



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-086 - RESCATE LAPAROSCÓPICO POR IPOM FALLIDO HERNIA INGUINAL MULTIOPERADA

Blanco, José Ignacio; Sánchez, Javier; Asensio, Enrique; Rodríguez, Mario; Velasco, Rosalía; Mambrilla, Sara; Bailón, Martín; Plua, Katherine

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La vía laparoscópica puede ser la única alternativa posible para hernias inguinales multirrecidivadas y, si se añade un defecto de pared en región inguinal derecha debido a una infección crónica de la malla, el problema se agrava, máxime si el IPOM laparoscópico también fracasa, volviéndose la solución, aun más dificultosa.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años de edad, operado en 4 ocasiones de HID en las que presentó una infección de malla quirúrgica en la 3ª intervención, que produjo una fístula crónica que obliga a una 4ª intervención para extirpar la malla infectada y colocar otra nueva fracasando también esta última y, generando, aparte de una nueva hernia inguinoescrotal, un defecto añadido de musculatura abdominal en la FID que afecta a los músculos oblicuos, desapareciendo parcialmente. Se propuso una técnica IPOM laparoscópica con una malla de PTFE de baja densidad multiperforada que se fijó con puntos de idéntico material recidivando al 6º mes. El paciente acude buscando una solución a su nueva recidiva proponiéndole una técnica IPOM laparoscópica con una nueva malla y de paso, tratar su HII asintomática con una malla de parietex por vía TAPP. Se realiza una nueva vía laparoscópica con un trócar óptico de 12 mm por donde poder introducir la óptica de 30º y, las mallas precisas con dos trócares de 5 mm en ambos flancos del paciente. Se observan múltiples adherencias que se liberan cuidadosamente. Tras reparar la HII indirecta por primera vez vía TAPP con una malla de parietex (poliéster), nos centramos en reparar la gran hernia inguinoescrotal derecha con defecto de musculatura en FID. Se realiza un gran flap de peritoneo descolgando la vejiga y uniendo ambas regiones inguinales dejando a la vista los ligamentos de Cooper para crear una técnica mixta TAPP-IPOM con una malla de PVDF (polivinilidino fluorado). Se reperitoniza parcialmente la malla tapando espacio de Retzius y dejando visible la malla de PVDF confeccionada a tal efecto ya que puede quedar en contacto directo con asas intestinales y epiplón mayor.

Discusión: La vía laparoscópica puede ser factible y reproducible para pacientes con recidivas herniarias múltiples aun tratándose de una 2ª técnica IPOM. La malla de PVDF es biocompatible y confiere una resistencia que no le aportaba la malla anterior. Pasados los primeros 9 meses el paciente no presenta recidiva y está realizando su vida cotidiana con total normalidad.