



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-024 - HERNIA CRURAL COMPLICADA: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TAPP CON RESECCIÓN INTESTINAL

Rodil Gallego, Marina; Plúa Muñiz, Katherine Teresa; Centeno Velasco, Álvaro; Rodríguez Rivas, Anggie Melina; Sánchez García, Rocío; Rey Fernández de Mendiola, Jon; Guilarte Hernández, Henry André; Castañera González, Ramón

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Introducción: Las hernias crurales representan aproximadamente el 3-5% de todas las hernias abdominales y se asocian con una elevada tasa de complicaciones como incarceration, estrangulación y obstrucción intestinal. Su diagnóstico rápido y tratamiento quirúrgico urgente son fundamentales para reducir la morbilidad asociada. La cirugía mínimamente invasiva se ha consolidado como una técnica segura en el manejo urgente de estos casos.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 68 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por dolor inguinal derecho de menos de 24 horas de evolución, acompañado de vómitos y sin fiebre. A la exploración física presentaba en región inguinal derecha una tumoración no reductible con maniobras de taxis sugestiva de hernia crural complicada. En la región inguinal izquierda no se palpaban hernias. Analíticamente destacaba leucocitosis con neutrofilia y PCR discretamente elevada, por lo que dados los hallazgos clínicos y analíticos se decidió intervención quirúrgica urgente con abordaje laparoscópico. Tras el acceso en la cavidad abdominal se evidenció asa intestinal incarcerada en el orificio crural derecho, no reductible. Se realizó disección del bolsillo peritoneal, exposición de los vasos epigástricos y del orificio herniario, sobre el que se efectuó quelotomía con mínima incisión sobre el ligamento ileopectíneo, permitiendo la reducción completa del asa estrangulada. El segmento intestinal ileal presentaba cianosis con datos de inviabilidad. Seguidamente, se realizó hernioplastia con malla PVDF, fijada con dos dispositivos de fijación mecánica y adhesivo biológico. Posteriormente se resecó el segmento de íleon no viable, confeccionando anastomosis latero-lateral anisoperistáltica totalmente mecánica. Durante la cirugía se produjo un desgarro parcial del *flap* peritoneal por lo que se cubrió con peritoneo del saco herniario. Finalmente se extrajo la pieza quirúrgica en bolsa por el trocar umbilical. El posoperatorio cursó sin incidencias, siendo dado de alta a los tres días con buena evolución clínica. En la revisión clínica posterior, a los tres meses, el paciente presentaba una buena recuperación y el análisis anatomopatológico del segmento ileal confirmó la enteritis isquémica.

Discusión: El diagnóstico de hernia crural complicada debe sospecharse ante dolor inguinal agudo y signos de obstrucción intestinal. Pese a ser más frecuente en mujeres no se debe olvidar esta entidad en el sexo masculino. El abordaje laparoscópico preperitoneal cumple las premisas principales que requiere la técnica quirúrgica ideal: Facilita la reducción de la hernia (que incluso

en el 15% de los casos puede ser espontánea por la relajación que supone la inducción anestésica), permite una mejor evaluación de la viabilidad intestinal y una buena exposición para la resección intestinal en el caso de que esté indicada. Además, presenta las ventajas clásicas de la cirugía laparoscópica sobre la cirugía abierta como son, la disminución del dolor posoperatorio, la menor tasa de infección de la herida quirúrgica y el acortamiento de la estancia hospitalaria, siendo por tanto el abordaje laparoscópico de elección en la patología herniaria complicada. Este es un ejemplo de la factibilidad del abordaje laparoscópico urgente, en un hospital de segundo nivel.