

# Hernia umbilical eviscerada en pacientes cirróticos: reporte de un caso

**Autores** Tamara Laucho,<sup>1</sup> Marialy Díaz,<sup>1</sup> Luz Celeste Martínez,<sup>1</sup> Yleana Márquez,<sup>1</sup> Edmundo Martínez,<sup>1</sup> Marlene Domínguez,<sup>2</sup> Manuel Carreiro<sup>2</sup>

**Afiliación** <sup>1</sup>Residentes del postgrado de Gastroenterología del Hospital Dr. Domingo Luciani. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Caracas, Venezuela.  
<sup>2</sup>Adjuntos de Gastroenterología del Hospital Dr. Domingo Luciani, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2013;67(3):156-159. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dr. Manuel Carreiro. Médico Gastroenterólogo. Adjunto de Gastroenterología del Hospital Dr. Domingo Luciani, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Caracas, Venezuela.

Correo-e: carreirmanuel@gmail.com

Fecha de recepción: 11 de Noviembre de 2012. Fecha de revisión: 19 de Junio de 2013. Fecha de aprobación: 25 de Junio de 2013.

## Resumen

La evisceración espontánea de las hernias umbilicales en pacientes con cirrosis hepática y ascitis es una complicación rara y potencialmente fatal que ocurre en menos de un 2% de los pacientes con esta patología.

Se presenta un caso de un paciente masculino de 58 años de edad conocido con el diagnóstico de cirrosis hepática por alcohol, Child B, con síndrome de hipertensión portal, que consultó por dolor abdominal tipo cólico difuso y salida espontánea de líquido ascítico de color amarillo, no fétido, a través de hernia umbilical, de gran tamaño, con erosiones en su superficie. El citoquímico del líquido ascítico fue compatible con peritonitis bacteriana secundaria. Se manejó conjuntamente con cirugía, de forma conservadora con antibioticoterapia parenteral. Al cuarto día se apreció salida del epiplón a través del saco herniario. Se realizó herniorrafia umbilical sin complicaciones, evolucionando satisfactoriamente.

Desde el primer caso reportado en 1901, son pocos los casos registrados en la literatura. Los factores precipitantes descritos son traumatismos y aumento de presión intra-abdominal.

El manejo de la hernia umbilical en el paciente cirrótico es controversial, cuando se desarrollan complicaciones como la evisceración, la conducta quirúrgica es urgente.

**Palabras clave:** evisceración, hernia umbilical, cirrosis.

## EVISCERATED UMBILICAL HERNIA IN CIRRHOTIC PATIENTS: CASE REPORT

### Summary

Spontaneous evisceration of umbilical hernias in patients with cirrhosis and ascites is a rare and potentially fatal complication that occurs in less than 2% of patients.

We report a case of a 58-year old male patient with Child B alcoholic liver cirrhosis, with portal hypertension, who presented with diffuse crampy abdominal pain and spontaneous leaking of yellow not foul ascitic fluid through a large umbilical hernia with superficial tiny erosions. Cytochemical ascitic fluid analysis was consistent with secondary bacterial peritonitis. Patient was managed conservatively with parenteral antibiotics in conjunction with surgery. On fourth day, the omentum was seen through the hernia sac and surgical repair was performed without complications and the patient did well in the postoperative period.

Since the first case reported in 1901, there had been few cases reported in the literature. Trauma and increased intra-abdominal pressure are among the precipitants reported.

Management of umbilical hernia in cirrhotic patients is controversial, however when they develop complications, surgical treatment become urgent.

**Key words:** evisceration, umbilical hernia, cirrhosis.

## Introducción

Las hernias umbilicales en adultos representan alrededor del 6 % de todas las hernias de la pared abdominal.<sup>1</sup> Son el resultado del debilitamiento progresivo del tejido cicatrizal que cierra el anillo umbilical, debido a factores predisponentes tales como la obesidad, embarazos múltiples con trabajo de parto prolongado, ascitis y tumores intraabdominales de gran tamaño,<sup>2</sup> lo que conlleva a la protrusión del peritoneo, líquido ascítico, epiplón e intestino.<sup>3</sup>

La hernia umbilical está presente hasta en un 20% de los pacientes con cirrosis hepática y ascitis.<sup>4,5</sup> En los pacientes cirróticos a medida que aumenta la presión intraabdominal, aumenta el tamaño de las hernias y a su vez la posibilidad de complicaciones. La ruptura de la hernia y la evisceración son raras, pero la mortalidad asociada puede llegar al 30%,<sup>7,9</sup> por el riesgo de insuficiencia renal, insuficiencia hepática, peritonitis y la posibilidad de sepsis y falla multiorgánica.<sup>3,6</sup> Presentamos un caso con esta complicación y revisamos brevemente la literatura asociada.

## Caso clínico

Se presenta un paciente masculino de 58 años con antecedentes de cirrosis hepática secundaria a alcohol, Child B, complicada con síndrome de hipertensión portal, que consultó la emergencia de nuestro centro por dolor abdominal difuso tipo cólico, de moderada intensidad, y salida de líquido, amarillento, no fétido, de manera espontánea a través de hernia umbilical. Sin fiebre.

Al examen físico, el paciente lucía pálido, sin alteraciones en la esfera cardiopulmonar. El abdomen globoso, ascitis a tensión, doloroso a la palpación superficial y profunda, de manera difusa, con un anillo umbilical permeable con saco herniario de gran tamaño, no reductible, doloroso, con erosiones en su superficie y salida de líquido amarillento, no fétido. El resto de la exploración física fue normal.

Se manejó en un principio de forma conservadora con antibióticos de amplio espectro paracentesis terapéutica y diuréticos. Los exámenes paraclínicos reportaron leucocitosis con neutrofilia, (**Cuadro 1**). El estudio citoquímico del líquido ascítico fue sugestivo de peritonitis bacteriana secundaria (**Cuadro 2**). El paciente mejoró, pero al cuarto día de su hospitalización se apreció salida de epiplón a través de la cicatriz umbilical (**Figura 1**). Se planteó el diagnóstico de evisceración y el servicio de cirugía de guardia procedió a realizar herniorrafia umbilical (**Figura 2**). Los hallazgos operatorios demostraron que el saco herniario umbilical estaba roto con exposición del epiplón, sin cambios de coloración que afectaran su viabilidad. El anillo umbilical estaba dilatado con un diámetro de alrededor de 5 cm. El paciente evolucionó satisfactoriamente durante el postoperatorio, egresando en buenas condiciones.

### Cuadro 1 Laboratorio clínico de ingreso

LABORATORIO	25/08/11
Hb (gr/dl)	11
Hcto	33,8%
Leucocitos	15,14
Neutrófilos	78,7%

### Cont. Cuadro 1 Laboratorio clínico de ingreso

LABORATORIO	25/08/11
Plaquetas	469.000
Glicemia (mg/dl)	198
BUN	18
Creatinina	1,0
AST (U/Lt)	31
ALT (U/Lt)	17
PT	4,4
PTT	-1,6
PROT (gr/dl)	6,8
Albúmina (gr/dl)	2,8
Globulinas (gr/dl)	4.11

### Cuadro 2 Laboratorio clínico de ingreso

Citoquímico de líquido ascítico: 25/08/11
* Color: amarillo.
* Aspecto turbio
* Glucosa: 141 mg/dl
* LDH: 776. U/Lt
* Proteínas: 2,83 gr/dl
* Albúmina: 1,25 gr/dl
* Células: 6450
* PMN: 73%
* MN: 27%



**Figura 1** Hernia umbilical gigante eviscerada



**Figura 2** Herniorrafia

## Discusión

La aparición de una hernia umbilical en un paciente cirrótico con ascitis es sinónimo de problemas. Si no se logra controlar adecuadamente la ascitis, el aumento de la presión intraabdominal hará que el saco herniario sea cada vez de mayor tamaño y las paredes más delgadas, pudiendo contener segmentos más o menos importantes de epiplón o intestino delgado en su interior que, eventualmente, pueden estrangularse o llevar a la ruptura del saco,<sup>9,10</sup> evento que es excepcional en pacientes sanos no ascíticos.<sup>6</sup>

El primer caso reportado de drenaje espontáneo de líquido ascítico a través de una hernia umbilical ocurrió en 19/01/11. Por razones desconocidas, predomina en pacientes cirróticos de etiología alcohólica y suele estar precedido hasta en el 81 % de los casos, por cambios de coloración y ulceraciones en la superficie de la hernia antes de la ruptura.<sup>12,13</sup> El crecimiento rápido de la hernia es otro factor de riesgo a considerar en estos pacientes. Esta observación podría de utilidad para prevenir la ruptura en aquellos pacientes en los que se logre evidenciar estos signos en forma precoz, con paracentesis reiteradas, uso de diuréticos y cubriendo la hernia con apósitos estériles a presión.<sup>3</sup>

Dentro de los factores precipitantes podemos considerar el trauma local, el aumento brusco de la presión intraabdominal, como ocurre durante la tos, el vómito o la realización de una gastroscopia, e incluso por el esfuerzo realizado en la evacuación.<sup>13</sup>

La ascitis no solo contribuye en forma decisiva a la aparición de la hernia, sino también es responsable de sus complicaciones entre ellas el atascamiento y estrangulación, sobre todo cuando se realiza una rápida evacuación del líquido ascítico.<sup>10</sup>

El manejo conservador de estos pacientes no es una opción, pues se asocia con tasas de mortalidad que varían entre el 60 y el 100%,<sup>3</sup> sin embargo, el momento óptimo de la cirugía va a depender de cada paciente en particular, e implica el control de la ascitis, el estado nutricional, el perfil de coagulación y la respuesta a los antibióticos. La cirugía tendrá menos complicaciones en

un paciente con un buen control de la ascitis, menor compromiso de la función hepática y un estado nutricional adecuado.

La mayoría de los cirujanos prefieren abordar la reparación de la hernia umbilical solo cuando surgen complicaciones.<sup>10</sup> De preferencia, se debe tratar de usar anestesia local en vez de general por la menor tasa de complicaciones, siendo la técnica quirúrgica que debe emplearse en estos pacientes, todavía motivo de controversia. Se puede realizar cierre primario, reparación de Mayo, colocación de malla en forma convencional o en el espacio pre-peritoneal e incluso intentar el abordaje laparoscópico, que es más rápido y se asocia con menos complicaciones que la reparación abierta de la hernia umbilical convencional.<sup>1,14</sup>

Sin embargo, la utilización de mallas podría aumentar el riesgo de infecciones en un paciente ya de por sí, inmunocomprometido, por lo que la herniorrafia a dos planos parece ser superior a la hernioplastia convencional.<sup>10</sup>

En las hernias estranguladas donde existen segmentos de intestino no viables, la mejor conducta parece ser la resección y anastomosis primaria sin drenaje, a menos que ocurra contaminación fecal de la cavidad peritoneal.<sup>10</sup>

Una alternativa promisoriosa que se ha usado con éxito en algunos pacientes, es la inyección de pegamento de fibrina,<sup>15</sup> aunque su utilidad todavía no se ha establecido y su elevado costo y ausencia en el país no la hacen una alternativa viable por el momento.

## Clasificación

Área: gastroenterología

Tipo: clínico

Tema: hernia umbilical, cirrosis, evisceración

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

## Referencias bibliográficas

1. Ahmed A, Stephen G, Ukwenya Y: Spontaneous rupture of umbilical hernia in pregnancy: a case report. *Oman Med J* 2011; 26:285-287.
2. Muschawek U: Umbilical and epigastric hernia repair. *Surg Clin North Am* 2003;83:1207-1221.
3. Podymow T, Sabbagh C, Turnbull J: Spontaneous paracentesis through an umbilical hernia. *CMAJ* 2003;168:741.
4. Belghiti J, Durand F: Abdominal wall hernias in the setting of cirrhosis. *Seminars in liver disease* 1997;17:219-226.
5. Marsman HA, Heisterkamp J, Halm JA, Tilanus HW, Metselaar HJ, Kazemier G: Management in patients with liver cirrhosis and an umbilical hernia. *Surgery* 2007;142:372-375.
6. Perriello J, Pérez-Catón R, Mendiburu A: Hernia umbilical eviscerada. *Revista del Hospital Privado de Comunidad* 2004; 7(2):27-28.
7. Tracy GD, Reeve TS, Thomas ID, Lucas NA: Spontaneous umbilical rupture in portal hypertension with massive ascites. *Ann Surgery* 1965;161:623-626.
8. 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.
9. Azeez-Ahmad TA, Sarwat A, Zaghloul N, El-Minshawy O: Complicated umbilical hernia in cirrhotic patients with ascites.

Egypt J Surg 2004;23:167-71.

10. Ozden I, Emre A, Bilge O, Tekant Y, Acarli K, Alper A et al: Elective repair of abdominal wall hernias in decompensated cirrhosis. Hepatogastroenterology 1998;45:1516-1518.

11. Johnson J: Ruptured umbilical hernia. Trans South Surg Assoc 1901;14:257-268.

12. Fisher J, Calkins WG: Spontaneous umbilical hernia rupture: a report of three cases. Am J Gastroenterol 1978;69:689-93.

13. Good DW, Royds JE, Smith MJ, Neary PC, Eguare E: Umbilical hernia rupture with evisceration of omentum from massive ascites: a case report. J Med Case Rep 2011;5:170.

14. Adisa A, Mishra K: Changing role of laparoscopy in the management of patients with cirrhosis. J Minim Invasive Surg 2008;4:63-70.

15. Sadik KW, Laibstain S, Northup PG, Kashmer D, Schmitt TM, Bonatti HJ: Closure of ascites leaks with fibrin glue injection in patients with end-stage liver disease. Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques Part A 2011;21:609-14.



SÍGUENOS!



@sovegastro



Sociedad Venezolana de  
Gastroenterología

o visítanos en nuestro portal Web  
[www.sovegastro.org](http://www.sovegastro.org)

**Envíanos tus sugerencias y entérate  
de nuestras más recientes actividades!**

Inscríbete en la Sociedad Venezolana de  
Gastroenterología y goza de  
innumerables beneficios:

- \* Recibe nuestros ejemplares educativos e informativos: GEN, Notigen y Notigen Digital
- \* Participa en las actividades de las secciones y los capítulos
- \* Inscríbete en el Fondo de Previsión Social
- \* Participa gratis o con descuento en nuestros congresos anuales.

Entre otros, que te mantendrán  
al día con las últimas tendencias.