



**Obstrucción intestinal tras
hernioplastia totalmente
extraperitoneal por hernia
inguinal bilateral: una
infrecuente complicación en el
posoperatorio inmediato**

**Intestinal obstruction after
totally extraperitoneal bilateral
inguinal hernia repair: an
infrequent complication in the
early postoperative period**

10.20960/rhh.00430

12/14/2021

CC 430

Obstrucción intestinal tras hernioplastia totalmente extraperitoneal por hernia inguinal bilateral: una infrecuente complicación en el posoperatorio inmediato

Intestinal obstruction after totally extraperitoneal bilateral inguinal hernia repair: an infrequent complication in the early postoperative period

Ricardo Gadea Mateo¹, Elena Martí Cuñat¹, Guillermo Pou Santonja²

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España).

²Hospital Vitas Nisa 9 de Octubre. Valencia (España)

Recibido: 26-01-2021

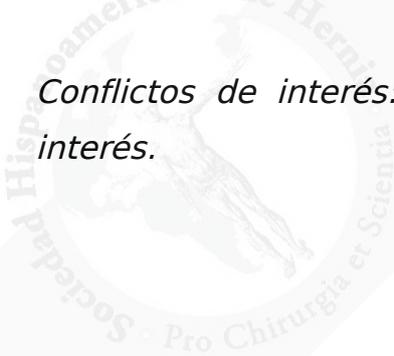
Aceptado: 28-01-2021

Autor para correspondencia: Ricardo Gadea Mateo. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Av. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia (España)

Correo electrónico: guillermo@doctorpou.com

DOI: 10.20960/rhh.00430

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.



RESUMEN

Introducción: La técnica laparoscópica extraperitoneal es una opción para reparar la hernia inguinal con gran seguridad, pero no está exenta de complicaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 46 años intervenido de forma electiva de hernia inguinal bilateral con abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal que en el posoperatorio inmediato reingresó con clínica y pruebas de imagen compatibles con cuadro obstructivo. Tras 24 horas de tratamiento conservador, se reintervinó y se encontró una obstrucción secundaria a herniación de un asa de intestino delgado a través de una brecha peritoneal. La complicación se resolvió mediante una nueva laparoscopia.

Conclusión: Nuestro caso demuestra que una rotura peritoneal puede originar una obstrucción intestinal por una nueva hernia en el espacio extraperitoneal.

Palabras clave: Hernia inguinal, laparoscopia totalmente extraperitoneal (TEP), herniación preperitoneal, obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Introduction: The extraperitoneal laparoscopic technique is an option to repair the inguinal hernia with great safety, but it is not exempt of complications.

Case report: We present the case of a 46-year-old patient who underwent elective surgery for a bilateral inguinal hernia with a totally extraperitoneal laparoscopic approach, who was re-admitted in the immediate postoperative period with symptoms and imaging tests compatible with obstructive symptoms. After 24 hours of conservative treatment, surgery was performed, finding an obstruction secondary to herniation of a loop of the small intestine through a peritoneal gap. The complication was solved by new laparoscopy.

Conclusion: Our case shows that a peritoneal tear can cause an intestinal obstruction due to a new hernia to the extraperitoneal space.

Keywords: Inguinal hernia, totally extraperitoneal laparoscopy (TEP), preperitoneal herniation, intestinal obstruction.

INTRODUCCIÓN

La reparación laparoscópica de la hernia inguinal es una técnica ampliamente aceptada debido a su seguridad, su eficacia y la satisfacción que produce en el paciente^{1,2}. La tasa de complicaciones mayores es baja, con una incidencia de obstrucción intestinal inferior al 0.3 % a expensas de la técnica transabdominal preperitoneal (TAPP), normalmente debida a una hernia a través de algún orificio de trocar³. La obstrucción intestinal tras hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal (TEP) es sumamente excepcional^{4,5}.

Presentamos un caso de obstrucción intestinal temprana después de la reparación inguinal bilateral con técnica TEP secundaria a una apertura peritoneal desapercibida en la cirugía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años, sin cirugías abdominales previas, intervenido de forma electiva de una hernia inguinal bilateral mediante hernioplastia bilateral con abordaje laparoscópico TEP. La operación se realizó a través de tres puertos: un trocar de Hasson a nivel infraumbilical y 2 trocates de 5 mm equidistantes entre el pubis y el ombligo. La disección del espacio preperitoneal se realizó con un balón disector. Se utilizó una cámara de 0° de 10 mm y la insuflación de CO₂, a una presión de 10-12 mmHg⁶.

En la cirugía se evidenciaron dos hernias directas que se redujeron y se disecaron. Se identificaron los vasos espermáticos y el conducto deferente y se descartó la presencia de una hernia indirecta asociada. Se parietalizó ampliamente el peritoneo y se colocaron dos mallas de

PPL de alta densidad de 15 × 10 sin ninguna fijación. Los trocares de 5 mm se retiraron bajo visión directa y la cámara, después de la evacuación del CO₂ tras confirmar que el espacio preperitoneal se había quedado deshinchado.

El tiempo quirúrgico fue de 23 minutos y no se constataron incidencias intraoperatorias. El alta hospitalaria se produjo a las 16 horas sin complicaciones.

A los 6 días el paciente reingresó de urgencias con un cuadro clínico y radiológico de obstrucción intestinal (fig. 1), que se etiquetó como secundario a una brida que atrapaba un asa de intestino delgado (figs. 2,3).

Tras 24 horas de tratamiento conservador sin resolución, se indicó laparoscopia exploradora transabdominal.

Se evidenció un íleo obstructivo secundario a la herniación de un asa de intestino delgado a través de una brecha peritoneal en la región inguinal derecha (fig. 4).

Se procedió a ampliar el defecto peritoneal para la reducción de un asa de unos 10 cm, laxamente adherida a la malla. Se comprobó su adecuado estado, sin signos de sufrimiento ni compromiso de viabilidad, y se cerró la brecha con sutura barbada (figs. 5,6).

DISCUSIÓN

Actualmente, la guía clínica de la Sociedad Europea de la Hernia recomienda la reparación laparoscópica de las hernias inguinales bilaterales primarias siempre que el cirujano cuente con los recursos específicos suficientes y una formación adecuada¹.

En manos expertas, la tasa de complicaciones del abordaje laparoscópico es muy baja: la obstrucción intestinal tiene una incidencia inferior al 0.3 %^{3,7} y es menor cuando la técnica la realizan cirujanos expertos⁷. Los casos descritos en la literatura habitualmente se han publicado en relación con la técnica TAPP, en la que la oclusión intestinal puede estar causada por una hernia de trocar, una dehiscencia de la sutura del colgajo peritoneal y, con menor

frecuencia, por adherencias al hilo o *tackers* del cierre de dicho colgajo^{8,9}.

En cuanto a la técnica TEP, la obstrucción posoperatoria es extremadamente inusual, tal y como muestra la baja incidencia de casos descritos en la literatura. Una posibilidad es la presencia de una brecha peritoneal inadvertida por donde más tarde se introduce un asa intestinal¹⁰.

Las roturas peritoneales no son infrecuentes durante el curso de la cirugía TEP. Pueden provocarse durante la insuflación del balón o en la disección del saco peritoneal o de las adherencias peritoneales a cicatrices previas¹⁰.

Algunos cirujanos recomiendan su cierre rutinario que, por otra parte, prolonga significativamente el tiempo operatorio y puede ser técnicamente difícil, en particular cuando se utiliza sutura endoscópica para cerrar el defecto. Sin embargo, otros aseguran que la mayoría de los casos pueden manejarse de manera segura sin cierre. Actualmente, no disponemos de evidencia científica sobre la mejor actitud y el manejo de este evento^{10,11}.

Nuestro grupo no cierra habitualmente las pequeñas brechas que se crean en estos procedimientos, aunque la aparición de esta inusual complicación nos ha hecho ser más cautos ante estas. Actualmente, cerramos aquellas brechas mayores de 2 cm utilizando endoclips de 5 mm, sin apenas aumento del tiempo quirúrgico ni la incomodidad de suturar en un espacio reducido.

Pese a ser tan infrecuente, debe sospecharse esta complicación ante un cuadro de íleo intestinal posoperatorio tras hernioplastia inguinal TEP en la que haya podido producirse apertura del peritoneo durante la ejecución de la técnica¹² y actuar lo antes posible¹³.

Una vez diagnosticada, la resolución puede llevarse a cabo tanto por laparotomía como por laparoscopia. A nuestro criterio, el abordaje laparoscópico transabdominal es la vía de elección que permite una excelente visualización para el control y la reparación de la hernia^{13,14}. Las técnicas laparoscópicas están en continua evolución y desarrollo y

cada día ofrecen más posibilidades para resolver este tipo de complicaciones¹⁵.

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal por herniación preperitoneal tras abordaje laparoscópico de la hernia inguinal es una complicación poco frecuente que en el abordaje TEP se convierte en excepcional¹¹.

Dado que el origen es una brecha peritoneal desapercibida durante el trascurso de la cirugía, el espacio preperitoneal debe examinarse antes de la eliminación del trocar de la cámara, así como vaciar por completo el gas de dicho espacio¹².

La resolución de la obstrucción ha de ser preferentemente por abordaje laparoscópico transabdominal, lo que nos permitirá la evaluación completa de la cavidad abdominal con la confirmación del diagnóstico y la realización del tratamiento más adecuado¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ, Bittner R, Miserez M, Aufenacker TJ, et al. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1). DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x
2. Mart M. Cirugía laparoscópica de la hernia inguinal. *Cir And*. 2018;29(2):174-7.
3. O'Reilly EA, Burke JP, O'Connell PR. A meta-analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. *Ann Surg*. 2012;255(5):846-53. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31824e96cf
4. Köckerling F. Data and outcome of inguinal hernia repair in hernia registers - A review of the literature. *Innov Surg Sci*. 2020;2(2):69-79.
5. Cueto J, Vázquez JA, Solís MA, Valdéz G, Valencia S, Weber A. Bowel obstruction in the postoperative period of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP): review of the literature. *JLS*.

1998;2(3):277-80.

6. Palmisano E, G. Pou MM. Manual práctico de cirugía endoscópica de la pared abdominal. 1.^a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Autores de Argentina; 2020. p. 41-50/79-86.
7. Acuña J, Elles C, Espitia B, Martínez E, Carrasquilla R, Alcalá R, et al. Hernioplastias inguinales por vía laparoscópica. Experiencia inicial en 324 casos. Rev Hispanoam Hernia. 2016;4(3):87-96. DOI: 10.1016/j.rehah.2016.03.003
8. Fitzgerald HL, Orenstein SB, Novitsky YW. Small bowel obstruction owing to displaced spiral tack after laparoscopic TAPP inguinal hernia repair. Surg Laparosc Endosc Percutaneous Tech. 2010;20(3):132-5. DOI: 10.1097/SLE.0b013e3181dfbc05
9. Toledano M, Martín ML, Gómez JR, Concejo P, Montenegro MA, Sánchez JCM. Hernia preperitoneal con obstrucción de intestino delgado tras hernioplastia inguinal bilateral TAPP laparoscópica. Cir And. 2018;29(2):140-2.
10. Shpitz B, Lansberg L, Bugayev N, Tiomkin V, Klein E. Should peritoneal tears be routinely closed during laparoscopic total extraperitoneal repair of inguinal hernias? a reappraisal. Surg Endosc Other Interv Tech. 2004;18(12):1771-3. DOI: 10.1007/s00464-004-9001-z
11. McKay R. Preperitoneal herniation and bowel obstruction post laparoscopic inguinal hernia repair: Case report and review of the literature. Hernia. 2008;12(5):535-7. DOI: 10.1007/s10029-008-0341-9
12. Al-Zubaidi M, Bayfield N, Neelankavil S. Strangulated small bowel obstruction complicating totally extra-peritoneal laparoscopic inguinal hernia repair. BMJ Case Rep. 2020;13(2):1-4. DOI: 10.1136/bcr-2019-232780
13. Carreño Sáenz O, Pous Serrano S, Aguilar Martí M, Bordallo Vázquez M, Iserte Hernández J, Carbonell Tatay F. Tratamiento urgente de la hernia obturatriz encarcerada mediante hernioplastia laparoscópica. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Rev

Hispanoam Hernia. 2014;2(1):17-21. DOI:
10.1016/j.rehah.2013.10.002

14. Rink J, Ali A. Intestinal obstruction after totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. JSLS. 2004;8(1):89-92.

15. Palmisano EM, Martínez JD, García MM, González LG. Maniobras claves y trucos en eTEP. Rev Hispanoam Hernia. 2018;6(2):86-90. DOI: 10.20960/rhh.105



Figura 1. Radiografía de abdomen: obstrucción del intestino delgado.



Figura 2. TC axial del abdomen: cambio de calibre.



Figura 3. TC del abdomen coronal: asa del intestino delgado atrapada en el espacio preperitoneal.



Figura 4. Asa del intestino delgado atrapada en el defecto peritoneal.

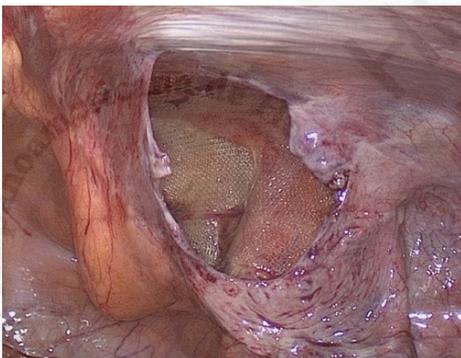


Figura 5. Defecto peritoneal (ampliado) para la adecuada reducción del asa.

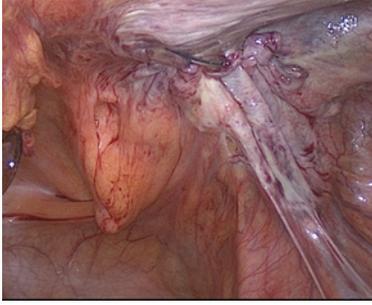


Figura 6. Defecto peritoneal ya reparado.