

CASUÍSTICA

HERNIA UMBILICAL EVISCERADA

Dres. Juan Perriello, Ramiro Pérez Catón, Alejandro Mendiburu

INTRODUCCIÓN

La hernia umbilical es una de las patologías de la pared abdominal más frecuentes (2 a 18% de todas las hernias), que presenta tres picos de incidencia:

- 1) en los recién nacidos con malformaciones en el cierre del conducto ónfalo-mesentérico, hernia umbilical congénita (onfalocele congénito);
- 2) en los niños por fallas en la conformación de la cicatriz umbilical y en la unión de los músculos rectos anteriores;
- 3) en los adultos, más en mujeres y sobre todo en los pacientes con aumento de la presión intra abdominal¹.

Este tipo de hernias tiene bajo grado de complicaciones y estas dependen principalmente de su tamaño. Dentro de las complicaciones posibles se encuentran oclusión intestinal por atascamiento, dolor local, perforación intestinal y la evisceración espontánea^{1,2}.

Esta última es un evento muy infrecuente que se produce en hernias grandes crónicas y está reportada sobre todo en cirróticos, siendo una situación de extrema gravedad por el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico y la posibilidad de sepsis^{3,4}.

CASO

Un varón de 72 años tenía antecedentes de obesidad, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión arterial y hernia umbilical crónica irreductible.

Ingresó por guardia luego de presentar la apertura espontánea, de su hernia umbilical al realizar una maniobra de Valsalva. Al ingreso se encontraba en buen estado. Refirió leve dolor en región umbilical, sin peritonismo. Pero no tenía náuseas, vómitos ni diarrea.

Al examen el abdomen estaba globuloso, blando, depresible, con leve dolor en región umbilical, donde se observaba una hernia umbilical gigante irreductible a través de la cual se podían ver asas de intestino delgado evisceradas.

Se decidió entonces la resolución quirúrgica de urgencia del cuadro. El procedimiento comenzó con la

dissección del saco herniario y la liberación de adherencias, tras lo cual se realizó la hernioplastia umbilical con colocación de una malla de polipropileno como refuerzo anterior.

El paciente, con buena evolución, fue externado al séptimo día de postoperatorio, presentando como única complicación, un episodio retención aguda de orina.

Fue controlado luego en forma ambulatoria sin presentar morbilidad atinente a la cirugía, con alta definitiva a los treinta días de post-operatorio.

DISCUSIÓN

La hernia umbilical ocupa el tercer lugar en la prevalencia de las hernias de la pared anterior del abdomen luego de las de la región inguino-crural. Se reconocen tres tipos generales de hernias umbilicales; del recién nacido, de los niños y del adulto, que reconocen etiología, evolución y formas de reparación disímiles.

La hernia umbilical congénita se debe a un defecto del cierre del conducto onfalomesentérico con una detención en el cierre de la pared anterior del abdomen y la brecha se encuentra cubierta por una fina capa de amnios que se continúa con el peritoneo; presentando grandes posibilidades de rotura espontánea aún dentro del útero materno con peritonitis y una altísima mortalidad (60%). Las chances quirúrgicas dependen del diagnóstico temprano con mayores posibilidades de éxito si se operan en las primeras horas de vida^{1,5}.

La hernia umbilical en el niño se debe a una alteración de formación de la cicatriz umbilical y a la falta de aproximación de los músculos rectos anteriores del abdomen, son de alta incidencia en la raza negra (42,3%), contra en raza blanca (18,5%); pero tienen tendencia al cierre espontáneo dentro de los dos años de vida con baja incidencia de complicaciones⁶.

Dentro de las hernias umbilicales del adulto se encuentra una división entre los pacientes cirróticos y no cirróticos ya que en su manejo y tratamiento existen diferencias.

Servicio de Cirugía del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.
E-mail: leandropierini@hotmail.com



Figura 1. Asa de intestino delgado eviscerada.

La hernia umbilical del adulto se origina sobre una zona de debilidad anatómica, no tiene tendencia a la regresión, al contrario tiende al aumento con el transcurso del tiempo; agregando complicaciones con el aumento del tamaño y con el aumento de la presión intraabdominal por diversas causas. Es más frecuente en las mujeres por los embarazos.

En los cirróticos a medida que aumenta la presión intraabdominal, aumenta el tamaño de las hernias y a su vez las posibilidades de complicaciones. Un evento muy grave lo constituye la ruptura espontánea de la hernia umbilical en estos pacientes, que se acompaña de alteración hemodinámica y riesgo de falla multiorgánica y sepsis^{7,8}.

Dentro de las complicaciones de las hernias umbilicales se encuentran el atascamiento y el eventual compromiso vascular, posible perforación y lo que es más raro la evisceración. Esta última complicación se ha reportado en algunos casos de pacientes ascíticos, con mal manejo tanto de su hernia umbilical como de su patología de base; siendo un evento muy raro en pacientes sanos no ascíticos⁹.

La reparación de los onfalocelos congénitos debe hacerse de inmediato, con plásticas simples o con colgajos en caso de grandes brechas, con un control estricto de la presión intrabdominal e intracraneana^{1,5,6}.

En cuanto a la reparación de las hernias umbilicales de los niños la mayoría se resuelven espontáneamente, y raramente se operan sólo con las complicaciones, con buenos resultados con plásticas simples¹.

Las hernias de los pacientes cirróticos requieren del tratamiento de la hernia y de la ascitis, con válvulas

yugulo-peritoneales, para tratar de asegurar buenos resultados en la plástica y no se aconseja el uso de prótesis definitivas.

Con respecto a las hernias de adultos no cirróticos la decisión sobre la técnica depende del tamaño de la hernia y de la experiencia del equipo quirúrgico, siendo aconsejable el uso de prótesis para las hernias grandes y/o con pérdida de domicilio intestinal.

CONCLUSIONES

Nos encontramos ante una rara complicación de las hernias umbilicales, mas aún en pacientes no cirróticos, que obliga a tomar una rápida resolución quirúrgica.

Sobre la técnica tratándose de una hernia grande está indicada la colocación de malla en caso de no presentar peritonitis asociada o liquido ascítico.

No hubo complicaciones de relevancia con nuestro paciente (retención aguda de orina), con buena evolución.

No existen muchos reportes de casos similares, pero creemos que en este tipo de hernias complicadas puede tratarse el cuadro agudo y a su vez resolver definitivamente el defecto herniario con una malla de polipropileno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferraina P, Oria A y col. *Cirugía de Michans 5ª edición*. Editorial El Ateneo Buenos Aires 1994.
2. Belghit A, Aigrain Y. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Tomo I. Editorial Elsevier, Paris. 2003; 40-146.
3. Lemmer JH, Strodel WE, Knol JA, Eckhauser FE. *Management of spontaneous umbilical hernia disruption in the cirrhotic patient*. *Am Surg* 1983;198:30-4.
4. Porcayo R. *Evisceración en hernia umbilical en un paciente cirrótico, Reporte de un caso*. *Rev Hospital Juárez México* 1997; 64.
5. Rouvière H., *Anatomía Humana, tomo II*. Editorial Baillière Madrid 1967.
6. Ahmed A, Ahmed M, Nmadu PT. *Spontaneous rupture of infantile umbilical hernia: report of three cases*. *Ann Trop Paediatr* 1998; 18:239-41
7. Arroyo S. *Is prosthetic umbilical hernia repair bound to replace primary herniorrhaphy in the adult patient?* *Hernia* 2002; 6: 175-7.
8. MacLellan DG, Watson KJ, Farrow HC, Douglas MC. *Spontaneous paracentesis following rupture of an umbilical hernia*. *Aust N Z J Surg* 1990;60: 555-6.
9. Granese J, Valaulikar G, Khan M, Hardy H 3rd. *Ruptured umbilical hernia in a case of alcoholic cirrhosis with massive ascites*. *Am Surg* 2002;68: 733-4.