case. *Surg Today* 2003; 33 (9): 707-8.
5. Semeniaka OV, Ivanov AV, Trofimov AN. Rare complication of giant abdominal wall hernia by the small intestine perforation and the hernial sac phlegmon. *Klin Khir* 2005; (2): 52-3.
6. Annane D, Sébille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, et al. Effects of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. *JAMA* 2002; 288: 862-71.