



## V-64 - HERNIA INGUINAL DERECHA INCARCERADA REPARADA POR VÍA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP)

*R. Parra, J.F. Reoyo Pascual, I. Gil Laso, A. Palomo Luquero, V. Rodrigo Amador, L. González Martínez, X. Valero Cerrato, R. Zambrano Muñoz y J.L. Seco Gil*

*Hospital General Yagüe, Burgos.*

### Resumen

**Caso clínico:** Mujer de 37 años, sin antecedentes de interés que acude a urgencias por presentar un intenso dolor abdominal localizado en hipogastrio y región inguinal derecha de pocas horas de evolución junto con varios episodios de vómitos alimenticios. A la exploración, abdomen muy doloroso en región inguino-cural derecha donde se palpa una tumoración indurada que no se consigue reducir manualmente. Sin repercusión analítica. En ecografía urgente, se identifica en región inguinal derecha un saco herniario con asa dilatada en su interior con ausencia de peristaltismo. En el estudio doppler color se aprecia aumento de la vascularización de la pared en relación con hiperemia y líquido libre en el saco herniario. Todo ello compatible con hernia inguino-crural derecha incarcerada. Dada la edad de la paciente y su buen estado general, se decide realizar una hernioplastia por vía laparoscópica de forma transabdominal y preperitoneal (TAPP). Tras el neumoperitoneo con veress umbilical, se colocan tres trócares de entrada (5 × 11 × 11). Se objetiva una hernia inguinal derecha indirecta incarcerada. Tras reducir el contenido herniario, se observa un pequeño segmento de unos 7 cm de asa de intestino delgado congestiva, que se va recuperando tanto en motilidad como en coloración, por lo que tras vigilarla durante la cirugía, se decide no resecar. A continuación se crea el flap peritoneal y se reduce el saco herniario previa sección del ligamento redondo. Se procede a la hernioplastia con malla de polipropileno fijada con takers. Finalmente se cierra el flap peritoneal y se procede de nuevo a valorar la viabilidad del asa intestinal que es completamente normal. Al tercer día postoperatorio la paciente fue dada de alta sin ningún tipo de complicación.

**Discusión:** El tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal fue descrito por Schultz et al en 1990 y se ha ido extendiendo rápidamente por todo el mundo. En comparación con la técnica convencional, el TAPP ha demostrado una reducción en el dolor postoperatorio y por lo tanto una recuperación más confortable y rápida de los pacientes. Las complicaciones más temidas de las hernias inguinales son la incarceración y el estrangulamiento. La probabilidad de incarceración varía desde 0,29-2,9%. La necrosis intestinal se produce en aproximadamente el 10-15% de las hernias incarceradas. Hasta hace bien poco, el tratamiento quirúrgico de esta patología se ha realizado de forma abierta, siendo el abordaje laparoscópico una contraindicación relativa para la hernia inguinal incarcerada. Actualmente existen datos que nos sugieren que la vía laparoscópica es una opción viable: nos permite evaluar durante la reparación herniaria la viabilidad intestinal, detectar si existe hernia contralateral u otra patología abdominal y reparar las mismas. Además de mejorar la calidad de vida del paciente, un alta hospitalaria precoz, un tiempo menor de convalecencia y una más pronta reincorporación a la actividad laboral.