



689 - DESARROLLO DE LA TÉCNICA GOÑI-MORENO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. EXPERIENCIA EN DOS PACIENTES DEL MANEJO AMBULATORIO DEL NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO PROGRESIVO PREVIO A INTERVENCIÓN DE HERNIAS GIGANTES DE PARED ABDOMINAL

Diana Ruiz Cabrera¹, Jesús Ignacio Collado Álvarez¹, Rodrigo Abón Arrojo², Pilar Hernández Granados², María Teresa Peces Hernández³, Cristina Garmendia Fernández¹, Leonor Moreno Núñez¹ y Javier Villanueva Martínez¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid). ²Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid). ³Unidad de Enfermería Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón (Madrid).

Resumen

Objetivos: Desde que en 1940 Goñi-Moreno describiera el neumoperitoneo preoperatorio progresivo (NPP) previo a la intervención de hernias gigantes de pared abdominal con pérdida de domicilio para evitar el síndrome compartimental abdominal y la enfermedad restrictiva pulmonar entre otras complicaciones secundarias a la reintroducción del contenido herniario, esta técnica se ha ido perfeccionado por diversos equipos, realizándose siempre en régimen hospitalario en las series descritas y con una tasa de complicaciones severas muy baja, en torno al 2%. La presente comunicación pretende describir nuestra experiencia en el desarrollo de esta técnica en régimen de Hospitalización a Domicilio.

Métodos: La tabla 1 recoge una descripción de las características clínicas, comorbilidades y análisis del defecto de pared de ambos pacientes. Ambos pacientes recibieron consejo dietético y el paciente 1 fue derivado a consulta específica de Obesidad, alcanzando una pérdida ponderal del 6,1% de su peso en 3 meses. Se administró una inyección de toxina botulínica de 200 UI entre 1 y 2 meses antes de la intervención. La colocación del catéter se realizó bajo anestesia local en quirófano y con control ecográfico, con punción en hipocondrio izquierdo, canalizando un catéter venoso central de dos luces mediante técnica tipo Seldinger, cuya luz distal se conectó a una llave de tres pasos y un filtro antibacteriano. La primera insuflación de aire ambiente se llevó a cabo en quirófano y con control radiográfico. Tras monitorización de las primeras sesiones, se procedió al alta a Hospitalización a Domicilio, donde se llevaron a cabo visitas diarias por equipo médico-enfermero. Se insuflaron de forma estéril entre 500-1.000 cc diarios según tolerancia del paciente, permaneciendo este en decúbito supino con monitorización de constantes vitales y vigilancia de síntomas de alarma (dolor abdominal, náuseas, disnea...). Ambos pacientes recibieron anticoagulación profiláctica con heparina de bajo peso molecular. No se administró antibioterapia profiláctica. Se entregó incentivador respiratorio y se instruyó en fisioterapia respiratoria.

Resultados: Como complicaciones asociadas al NPP, ambos pacientes presentaron dolor (omalgia, dorsalgia, dolor abdominal) de intensidad leve que respondió bien a analgésicos de primer escalón.

El paciente 1 precisó suspender la insuflación dos días por regular tolerancia de la distensión abdominal. La tabla 2 recoge los aspectos relativos al desarrollo de la técnica en ambos pacientes. Tras finalizar la preparación con el NPP se programó reingreso desde domicilio. Se realizó TAC de abdomen de control previo a la intervención en ambos pacientes. Las figuras ofrecen una comparativa antes y después del NPP. La reparación de los efectos de pared se llevó a cabo en ambos pacientes sin incidencias y con buena evolución en el posquirúrgico inmediato.

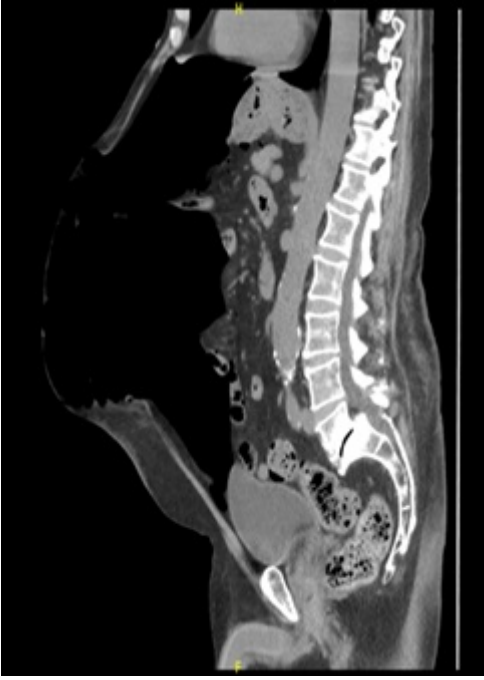
Tabla 1		
	Paciente 1	Paciente 2
Sexo	Varón	Mujer
Edad	69 años	57 años
FRCV	Hipertensión, dislipemia	Hipertensión, dislipemia, diabetes <i>mellitus</i> 2
Hábitos tóxicos	Exfumador	Fumadora
Cardiopatía	Ninguna	Ninguna
Neumopatía	Trastorno obstructivo leve/moderado con hiperreactividad bronquial	Ninguna
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Actinomicosis intestinal - Enfermedad renal crónica 3bA3 no filiada - Esteatosis hepática - Gastritis crónica 	Tumor de células de la granulosa de ovario con extensión ganglionar, peritoneal, hepática y esplénica. Progresión a 2 líneas de quimioterapia adyuvante tras cirugía protocolo BEP, ketoconazol y orteronel. Cirugías citorreductoras y radiofrecuencia sobre metástasis
IMC	32,91	36,48
Cirugía abdominal previa	Laparotomía explorada por actinomicosis abdominal mayo 2020: resección de 50 cm de intestino delgado, epiplón y pared abdominal	1ª Laparotomía media infraperiumbical 2006: histerectomía radical, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica.
		2ª Laparotomía subcostal izquierda 2009: esplenectomía.
		3ª Laparotomía media infraumbilical 2011: metastasectomía implantes fosa iliaca.
		4ª Laparotomía media supraumbilical 2013: metastasectomía subhepática.
		5ª Laparotomía media 2017: exéresis recidiva pélvica.

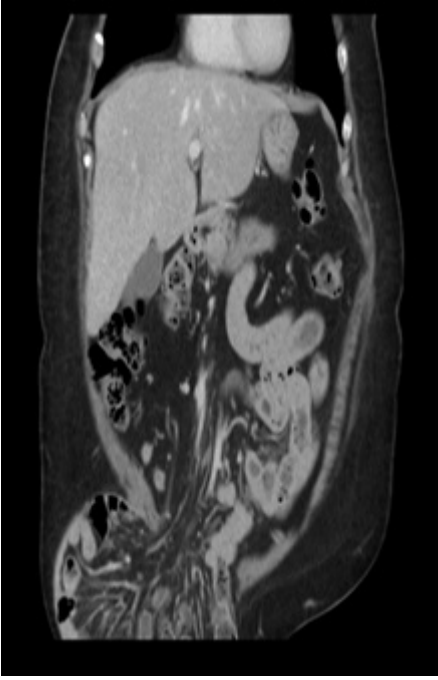
Defecto de pared	Hernia incisional supraumbilical media	Hernia incisional infraumbilical lateral derecha
Dimensiones	Longitudinal 23 cm	Longitudinal 15 cm
	Transverso 16 cm	Transverso 12 cm
ASA	II	III

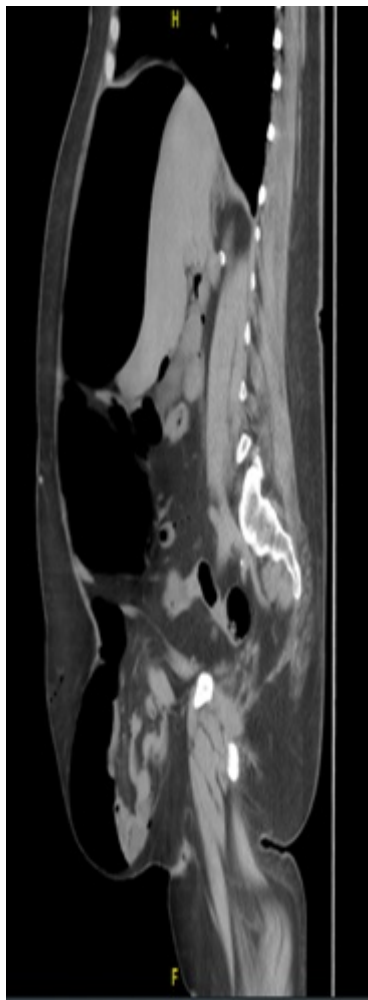
Tabla 2		
	Paciente 1	Paciente 2
Días técnica	12	11
Días de ingreso en hospitalización convencional	5	2
Días de ingreso en hospitalización a domicilio.	7	9
Sesiones de infusión	10	10
Volumen teórico programado	12 L	10 L
Volumen infundido total	9 L	9,5 L
Volumen medio infundido por sesión	0,9 L	0,95 L
Complicaciones	Omalgia/Dorsalgia	Omalgia
	Dolor abdominal	Náuseas. Hiporexia
		Deterioro leve de función renal prerrenal (baja ingesta por náuseas + diurético)











Conclusiones: Nuestra experiencia inicial en el desarrollo ambulatorio del neumoperitoneo preoperatorio progresivo ha sido muy satisfactoria. No hemos encontrado bibliografía previa que describa su realización bajo régimen de hospitalización a domicilio, pero creemos que la seguridad de la técnica y la posibilidad de evitar complicaciones y costes secundarios al ingreso hospitalario prolongado apoyan seguir explorando esta vía. No hemos notificado complicaciones severas, aunque es preciso una mayor población de estudio.

Bibliografía

1. Goñi-Moreno I. Chronic eventrations and large hernias; preoperative treatment by progressive pneumoperitoneum-original procedure. *Surgery*. 1947;22:945-53.
2. Mayagoitia JC, Suarez D, Arenas JC, Dias de Leon V. Preoperative progressive pneumoperitoneum in patients with abdominal-wall hernias. *Hernia*. 2006;10:213-7.
3. López Sanclemente MC, Robres J, López Cano M, *et al*. Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernias gigantes de la pared abdominal. *Cir Esp*. 2013;91(7):444-9.
4. Mancini A, Mougin N, Venchiarutti V, *et al*. Goni Moreno progressive preoperative pneumoperitoneum for giant hernias: a monocentric retrospective study of 162 patients.
5. Granel Villach L, Gamón Giner RL, Fortea Sanchís C, *et al*. Neumoperitoneo preoperatorio para el tratamiento de la hernia inguinal gigante: revisión de nuestra experiencia. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014;2(4):133-8.
6. Bueno-Lledó J, Torregosa A, Ballester N, *et al*. Preoperative progressive pneumoperitoneum and botulinum toxin type A in patients with large incisional hernia. *Hernia*. 2017;21:233-43.
7. Murr MM, Mason EE, Scott DH. The use of pneumoperitoneum in the repair of giant hernias. *Obesity Surgery*. 1994;4:323-7.

8. Zielinski M, Goussous N, Shiller H. Chemical components separation with botulinum toxin A: a novel technique to improve primary fascial closure rates of the open abdomen. *Hernia*. 2013;17:101-7.