

Hernia inguinal atascada e infarto agudo del miocardio. Presentación de un caso

Obstructed inguinal hernia and acute myocardial infarction. Case presentation

Dr. Nelson Camacho Álvarez; Dra. Roisi Valladares Lorenzo; Dr. José Luis López Montaña; Dr. José Acosta Varona; Dr. Adalio Fragela Pacheco

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 65 años de edad, con abdomen agudo por hernia inguinal derecha atascada en el transcurso de un infarto agudo del miocardio, por lo que fue remitido desde el hospital municipal de Florida Comandante Manuel Piti Fajardo y recibido por el servicio de cirugía del Hospital Provincial Clínico Docente Manuel Ascunce Domenech, con un cuadro clínico de abdomen agudo asociado a un infarto agudo del miocardio en evolución, fue necesaria la intervención quirúrgica urgente realizada por quelotomía y herniorrafia. Su postoperatorio fue de 13 días en las salas de cuidados intensivos, terapia intermedia y sala de cirugía, con una evolución satisfactoria.

DeCS: HERNIA INGUINAL; INFARTO DEL MIOCARDIO.

ABSTRACT

A 56 years-old patient who presented acute abdomen with obstructed right inguinal hernia in the course of an acute myocardial infarction was presented. He was remitted from a Comandante Manuel Piti Fajardo municipal hospital of Florida to Manuel Ascunce Domenech provincial hospital of Camagüey in the surgery service with the clinical picture of acute abdomen associated to a myocardial infarction in evolution. It was necessary a urgent surgical intervention which was performed by chelotomy and hemioraffia, his postoperative was 13 days in the intensive care unit, intermediate therapy and surgery ward with a satisfactory.

DeCS: HERNIA INGUINAL; MYOCARDIAL INFARCTION.

INTRODUCCIÓN

En un enfermo con cuadro abdominal agudo, el inmediato reconocimiento y tratamiento del infarto del miocardio agudo garantiza la buena evolución de estos pacientes, si a esto se suma la coexistencia de un cuadro abdominal agudo, empeora su pronóstico. En nuestro medio esta asociación es poco frecuente, de esta forma es necesario tener siempre en mente que su identificación y terapéutica oportunas disminuyen la incidencia de complicaciones, favorecidas por la progresión del padecimiento abdominal.¹

De seguir una terapéutica expectante en pacientes con esta asociación, el índice de mortalidad se eleva a más del 90 %⁽²⁾ razón por la cual la laparotomía exploradora no se considera una contraindicación en el tratamiento a estos enfermos.³

La hernia inguinal es una entidad casi habitual de las consultas de cirugía general y el infarto agudo del miocardio una afección muy frecuente en las salas de terapia intensiva de nuestros hospitales, nunca hasta ahora tuvimos conocimientos de la concomitancia de ambas afecciones en un mismo paciente, lo que nos motivó la revisión de la bibliografía.^{4, 5}

El objetivo esencial de nuestro informe es dar a conocer cómo una atención multidisciplinaria, un caso de infarto agudo del miocardio de tres días de evolución y hernia inguinal izquierda atascada, es posible obtener buenos resultados.

REPORTE DE CASO

Paciente del sexo masculino, 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, fumador y hernia derecha atascada de 15 años de evolución, sin tratamiento, ingresado en la sala de terapia intensiva del hospital municipal de Florida Comandante Manuel Piti Fajardo, de la provincia de Camagüey, desde hace tres días, con el diagnóstico de infarto agudo del miocardio, en el cual se produce atascamiento de la hernia al realizar esfuerzo físico en el momento de la defecación. A partir de ese instante comenzó el dolor en la región inguinal izquierda, acompañado de vómitos de contenido biliar y restos alimentarios, con toma del estado general marcado.

Al reconocimiento el paciente se encontraba sudoroso, pálido, y al examen de la región inguinal se constata tumoración de 10 cm de longitud, dolorosa, con cambios de coloración e irreducible a la palpación de forma difusa con ligero timpanismo y ruidos hidroaéreos dentro de límites normales. Por lo anterior, se valoró un traslado al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech, donde se recibe al paciente con similar cuadro clínico; se toman signos vitales donde la tensión arterial es de 105/60 mmHg y, un pulso radial de 110 por minuto, se encuentra frecuencia respiratoria con ligera polipnea axilar normal, y se realizan los siguientes complementarios:

Glicemia: 4,4 mmol /l

Creatinina: 108 mmol/l

EKG: Se observa supradesnivel del segmento ST con T invertida en derivación V1-V2 (foto)

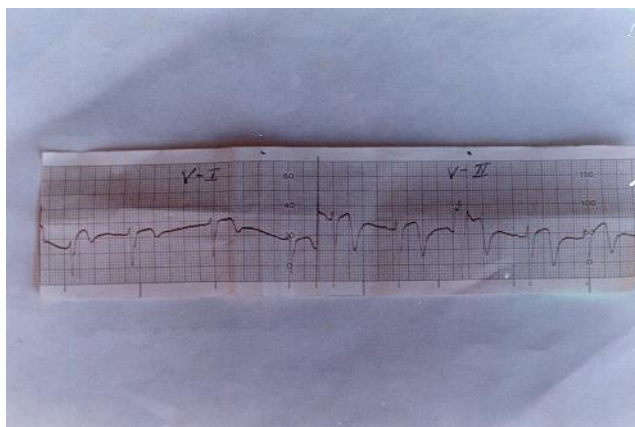


Fig. 1. EKG con supradesnivel del segmento ST con T invertida en derivación V1-V2

Se coloca al paciente en la unidad de vigilancia inmediata (UVI) donde se trata de estabilizar hemodinámicamente y se toman muestras de sangre para el Banco de Sangre, de donde es trasladado al salón de operaciones para la intervención quirúrgica de urgencia.

Se realiza inguinotomía izquierda al encontrarse saco herniado atascado a nivel del anillo inguinal superficial, se realiza quelotomía, apertura del saco, el cual contiene en su interior el intestino delgado viable. Se repara la hernia según técnica de Zimmerman. Durante el transoperatorio el paciente presentó ligeras arritmias que fueron controladas por los anestesiólogos.



Fig. 2. Presencia de hernia inguinal izquierda atascada

El postoperatorio inmediato del paciente transcurre en la sala de terapia intensiva por cinco días donde fue seguido clínica y electrocardiográficamente, comportándose según la evolución propia de un infarto, además, desde el punto de vista quirúrgico, se desenvolvió satisfactoriamente, por lo que fue trasladado a la sala de terapia intermedia donde permaneció por un período de tres días sin alteraciones. Posteriormente es llevado a la sala de Cirugía donde se retiran los puntos y es dado de alta a las 72 horas. Son 11 días de evolución.

COMENTARIOS

La coexistencia de infarto agudo del miocardio y abdomen agudo es poco común, se hallan pocas citas bibliográficas acerca del tema en la literatura oriental y occidental. ⁽⁵⁾ En nuestro país fue vital conocer tempranamente las complicaciones abdominales ya que mientras más rápido sean identificadas, menor será el deterioro general. Se detectan como complicaciones graves la hipovolemia por secuestro de líquidos, pérdidas externas por vómito, desequilibrio hidroelectrolítico, ácido base grave y sepsis como complicación de alta mortalidad.

La terapéutica para hernia inguinal relacionada con el infarto del miocardio se reporta de forma electiva; sin embargo, su comportamiento como afección aguda por atascamiento no ha sido reportada. ^{4, 6}

Los pacientes que padecen de infarto agudo del miocardio están sujetos a presentar las mismas afecciones del abdomen agudo que la población general.

En este caso el paciente no presentó ninguna complicación quirúrgica y no se modificó la evolución del infarto, ya que el tratamiento estuvo dirigido a establecer una volemia satisfactoria mediante la administración de plasma y soluciones electrolíticas para mantener una adecuada diuresis y una presión capilar pulmonar de 12 a 18 mmHg. ^{3, 6}

Esta disminución de las complicaciones en el paciente, es consecuencia de un monitoreo riguroso transoperatorio por parte de los anestesiólogos y posterior a la cirugía en las salas de terapia intensiva por nuestros intensivistas y cardiólogos, además de un seguimiento minucioso por parte del equipo quirúrgico para identificar precozmente fallas que repercutan en su estabilidad hemodinámica. ^{4, 6, 7}

Con este paciente se demuestra que cualquier enfermo aquejado de IMA puede complicarse con abdomen agudo, pero sin contraindicación de la cirugía, a excepción de que el problema hemodinámico sea tan serio (shock cardiogénico, edema agudo del pulmón) que aplase el acto quirúrgico, por lo que la cirugía se debe llevar a cabo en el momento de hacer el diagnóstico, de esta forma la disminución de las complicaciones y la mortalidad se verán favorecidas por la intervención temprana, el monitoreo hemodinámico completo antes, durante y después de la cirugía y también por el manejo multidisciplinario de los paciente. ^{8, 9}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constatiniu I, Mihalide D, Constatiniu R. Coexistence of surgical acute abdomen and acute myocardial infarct. Rev Chir. 1997;28(6):431-5.
2. Dimitrov G. Acute surgical abdomen and its clinical mask in patients with a history of myocardial infarct. Rev Khirurgia Bulgaria. 1997;40(4):55-60.

3. Butsenko VN, Iaroshchak W, Popandupulo GB, Roshin SI. Characteristics of the diagnosis and treatment of acute myocardial infarction. Rev Chir Russian. 1996;24-6.
4. MacAuley CE, Watson CG. Elective Inguinal hemiorrhaphy after myocardial infarction. Rev Chir North. 1998;159(1):36-8.
5. Kósulas Z. Infarto agudo del miocardio y pirolecisto. Informe de un caso. Rev Arch Ins Card México. 1997;399-40.
6. Setsenko GS, Kukhar VP, Markiv IM, Borchuck LI, Ivaniuk VA. Acute abdomen in myocardial infarct. Moscú: Vrach Delo Russian; 1982.
7. Sorochan M, Lynn BB. Infarto Agudo del Miocardio y Abdomen Agudo. Rev Chir North. 2000;24(5):431-9.
8. Moreno Suárez SL. El Abdomen Agudo. ¿Un problema de salud? Rev Mexicana Salud. 2000;25(3):54-63.
9. David JE. Paciente Ambulatorio. Rev Mexicana Med. 1998;3(1):25-36.

Recibido: 6 junio de 2002

Aprobado: 12 diciembre 2002

Dr. Nelson Camacho Álvarez. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.