

Notas clínicas

Hernia preperitoneal con obstrucción de intestino delgado tras hernioplastia inguinal bilateral TAPP laparoscópica

Preperitoneal hernia with small bowel obstruction after bilateral inguinal hernioplasty laparoscopic TAPP

M. Toledano-Trincado¹, M.L. Martín-Esteban¹, J.R. Gómez-López¹, P. Concejo-Cutoli¹, M.A. Montenegro-Martín¹, J. Sánchez-González², J.C. Martín-Del Olmo¹

¹Servicio de Cirugía del Hospital Medina del Campo. Valladolid.

²Servicio Cirugía General Hospital Río Hortega. Valladolid.

Palabras clave: hernioplastia, preperitoneal, obstrucción, hernia inguinal.

Keywords: hernioplasty, preperitoneal, obstruction, inguinal hernia.

INTRODUCCIÓN

La hernioplastia inguinal TAPP y TEP se realiza cada vez con más frecuencia. El sangrado por trocar, la neuralgia y los hematomas preperitoneales son las complicaciones más frecuentes en ambas técnicas. En la técnica TAPP se puede añadir la hernia transtrocar y las complicaciones derivadas de la entrada en cavidad abdominal^{1,2}. La obstrucción intestinal postquirúrgica es una complicación inusual que en la mayoría de las ocasiones es debida a una hernia a través de algún orificio de trocar³. La hernia preperitoneal causante de la obstrucción es una complicación excepcional⁴.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 56 años, sometido a hernioplastia inguinal bilateral por doble hernia L3 derecha y L2 izquierda, mediante TAPP bilateral con abordaje laparoscópico con trocates de 2x10 mm y 1x5 mm. Se colocaron sendas mallas de polipropileno preformadas derecha e izquierda, fijándolas a pared abdominal con agrafes de helicoidales y cierre del defecto peritoneal mediante sutura continua reabsorbible con Endostich™. El paciente reingresó a las 48 horas con cuadro clínico y radiológico de obstrucción de intestino delgado. En las imágenes de Rx abdomen, se aprecia un claro cuadro obstructivo de intestino delgado y en el TAC se puede reconocer una hernia preperitoneal en el espacio de Retzius, con asa dilatada de intestino delgado (**Figuras 1-3**).



Figura 1 Rx obstrucción intestino delgado.

CORRESPONDENCIA

Miguel Toledano Trincado
mtolet11@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Toledano Trincado M, Martín Esteban ML, Gómez López JR, Concejo Cutoli P, Montenegro Martín MA, Sánchez González J, Martín del Olmo JC. Hernia preperitoneal con obstrucción de intestino delgado tras hernioplastia inguinal bilateral TAPP laparoscópica. Cir Andal. 2018;29(2):140-142

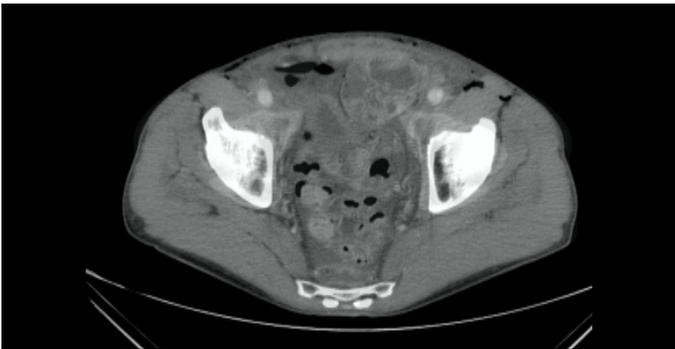


Figura 2
TAC. Obstrucción Intestino delgado en zona preperitoneal de Retzius.



Figura 3
TAC. Obstrucción Intestino delgado en zona preperitoneal de Retzius.

RESULTADOS

Se interviene al paciente por vía laparoscópica observando hernia interna preperitoneal, a través de la sutura peritoneal, con contenido de unos 50 cm de íleon con signos de sufrimiento intestinal y líquido libre peritoneal (Figura 4). Se reduce la hernia y se vuelve a reperitonizar. El postoperatorio transcurre sin incidencias y es dado de alta a las 48 horas.

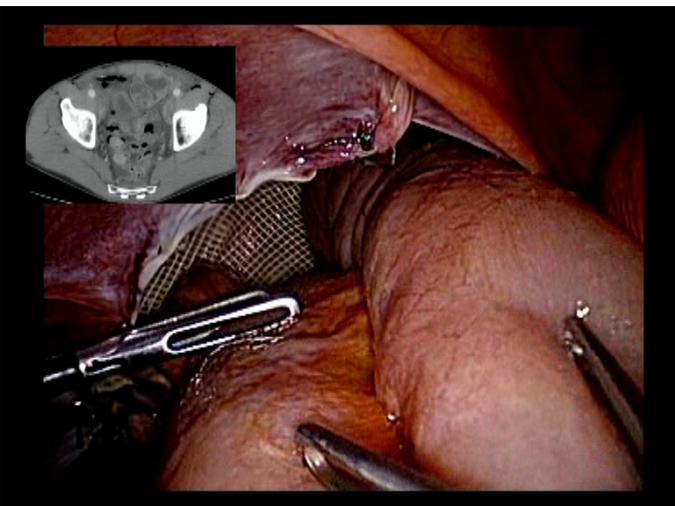


Figura 4
Herniación de intestino delgado a través de orificio preperitoneal.

En nuestro servicio realizamos la hernioplastia TAPP laparoscópica desde el año 2006, en hernias bilaterales 74%, recidivadas 21,8%, unilaterales 6,7% y asociadas a otros procedimientos 17,6%. Nuestra experiencia en 240 enfermos (406 procedimientos) hasta enero del 2017, nos muestra complicaciones como hematomas postquirúrgicos, seromas, hernia transtrocar y neuralgia.

El tiempo quirúrgico en las bilaterales fue de 99 min y de 73,8 en las unilaterales, comprobando una disminución sensible de los tiempos según aumentamos las experiencias (Figura 5).

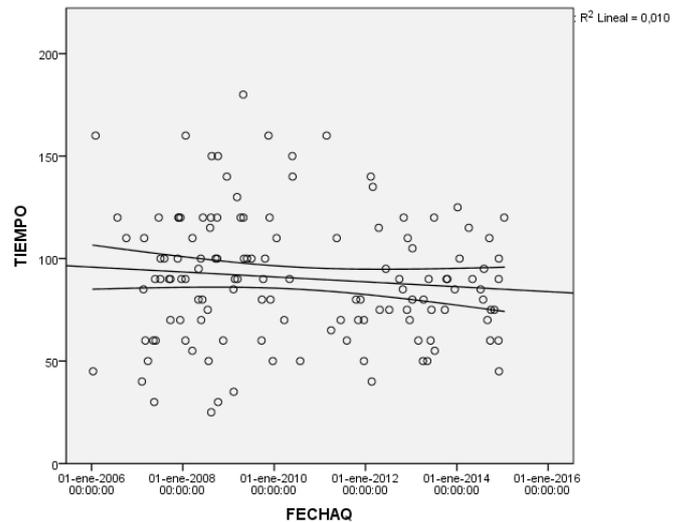


Figura 5
Descenso del tiempo quirúrgico según aumentamos la experiencia.

La fijación de la malla se efectuó con agrafes helicoidales irreabsorbibles en el 84% de los enfermos, actualmente la tendencia es fijarlas con adhesivo de cianoacrilato.

El cierre del defecto peritoneal se realizó en el 81% con sutura continua bien Endostich™, sutura manual monofilamento o sutura continua barbada.

La media de seguimiento en consulta ha sido de 53 meses al 87% de los pacientes, y en el resto se ha realizado seguimiento telefónico.

La complicación más frecuente es el hematoma preperitoneal (8,2%), seguida de dolor moderado (5%), seromas (2,1%), hernia transtrocar (0,8%) y neuritis (0,3%).

Hemos tenido 12 recidivas (2,9%) y hemos comprobado que la mayoría han sido en los primeros años de nuestra experiencia (Figura 6).

Nuestra complicación más frecuente, el hematoma, se ha producido sobre todo en pacientes anticoagulados o antiagregados, ASAIII, y con más frecuencia en hernias directas. A su vez, la aparición de hematoma en el seguimiento se ha asociado con mayor frecuencia de recidiva herniaria. No se apreciaron diferencias en el índice de recidivas según el tipo de malla o la fijación de la misma.

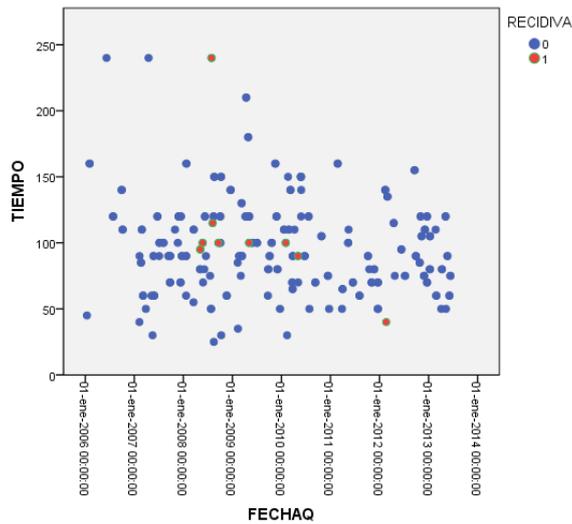


Figura 6

Recidivas acumuladas en la primera mitad de nuestra serie.



[Acceder al vídeo](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. Prospective non-randomized comparison of open versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair under different anesthetic methods. Symeonidis D, Baloyiannis I, Koukoulis G, Pratsas K, Georgopoulou S, Efthymiou M, Tzovaras G. *Surg Today*. 2013 Dec 7. [Epub ahead of print]
2. Comparison of open and laparoscopic preperitoneal repair of groin hernia. Li J, Wang X, Feng X, Gu Y, Tang R. *Surg Endosc*. 2013 Dec;27(12):4702-10.
3. A meta-analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. O'Reilly EA, Burke JP, O'Connell PR. *Ann Surg*. 2012 May;255(5):846-53.
4. Small bowel obstruction owing to displaced spiral tack after laparoscopic TAPP inguinal hernia repair. Fitzgerald HL, Orenstein SB, Novitsky YW. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010 Jun;20(3):e132-5.
5. Comparison of peritoneal closure versus non-closure in laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair with coated mesh. Kane ED1, Leduc M2, Schlosser K2, Parentela N3, Wilson D4, Romanelli JR2. *Surg Endosc*. 2017 Aug 4.
6. Unusual clinical presentation of a preperitoneal hernia following endoscopic totally extraperitoneal inguinoscrotal hernia repair. Berney CR. *Hernia*. 2012 Oct;16(5):585-7.
7. Preperitoneal herniation and bowel obstruction post laparoscopic inguinal hernia repair: case report and review of the literature. McKay R. *Hernia*. 2008 ct;12(5):535-7.
8. Comparison of peritoneal closure techniques in laparoscopic transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair: a prospective randomized study. Oguz H1, Karagulle E2,3, Turk E1, Moray G1. *Hernia*. 2015 Dec;19(6):879-85.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal inmediata por herniación transperitoneal es muy infrecuente en la literatura⁴. En la hernioplastia laparoscópica TAPP se realiza sistemáticamente el cierre del defecto peritoneal, para evitar el contacto de las asas con el material protésico que se coloca en el espacio preperitoneal, compuesto en la mayoría de las series por Polipropileno³.

Existen publicaciones recientes que comprueban que no hay diferencias en morbilidad y recidiva si no se cierra el defecto peritoneal con mallas de doble cara que permitan el contacto de las asas⁵. El cierre del defecto peritoneal, en nuestra serie, se realizó con sutura continua en el 81% y con agrafes helicoidales en el resto. Lo que sí parece importante es el cierre completo del flap peritoneal, porque el cierre parcial del mismo, dejando olvidado algún pequeño defecto es lo que podría implicar la aparición de esta complicación^{6,7}.

En la literatura no se encuentran diferencias significativas entre los distintos sistemas de cierre, aunque parece que el cierre con agrafes helicoidales está asociado a mayor dolor y probabilidad de adherencias viscerales al reborde metálico de los mismos⁸.

CONCLUSIÓN

La obstrucción intestinal por herniación preperitoneal es una complicación muy infrecuente pero que debemos sospechar ante un cuadro de íleo intestinal postoperatorio tras hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP.