

Presentación de Caso Hernia umbilical complicada en paciente octogenaria.

Autores: [Iris Soberón Varela](#)*, Ada Hilda de la Concepción de la Peña*, Magaly Marion Luna Gozá. *, José Antonio Hernández Varea. **.

* Especialista de 2do grado en Cirugía General. Master en Urgencias Médicas.

** Especialista de 1er Grado de Cirugía General. Master en Educación Médica Superior.

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". Habana, Cuba.

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

Summary

Poblational aging is associated with an increase of a certain number of entities like hernias; among them the umbilical, when simple in the earlier stages their complications are related with high morbidity and mortality, greater in old patients. In this paper, we present a 86 years old patient with septic shock caused by transverse colon and omentum major necrosis secondary to a strangulated umbilical hernia. She treated to achieved hemodynamic stability and then emergency surgery. During operation instability. Postoperative evolution, 3 days in intensive care unit and discharged after 9 days and ambulatory follow up. We decided present this case to show one of the complications of the umbilical hernias and highlighting the need of the elective treatment in the geriatric patients.

Key words: umbilical hernia, elderly, aging.

Resumen

El envejecimiento de la población trae aparejado el aumento en la incidencia de diferentes entidades como las hernias; dentro de las cuales la umbilical a pesar de ser una cirugía sencilla sobre todo en etapas iniciales, sus complicaciones tienen una elevada morbimortalidad, incrementada en los pacientes mayores. Se presenta el caso de una paciente de 86 años en shock séptico, por necrosis de colon transverso y epiplón mayor con sepsis sacular como consecuencia de una hernia umbilical estrangulada. Se estabilizó hemodinámicamente y fue operada de urgencia. Postoperatorio inestable. Postoperatorio con 3 días en terapia. Dada de alta hospitalaria a los 9 días, con seguimiento por consulta. Se decidió la presentación del caso, mostrando una de las complicaciones de las hernias umbilicales y resaltando la necesidad del tratamiento electivo en los pacientes geriátricos.

Palabras claves: hernia umbilical, anciano, envejecimiento.

Introducción

Cuba se encuentra entre los 25 países de más esperanza de vida al nacer en el mundo, con 77 años (1), es por ello que la familia, la sociedad y el sector de salud enfrentan un reto en el bienestar, calidad de vida, desempeño individual y social en las personas mayores. En esta población la declinación fisiológica de los principales órganos y sistemas, relacionados con el envejecimiento mismo y con los procesos patológicos; hizo que hasta hace algunas décadas el paciente geriátrico fuera considerado como un enfermo de alto riesgo y la cirugía era solo considerada cuando otros procedimientos terapéuticos no daban solución al problema.

Con el aumento de la expectativa de vida cada vez es mayor el número de pacientes de este grupo etáreo que son intervenidos quirúrgicamente, a los cuales se les debe llevar en las mejores condiciones al acto quirúrgico. Las condiciones se pueden crear con mayor seguridad en las intervenciones electivas o programadas, no así en las urgentes, donde la mayor parte de las enfermedades asociadas están descompensadas o se desconocen. Es sabido que son estas últimas las responsables del incremento de la morbimortalidad.

Es necesario evaluar los casos quirúrgicos en las consultas multidisciplinarias con geriatras y anestesiólogos, para minorizar riesgos y cuantificar estos, cuando las intervenciones son de urgencia esta evaluación no se realiza, elevándose aún más las complicaciones trans y postquirúrgicas.

Las hernias de la pared abdominal anterior son la primera causa de intervención quirúrgica electiva; ocupando la hernia umbilical el tercer lugar dentro de estas, luego de las de la región inguinocrural (1, 2). La hernia umbilical del adulto constituye una enfermedad relativamente frecuente en nuestro medio, siendo un defecto adquirido en la mayor parte de los casos, con predominio en la mujer obesa, multípara y en los cirróticos. La edad más frecuente de aparición entre los 40 y los 60 años (1, 3, 4,5).

El objetivo de este trabajo es presentar una de las posibles complicaciones de las hernias umbilicales y resaltar la necesidad de tener en cuenta siempre el tratamiento oportuno electivo en los pacientes geriátricos.

Presentación del caso.

Paciente femenina de 86 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, para lo cual llevaba tratamiento con clortalidona 1 tableta al día, y antecedentes de cardiopatía isquémica para lo cual llevaba tratamiento con nitropental 3 tabletas diarias.

Se recibe en el cuerpo de guardia del hospital, porque desde hacía tres días aquejaba dolor abdominal a tipo cólico, no expulsión de heces ni gases, vómitos abundantes fétidos y toma del estado general. Fiebre de 38°C en las últimas 24hrs.

La paciente se había negado a recibir atención médica hasta ese momento, minimizando las causas del dolor.

Examen físico.

Mucosas: secas y pálidas. Lengua saburral.

Piel: rubicunda, caliente, seca, con marcado pliegue cutáneo. Temperatura: 38.5°C.

Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y taquicárdicos. Frecuencia cardíaca: 122/min. Presión arterial: 80/50.

Sistema respiratorio: Polipnea superficial, murmullo vesicular disminuido hacia las bases pulmonares, no estertores. Frecuencia respiratoria: 28/min

Abdomen: Globuloso, área con signos clásicos de la inflamación que ocupa todo mesogastrio e hipogastrio (figura 1).



Figura 1: Gran área de celulitis periumbilical que ocupa todo mesogastrio e hipogastrio.

Tumor umbilical de 15 - 20 cms de diámetro, duro, doloroso e irreductible, con solución de continuidad de la piel y salida de líquido negruzco fétido y epiplón necrosado (figura 2).



Figura 2: Hernia umbilical, con solución de continuidad de la piel. Salida de líquido negruzco fétido y epiplón necrosado.

Doloroso a la palpación superficial y profunda. Percusión dolorosa y timpánica. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Sistema nervioso: Lenguaje tropeloso, desorientada en tiempo y espacio, coopera poco al interrogatorio.

La familia desconocía que la paciente fuera portadora de una hernia umbilical.

Se canalizan dos venas superficiales con trocar, se comienza el aporte de líquidos y electrolitos, apoyo con amins (Dobutamina a dosis renal). Por sonda de levine, líquido de aspecto fecaloideo abundante (350ml). Sonda vesical, 50ml de orina concentrada.

Se inicia antibioticoterapia con Ceftriaxona y Metronidazol. Abordaje venoso profundo (PVC: 3mm/hg).

Complementarios realizados y resultados:

-Hb: 11.2 g/L

-Leucocitos: $13,4 \times 10^9$

-Glicemia: 3.3 mmol/l

-Coagulación: 10 min.

-Sangramiento: 2min.

-Plaquetas: Adecuadas.

- Creatinina: 62,3 mm/l.

- Ionograma: Na: 130mm/l

K: 2.8mm/l

Cl: 90mm/l

-Gasometría arterial:

PH: 7.30

PO₂: 96mm/Hg

PCO₂: 47mm/Hg

Sat Hb: 95%

EB: -2

HCO₃: 19mm/l

Electrocardiograma: Taquicardia sinusal. Bloqueo de rama derecha.

Se estabiliza hemodinamicamente, se interviene quirúrgicamente de urgencia, **con diagnóstico de hernia umbilical estrangulada.**

Se realiza incisión de Lasange resecaando ombligo. Se aprecia gran saco herniario con sepsis intrasacular y del tejido celular subcutáneo (200ml de pus fétido). Contenido del saco,colon transverso y epiplón mayor necrosados, que se resecan(figura 3y4).

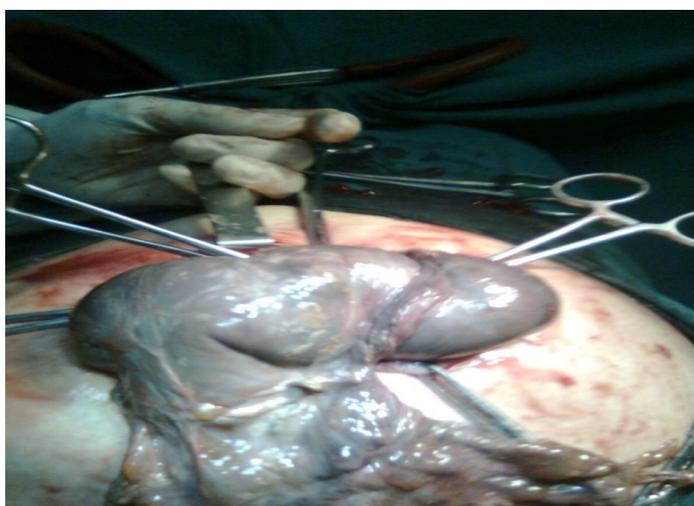


Figura 3: Gran sepsis intrasacular y del tejido celular subcutáneo, con necrosis del colon transverso y epiplón mayor.



Figura 4: Colon transverso y epiplónresecados.

Se lava abundantemente la zona con solución salina fisiológica. Se visualiza anillo herniario con diámetro de 5cms, se realiza queilotomía. La cavidad peritoneal libre de pus, con severa distensión de asas delgadas y colon derecho. Se abocan ambos cabos de colon a la piel. El defecto herniario es reparado por técnica de mayo. La herida se deja abierta para curas y cierre por 2da intención. La paciente se mantuvo inestable hemodinámicamente durante el transoperatorio. Es trasladada a la sala terapia intensiva donde permanece 3 días. Alta Hospitalaria a los 9 días. Curas en el área de salud y seguimiento por consulta externa.

Discusión

Aproximadamente el 18 % de la población cubana son adultos mayores. Según los proyectos de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina), para el 2025, Cuba contará con un cuarto de su población con 60 años y más, será el país más envejecido de América Latina(1).

Este incremento en la expectativa de vida ha hecho que en los últimos años se note un aumento en la frecuencia de varias enfermedades en los ancianos como las hernias, las que son intervenidas quirúrgicamente de urgencia del 5 al 13% pudiendo llegar a alcanzar una mortalidad de hasta un 20%, cuando es necesaria una resección intestinal (1,6). La cirugía urgente se practica la mayor parte en pacientes de edad avanzada con múltiples patologías asociadas, lo cual hace que el riesgo de complicaciones sea elevado. (7, 8, 9).

En particular las hernias umbilicales en el adulto suelen presentarse en una proporción entre sexos de aproximadamente de 2:1, a favor de las mujeres sobre los hombres, girando su cifra en el continente americano en torno al 14% y en Europa, al 7%(1) .Se manifiestan como una masa indolora en el ombligo, que algunas veces puede causar incomodidad o dolor, y su diagnóstico es casi siempre clínico.

Las hernias umbilicales pueden ser congénitas y adquiridas por lo que clásicamente se dividen en 3 grupos (10, 11):

1. Hernia congénita del cordón:

- a. Embrionaria.
- b. Fetal.

2. Hernia umbilical en el niño.

3. Hernia umbilical en el adulto.

En los adultos son adquiridas en más del 90% de los casos.

En la hernia umbilical hay paso de contenido del abdomen a través de un defecto en la pared de este, en el área del ombligo. En los adultos la tendencia es a que aumente de tamaño, no al cierre espontáneo (3).

Las hernias pequeñas usualmente contienen sólo epiplón, pero las grandes pueden incluir colon, asas de intestino delgado o estómago. Estas hernias frecuentemente se encarcelan y se vuelven irreductibles debido a adherencias entre asas de intestino, epiplón y saco herniario (12).

Las complicaciones incluyen (3,12):

a) Encarcelamiento, cuando alguna estructura u órgano del abdomen protruye o “se sale” por el orificio de la hernia y se establece en forma definitiva sin poder regresar a su sitio mediante maniobras externas. Esta complicación puede provocar obstrucción intestinal y/o dolor si es el intestino el que se ha “salido” por el orificio de la hernia.

b) Estrangulamiento, cuando estas estructuras mencionadas son "ahorcadas" por el orificio de la hernia provocándoles falta de circulación y la consecuente muerte del órgano atrapado; si es el intestino, éste puede perforarse y producir peritonitis.

La irreductibilidad del contenido de una hernia umbilical es rara en niños pero en los adultos es 14 veces más frecuente (3).

En los ancianos el peligro de complicaciones de las hernias se hace mayor debido a la laxitud de las estructuras fasciales resultante del proceso de envejecimiento, así como la pérdida de peso que se produce, lo que trae como consecuencia la pérdida de grasa de los mesos que los hace más móviles y facilita su desplazamiento desde zonas más alejadas. También se puede hacer mayor el anillo herniario al desaparecer la grasa preperitoneal que lo tapiza. La irrigación deficiente de los tejidos propicia la isquemia del contenido del saco en menor tiempo (1). Es aceptado que lo ideal es operar a los pacientes geriátricos de manera electiva, con el fin de evitar la alta morbimortalidad de la cirugía urgente (6,13).

La patología herniaria es una afección que se presenta con gran frecuencia en la práctica quirúrgica de un cirujano general, esta requiere de gran entrenamiento y dedicación; de hecho existen prestigiosos Especialistas, Instituciones y Sociedades a nivel Nacional e Internacional que se ocupan de aunar experiencias para el mejor manejo quirúrgico de las hernias, en aras de disminuir los índices de recidivas.

No obstante, al desarrollo tecnológico, la fabricación de mallas (cada vez con mayor bioaceptabilidad), los avances en las técnicas anestésicas, en los cuidados intensivos del paciente quirúrgico y el uso de antibióticos; hay familiares y médicos que sostienen el criterio de no intervenir quirúrgicamente a los ancianos, por el riesgo que esto constituye, sin tener presente las consecuencias de una cirugía urgente. La mitad de las personas que cumplen más de 65 años requerirán al menos una intervención quirúrgica durante el resto de su vida (1), esta es una verdad para la que tenemos que estar preparados. Entonces ¿por qué condenar a los ancianos a vivir con limitaciones por tener una hernia?, ¿por qué esperar que se compliquen para resolver el problema en una cirugía urgente?, además ¿por qué violar uno de los principios básicos del individuo que es la autodeterminación? Muchas veces nos encontramos pacientes ancianos decididos a una intervención por las molestias que tienen y

familiares que se oponen a ella por el temor a una complicación; y peor aún, médicos para los que la ancianidad es una limitante. A ningún paciente le debe ser negada una intervención quirúrgica sobre la base de la edad, si conocemos que el mayor riesgo es directamente proporcional a las enfermedades asociadas. El retraso en el diagnóstico y la demora del tratamiento en esta población, no hacen más que incrementar la tasa de mortalidad'

Ya es una realidad el desarrollo de la cirugía geriátrica dónde la implementación de una evaluación del riesgo quirúrgico es exigida por un equipo multidisciplinario. Y no constituye la edad un factor de riesgo por se para realizar alguna intervención siempre y cuando sea en el marco de mejorar la calidad de vida del anciano.

El objetivo debe ser disminuir la morbimortalidad, mantener la autonomía del paciente y la capacidad de valerse por sí mismo, ofreciéndoles la mejor calidad de vida posible.

Conclusión.

El tratamiento de las hernias umbilicales en las personas mayores debe realizarse en cirugía electiva; con lo cual se evitaría la alta morbimortalidad de la cirugía urgente.

Referencias bibliográficas:

1. Abraham Arap J.F: Cirugía de las Hernias de la Pared Abdominal. ECIMED. Editorial Ciencias Médicas, la Habana, 2010. Hernias de la pared en el adulto mayor, pags127.159.
2. Canavocio G.,Bastet R., Alcaraz A. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1320/1/Hernia-Umbilical-Gigante-Atascada-del-Adulto.htm> Publicado: 26/11/2008[consultada 10/4/12]
3. Socas Macías M., Ibáñez Delgado F., López Bernal F., Álamo Martín J. M., Obispo Entrenas A., Robles de la Rosa J. A. et al .Recurrent gastric incarceration in long-term umbilical hernia. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2012 Abr 10]; 97(8): 605-606. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000800012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082005000800012>.

4. Hidalgo M., Higuero F., Álvarez-Caperochipi J., Machuca J., Laporte E., Figueroa J., et al. Hernias de la pared abdominal. Estudio multicéntrico epidemiológico (1993-1994). *CirEsp* 1996; 59: 309-405.
5. García Ureña MA, Rico Selas P, Seoane J, Marcello M, Moreno González E, Corral Sánchez MA et al. Hernia umbilical del adulto. Resultados a largo plazo en pacientes operados de urgencia. *CirEsp* 1994; 56: 302-306.
6. Vásquez JN, Palacios O, Mejía A, Valencia CJ, Meza RJ, Torres MA. Herniorrafíatransumbilical: descripción de una nueva técnica quirúrgica para el manejo de la hernia umbilical. *Rev CES Med* 2008;22(2): 7-14.
7. Bessa M, Katri K, Abdel-Salam W, Abdel-BakiN. Early results from the use of the Lichtenstein repair in the management of strangulated groin hernia. *Hernia* 2007; 11: 239-42.
8. Wysocki A, Kulawik J, Pozniczek M, StrzaBka M. Is the Lichtenstein operation of strangulated groin hernia a safe procedure?. *World J Surg* 2006; 30:2065-70.
9. Wysocki A, Pozniczek M, Krzywon J, Bolt L. Use of polypropylene prostheses for strangulated inguinal and incisional hernias. *Hernia* 2001; 5:105-6.
10. Abraham Arap JF; Cruz Gómez A; García Gutierrez A. Hernia umbilical y defectos congénitos de la línea alba. En *Cirugía Tomo III*. García Gutierrez A y Pardo Gómez G. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2007; pág. 1510-1528.
11. Salameh JR. Primary and unusual abdominal wall hernias. *SurgClin North Am*. 2008Feb;88(1):45-60.
12. Vásquez JN, Palacios O, Mejía A, Valencia CJ, Meza RJ, Torres MA. Herniorrafíatransumbilical: descripción de una nueva técnica quirúrgica para el manejo de la hernia umbilical. *Rev CES Med* 2008;22(2): 7-14.
13. Venturelli F., Paredes M., Paillahueque G., Bórquez P., et al. Hernias de pared abdominal complicadas operadas de urgencia. Serie de casos. *Cuad.Cir.* 2009; 23: 11-14