



MANEJO DE EVENTRACIÓN CON PÉRDIDA DE DOMICILIO POR TÉCNICA DE GOÑI MORENO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Dres. Delgado, Franyer¹, Brewer, Thomas², Terán, Francisco³.

¹Residente de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello Cruz Roja Venezolana. ²Residente de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello Cruz Roja Venezolana. ³Especialista en Cirugía General Jefe de Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello.
E-mail: Franyerjdb@gmail.com

RESUMEN: La eventración se define como la protrusión del peritoneo parietal acompañado o no de vísceras a través de una cicatriz patológica en una herida quirúrgica o traumática, que afecta los planos músculo-fascio-aponeuróticos. El neumoperitoneo progresivo preoperatorio (NPP) es una técnica empleada en el manejo de eventraciones gigantes con el objetivo de facilitar la reparación quirúrgica y reducir las complicaciones asociadas. Consiste en la insuflación gradual de aire en la cavidad abdominal, a través de un catéter intraperitoneal, durante un periodo de tiempo determinado. Esta técnica permite la distensión gradual de la cavidad abdominal, lo que facilita la reducción del saco herniario y la reposición de las vísceras, disminuyendo así la tensión sobre las estructuras de la pared abdominal durante la cirugía. Al reducir la presión intraabdominal, se previene el desarrollo del síndrome compartimental abdominal, una complicación grave que puede llevar a insuficiencia respiratoria y disfunción multiorgánica. La colocación del catéter se realiza bajo guía ecográfica o tomográfica, y la insuflación se lleva a cabo con volúmenes diarios de aire que oscilan entre 500 y 1000 ml. Entre los beneficios adicionales del NPP se encuentran la elongación de los músculos de la pared abdominal, la lisis de adherencias intraabdominales y la mejora de la función diafragmática. **RCM 2025. 64;159(1): 27-31.**

Palabras claves: eventración, abdomen, neumoperitoneo progresivo, síndrome compartimental abdominal, insuflación, catéter intraperitoneal, cirugía de la pared abdominal.

EVENTRATION MANAGEMENT WITH LOSS OF DOMAIN USING THE GOÑI MORENO TECHNIQUE: CLINICAL CASE PRESENTATION

ABSTRACT: The Eventration is defined as the protrusion of the parietal peritoneum accompanied or not by viscera through a pathological scar in a surgical or traumatic wound which affects the fascia-aponeurotic--muscle plans. The preoperative progressive pneumoperitoneum (PPP) is a technique used in the management of giant eventrations with the aim of facilitating surgical repair and reducing associated complications. It consists in the gradual insufflation of air into the abdominal cavity through an intraperitoneal catheter over a determined period of time. This technique allows gradual distention of the abdominal cavity which facilitates the reduction of the hernial sac and the repositioning of the viscera thus reducing the tension on the structures of the abdominal wall during surgery. By reducing intra-abdominal pressure, the development of abdominal compartment syndrome, a serious complication that can lead to respiratory failure and multiple organ dysfunction, is prevented. The Catheter placement is performed under ultrasound or tomographic guidance and insufflation is carried out with daily air volumes in a range between 500 and 1000 ml. Additional benefits of PPP include the elongation of abdominal wall muscles, the lysis of intra-abdominal adhesions and the improvement of the diaphragmatic function. **RCM 2025. 64;159(1): 27-31.**

Key words: eventration, abdomen, progressive pneumoperitoneum, abdominal compartment syndrome, insufflation, intraperitoneal catheter, abdominal wall surgery.

INTRODUCCIÓN

La eventración, también conocida como hernia incisional, es una complicación postquirúrgica

caracterizada por la protrusión anormal del contenido intraabdominal a través de una cicatriz patológica en la pared abdominal. Se considera gigante o con pérdida de

domicilio cuando más del 50% del contenido abdominal permanece fuera de la cavidad [1,2]. Estos casos complejos requieren un manejo quirúrgico cuidadoso debido a las posibles complicaciones, como el síndrome compartimental abdominal, que puede ocasionar insuficiencia respiratoria aguda por el aumento de la presión intraabdominal [3].

El Neumoperitoneo progresivo preoperatorio, técnica propuesta por Goñi-Moreno en 1940, es una herramienta preoperatoria clave en la preparación de pacientes con eventraciones gigantes. Este procedimiento consiste en la insuflación gradual de aire en la cavidad abdominal, lo que permite la expansión de la cavidad y facilita la reducción del contenido herniario [2,3,4]. Esta técnica, ha demostrado ser efectiva en reducir complicaciones intraoperatorias, mejorar la función diafragmática y optimizar el manejo quirúrgico en estos pacientes [5].

En esta revisión de caso clínico, se analizará el manejo de una hernia gigante con pérdida de domicilio utilizando el NPP, con énfasis en los aspectos técnicos y beneficios observados. Se expondrán los principales hallazgos a partir de una revisión de la literatura, destacando los resultados obtenidos y las complicaciones prevenidas. Esta revisión incluye referencias a estudios clave que soportan la eficacia de estas técnicas en el tratamiento de las hernias de pared abdominal complejas.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 58 años con antecedentes de laparotomía exploratoria por herida de arma de fuego hace 12 años. Consulta por un aumento progresivo de volumen abdominal en la línea media supra e infraumbilical, exacerbado por maniobras de Valsalva concomitante dolor EVA 7/10 en región descrita sin atenuantes. No tiene antecedentes médicos relevantes relacionados con su afección actual, aunque refiere un hábito tabáquico de 30 años (8 cigarrillos diarios).

En el examen físico, se observó un abdomen globoso debido a panículo adiposo, con una cicatriz hipertrófica e hipocrómica en la región supra e infraumbilical. A la palpación, se identificó un defecto aponeurótico de aproximadamente 15 x 10 cm (Figura 1), con un saco



Figura 1. Paciente en el cual se evidencia aumento de volumen abdominal con presencia de saco herniario de 15x10cm aproximadamente.

herniario irreductible de 30 cm, doloroso a la palpación profunda. El diagnóstico clínico se orientó hacia una eventración con pérdida de domicilio, confirmado posteriormente por tomografía computarizada (TC) abdominal (Figuras 2 y 3).

El caso fue asumido por el servicio de Cirugía General del Hospital Carlos J. Bello, Cruz Roja y se programa para resolución quirúrgica mediante una C.O de eventración



Figura 2. Tomografía computarizada en plano sagital que revela una solución de continuidad de la aponeurosis (flechas rojas) con eventración abdominal (flecha azul) de contenido de grasa y asas intestinales delgadas.

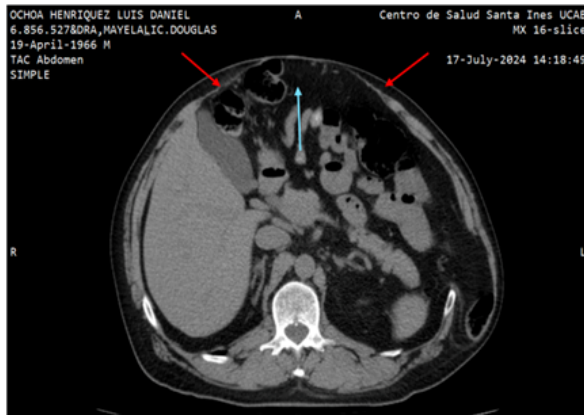


Figura 3. Tomografía computarizada en plano axial revela una solución de continuidad de la aponeurosis (flechas rojas) con eventración abdominal (flecha azul) de contenido de grasa y asas de intestino delgado.

con pérdida de domicilio con previa realización de NPP. Para iniciar el NPP se procedió a la colocación de un catéter de vía central 7fr bilumen 20 cm trazando una línea imaginaria desde espina iliaca antero-superior derecha hasta el ombligo, dividiendo en 3 partes iguales y procediendo a la inserción del catéter en 1/3 medio, fijado con puntos de sutura con Nylon 3-0 (Figura 4). Se inicia el NPP con 0,4 L de aire ambiente por 3 días, progresando a 0,6 en los siguientes 3 días, hasta



Figura 4. Paciente con eventración gigante posterior a la colocación del cateter bilumen

completar 1 L limitado por la tolerancia referida por el paciente hasta cumplir 16 días de insuflaciones.

En el día 16, se evidenció eritema periférico en el sitio de inserción del catéter (Figura 5), asociado a dolor a la palpación, diagnosticándose una infección de piel y partes blandas (IPPB). Se retiró el catéter y se inició tratamiento antibiótico con clindamicina 600 mg cada 12 horas durante 7 días, con evolución satisfactoria y reducción parcial del contenido herniario hacia la cavidad abdominal (Figura 6) así como mejoría significativa de la sintomatología dolorosa Escala Visual Analógica del Dolor 0/10. En espera de turno quirúrgico para resolución de la misma.

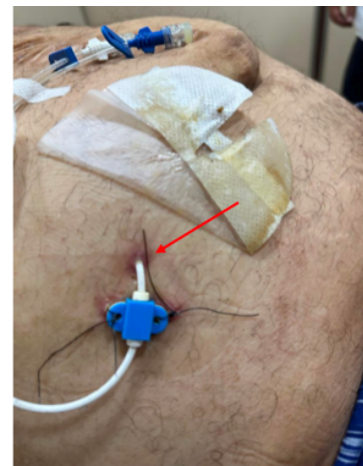


Figura 5. Cateter bilumen colocado en flanco derecho evidenciándose IPPB (flecha roja) punto de partida catéter venoso central



Figura 6. Paciente posterior a 16 días de NPP, donde se evidencia reducción satisfactoria del contenido abdominal.



DISCUSIÓN

Las eventraciones gigantes representan un desafío significativo en la práctica quirúrgica. Estas hernias, caracterizadas por defectos de la pared abdominal de gran tamaño, conllevan a una serie de complicaciones intraoperatorias [9] que aumentan considerablemente la morbilidad asociada a su reparación. La técnica del neumoperitoneo progresivo, es una herramienta valiosa para el manejo de dichos casos. Acorde a la definición de eventración gigante se define como la protrusión anormal del contenido intraabdominal a través de una cicatriz patológica en una herida quirúrgica o traumática [1,2,3]. En el caso descrito la protrusión correspondía a más del 50% del contenido abdominal posterior a procedimiento quirúrgico realizado por una herida por arma de fuego. Entendiendo la dificultad del manejo quirúrgico basado en ese diagnóstico se realizó la técnica de Goñi-Moreno [2,9,10], previo al acto quirúrgico iniciándose el tratamiento ambulatorio, posterior a la colocación de un catéter venoso central en flanco derecho. Se realizaron insuflaciones interdiarias de aire ambiente durante 16 días que iniciando con 0,4 L progresando hasta llegar a 1L limitándonos acorde a la tolerancia indicada por el paciente según lo descrito en la técnica [6-8], así como la mejoría de la sintomatología dolorosa basado en la escala EVA 0/10 [11] y mejoría funcional basado en el Escala de Karnofky que se evidencio en una aumento del valor inicial de un 70% a un valor del 100% refiriéndose a una condición en la cual puede realizar actividades normales con leve sintomatología[13]. Las complicaciones descritas para esta técnica son principalmente locales, como el enfisema subcutáneo y las infecciones de pared abdominal [10] sin embargo en este caso se evidencio una infección de la pared abdominal punto de partida catéter venoso central, complicación no asociada a la técnica de Goñi-Moreno sino más bien descrita como una de las complicaciones más frecuentes en de la colocación de catéteres venosos centrales abarcando hasta un 25% de los casos [13].

CONCLUSIÓN

La corrección de eventraciones gigantes plantea un desafío considerable en la cirugía debido a las

complicaciones intraoperatorias y la alta morbilidad asociada. La técnica de neumoperitoneo progresivo según Goñi-Moreno, demuestra ser una herramienta útil en la preparación preoperatoria de estos pacientes. En el caso descrito, el empleo de la misma permitió la reintroducción y la tolerancia del contenido abdominal, así como, la disminución de la sintomatología dolorosa, y la mejoría funcional, preparando al paciente para una resolución quirúrgica posterior, con un índice de morbilidad significativamente menor. Aunque en este caso se evidenció una complicación infecciosa asociada al uso del catéter venoso central, esta no se encuentra relacionada directamente con la técnica de Goñi-Moreno. En conclusión, el neumoperitoneo progresivo es una técnica efectiva y segura para la preparación de pacientes con eventraciones gigantes, con complicaciones locales manejables, mejoras significativas en la funcionalidad y calidad de vida del paciente previo a la cirugía resolutive.

REFERENCIAS

1. Vista de PARED ABDOMINAL COMPLEJA Y EL RADIOLOGO. (n.d.).
2. Hernias con derecho a domicilio. Revisión en los últimos (n.d.).
3. GONI MORENO I. Tratamiento racional de las hernias y eventraciones crónicas voluminosas. Preparación de los enfermos con neumoperitoneo progresivo. Técnica original [Rational treatment of chronic massive hernias and eventrations; preparation of a patient with progressive pneumoperitoneum; original technic]. Prensa Med Argent. 1951 Jan 5;38(1):10-21. Undetermined Language. PMID: 14816251.
4. Sanclemente, M. C. L., Robres, J., Cano, M. L., Barri, J., Lozoya, R., López, S., Vasco, M. A., Buqueras, M. C., Subirana, H., & Jorba, R. (2013). Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernias gigantes de la pared abdominal. *Cirugía Española, 91*(7), 444–449.
5. O, C. T., Ferreira, R., Theys, L., Martínez, N., González, E., & Pérez, R. (n.d.). Aplicación del neumoperitoneo progresivo preoperatorio en las afecciones parietales complejas.
6. Bueno-Lledó, J., Gallud, A. T., Rosellón, R. J., Tatay, F. C., Pastor, P. G., Diana, S. B., & Hernández, J. I. (2017a). Preparación preoperatoria de la hernia con pérdida



de domicilio. Neumoperitoneo progresivo y toxina botulínica tipo A. **Cirugía Española, 95*(5), 245–253.*

7. S. Willis, V. Schumpelick. Use of progressive pneumoperitoneum in the repair fo giant hernias. *Hernia, 4 (2000), pp. 105-111*
8. S. McAdory, W. Cobb, A. Carbonell. Progressive pneumoperitoneum for hernias with loss of domain. *Am Surg, 75 (2009), pp. 504-509*
9. A. Toniato, P. Constantino, B. Paolo. Incisional hernia treatment with progressive pneumoperitoneum and retromuscular prosthetic hernioplasty. *Arch Surg, 387 (2002), pp. 246-248*
10. Ricciardi GL. Eventraciones y hernias por deslizamiento: tratamiento y técnicas pre y postoperatorias. *Tendencias en Medicina. 2011; 6: 123-128.*
11. Forteza, J. C., Pascual, X. A., Macarrilla, S. R., Martinez, G. V., Riqué, M. P., & Puig, J. R. (n.d.). Adaptación al Servicio de Radiología de la Técnica Goñi-Moreno: Neumoperitoneo Progresivo pre-operatorio en la reparación de hernias gigantes de pared abdominal con pérdida de domicilio. *Seram.*
12. Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro, C. (n.d.). Monitorización del Dolor: Recomendaciones del Grupo de Trabajo de analgesia Y sedación de la semicyuc. *Medicina Intensiva.*
13. Christensen, B. (2023, January 19). Karnofsky Performance Status Scale: Karnofsky Performance Status Scale. *Diseases & Conditions - Medscape Reference.*
14. Firstenberg, M., Kornbau, C., Lee, K., & Hughes, G. (2015a). Central line complications. *International Journal of Critical Illness and Injury Science, 5(3), 170.*