



Clínica cotidiana

Obstrucción intestinal durante la convalecencia de una hernioplastia inguinal

Víctor Jacinto Ovejero Gómez^{a,*}, María Victoria Bermúdez García^a, Álvaro Pérez Martín^b

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^bCentro de Salud Isabel II. Santander.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de noviembre de 2023

Aceptado el 31 de diciembre de 2024

On-line el 31 de enero de 2025

Palabras clave:

Obstrucción
 Intestino delgado
 Hernia inguinal
 Recidiva
 Postoperatorio

R E S U M E N

La mayoría de los defectos herniarios de la pared abdominal se localizan en la región inguinal y representan la segunda causa de obstrucción intestinal. Está indicada una revisión del contenido intestinal encarcerado en toda reparación quirúrgica urgente. La aparición postquirúrgica precoz de alteraciones en el tránsito intestinal de origen mecánico resulta infrecuente, asociándose a la evolución natural de alguna complicación inadvertida durante su corrección o a un fallo en la técnica quirúrgica.

Mostramos el caso de un paciente con persistencia de obstrucción mecánica en el postoperatorio inmediato de una hernioplastia inguinal por reducción incompleta del contenido intestinal localizado en el espacio preperitoneal. Se ofrece una orientación diagnóstica a partir de los hallazgos radiológicos y las directrices del abordaje quirúrgico actual.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Publicado por Ergon Creación, S.A.

Bowel obstruction during recovery from inguinal hernia repair surgery

A B S T R A C T

Most of abdominal wall hernia defects are located on inguinal region and responsible for the second reason of intestinal obstruction. An incarcerated intestinal segment assessment is indicated in any emergency surgical repair. Early postsurgical appearance of bowel movement alterations due to mechanical origin is uncommon and usually associated with natural evolution of some unnoticed complication during repair or a surgical technique failure.

A persistent mechanical obstruction in an adult patient case is displayed during immediate postoperative period for inguinal hernioplasty. Incomplete intestinal reduction on preperitoneal space has been proposed as etiologic diagnosis. A guidance on radiological findings and current surgical approach are explained on management for this complication.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords:

Obstruction
 Small intestine
 Inguinal hernia
 Relapse
 Postsurgical

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vovejerohcas@msn.com (V.J. Ovejero Gómez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.068>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 56 años, politoxicómano, con antecedente de neumotórax izquierdo de origen traumático y diagnóstico reciente de hernia inguinal derecha.

Consultó de forma urgente por incarceration herniaria durante un esfuerzo físico, presentando una creciente induración local y náuseas con imposibilidad de reducción mediante las maniobras convencionales.

El paciente fue intervenido para hernioplastia inguinal según técnica de Lichtenstein, habiéndose producido una aparente reducción herniaria espontánea durante la sedación anestésica, que impide la valoración *in situ* del contenido herniario, por lo que se mantiene una vigilancia hospitalaria de cuarenta y ocho horas hasta comprobar una evolución clínica favorable antes del alta hospitalaria.

En el quinto día de su convalecencia ambulatoria vuelve a consultar por cuadro de distensión abdominal progresiva y dolor en la fosa ilíaca derecha acompañados de vómitos postprandiales.

La exploración física no reveló signos de recurrencia herniaria en la región inguinal.

La radiología simple mostró un patrón compatible con obstrucción intestinal (figura 1).



Figura 1 – Estudio radiológico simple en bidepestando: pliegues engrosados que insinúan las válvulas conniventes en el seno de la dilatación intestinal; presencia de niveles hidroaéreos con la característica imagen en cuenta de monedas (flechas).

El estudio se completó con una TAC abdominopélvica (figuras 2 y 3), que estableció el diagnóstico de herniación incarcerada en el espacio preperitoneal de la hernia intervenida.

Fue intervenido precisando conversión laparotómica infraumbilical, tras intento fallido de un abordaje laparoscópico transabdominopreperitoneal (TAPP) por intolerancia al neumoperitoneo, con el hallazgo de una dilatación proximal a un asa ileal incarcerada, que se acompaña de sufrimiento vascular y abundante ascitis reactiva loculada sobre un anillo fibroso en el peritoneo pélvico paravesical derecho. La rigidez del anillo precisó de quelotomía para facilitar la reducción herniaria, restableciéndose la perfusión intestinal mediante las maniobras de recuperación térmica habituales. La exploración preperitoneal permitió descartar la participación vesical en el proceso y confirmar la integridad del plano parietal anterior, lo cual facilitó la reparación del defecto herniario mediante una plicatura del espacio preperitoneal y sutura superficial del peritoneo (figura 4).

La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones, recuperando el tránsito digestivo sin incidencias.

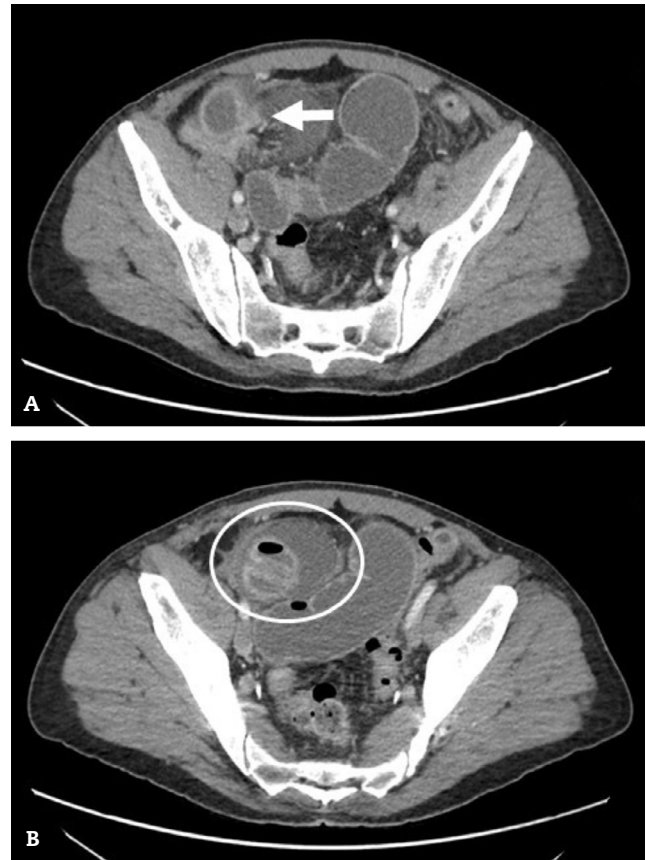


Figura 2 – Visión axial de TAC abdominal: cambio de calibre ileal en el anillo herniario (flecha). A) Realce al contraste de la pared intestinal del segmento incarcerado en el espacio preperitoneal. B) Presencia de líquido libre intrabdominal loculado (elipse), que engloba el asa aferente y eferente en vecindad a dicho anillo.



Figura 3 –Reconstrucción coronal de TAC abdominal: disposición medial del anillo herniario (flecha) con respecto a la vasculatura iliaca (elipse), que hace sospechar el carácter directo del defecto.

Comentario

La cirugía de reparación de la hernia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más habituales en nuestro país (80.000 casos anuales intervenidos)¹. Su diagnóstico en el contexto de una consulta urgente se asocia con frecuencia a un episodio de encarceración, lo cual contribuye a que sea considerada la causa más frecuente de obstrucción del intestino delgado después del síndrome adherencial intrabdominal.

El advenimiento de materiales protésicos que facilitan una reparación herniaria sin tensión ha supuesto una reducción considerable en el número de complicaciones postoperatorias y recurrencias². Sin embargo, una experiencia limitada en el abordaje preperitoneal y la escasa implementación de técnicas laparoscópicas en su corrección, a pesar de las recomendaciones de las guías internacionales para su tratamiento³, supone un reto para el cirujano de Urgencias que decide utilizar la vía anterior clásica en una intervención por encarceración o sospecha de estrangulación; debido a la posibilidad de que se produzca una reducción herniaria durante las propias maniobras anestésicas o quirúrgicas que impida conocer la viabilidad del segmento visceral afectado, como sucedió en la intervención inicial de nuestro paciente, planteando la disyuntiva de realizar una laparotomía exploradora.

La obstrucción intestinal puede llegar a representar casi una cuarta parte de los cuadros de abdomen agudo quirúrgico.

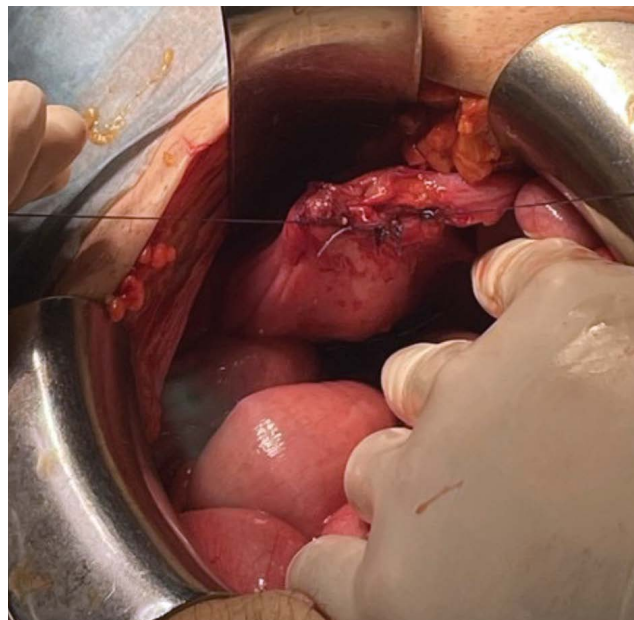


Figura 4 – Secuencia intraoperatoria que muestra la sutura del peritoneo pélvico al final del procedimiento quirúrgico.

Su diagnóstico de sospecha es eminentemente clínico, pero un correcto tratamiento exige determinar su localización anatómica y etiología mediante estudios de imagen.

La radiología simple en decúbito supino debería ser la prueba inicial por su gran disponibilidad, bajo coste económico y alta sensibilidad diagnóstica a pesar de sus limitaciones a la hora de esclarecer la causa. El uso de otras proyecciones tradicionales, como el decúbito lateral izquierdo o la bipedestación, no ofrece grandes aportaciones más allá de sugerir el grado de obstrucción, por lo que podrían obviarse en beneficio de una TAC abdominopélvica con contraste intravenoso, como estudio diagnóstico de elección, mucho más rentable en la valoración de la causa obstructiva, su gravedad y complicaciones asociadas^{4,5}. En la actualidad, la utilización de contraste oral en los estudios de imagen con fines diagnósticos puede tener poco rendimiento si no alcanza el lugar de la obstrucción, artefactando otras pruebas radiológicas ulteriores y generando riesgo de broncoaspiración.

Los estudios ultrasonográficos pueden representar un complemento diagnóstico a la radiología simple, al presentar una mayor sensibilidad y especificidad en la valoración local del contenido herniario encarcerado, pero se acompañan de una importante limitación para discernir el estado del contenido intrabdominal por su carácter explorador-dependiente, especialmente en las obstrucciones de alto grado evolucionadas.

En la *tabla 1* se resaltan los signos radiológicos asociados a una obstrucción intestinal en las pruebas de imagen más relevantes. A excepción de la obstrucción completa, la interpretación radiológica a partir de la diferencia de calibre entre el asa proximal y distal al posible punto de obstrucción puede ser determinante para seleccionar los pacientes que se pueden beneficiar de un tratamiento conservador inicial⁶, ya que diferencias superiores al 50 % entre las dos asas definen una obstrucción de alto grado con altas probabilidades de precisar una resolución quirúrgica.

Tabla 1 – Hallazgos patológicos en los principales estudios diagnósticos por imagen.

Estudio de imagen	Signo radiológico
Radiología simple	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación de asas intestinales de predominio central y ausencia de gas rectal • Visualización de válvulas conniventes • Patrón de gas en “pila de monedas” • Niveles hidroaéreos
Tomografía axial	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de calibre intestinal • Asas intestinales proximales dilatadas y distales colapsadas • Niveles hidroaéreos • Líquido libre peritoneal • Causa de la obstrucción o complicaciones asociadas
Ecografía	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación intestinal y engrosamiento parietal • Pérdida de la estructura de la pared intestinal • Válvulas conniventes marcadas • Disminución o ausencia de peristaltismo • Rigidez intestinal a la compresión • Líquido libre peritoneal • Alteración de la perfusión en el <i>doppler</i> color

En términos generales, el desarrollo de las técnicas anestésicas y de reparación quirúrgica ha contribuido a ingresos de corta estancia en ausencia de complicaciones, lo cual favorece una recuperación precoz en régimen domiciliario. La recurrencia herniaria precoz no es habitual, pero la posibilidad de complicaciones que pasan inadvertidas durante el acto quirúrgico o una incorrecta reducción herniaria deberían motivar una adecuada aproximación al diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal, de forma especial en pacientes diagnosticados en situación de encarcelación que presentan alteraciones del tránsito digestivo durante la convalecencia en ausencia de signos externos de recurrencia herniaria. En este sentido, deberían considerarse no solo las causas mecánicas y su asociación a fenómenos isquémicos o de perforación, sino también un posible origen adinámico, más frecuente en pacientes de riesgo por trastornos hidroelectrolíticos previos, infecciones concomitantes o iatrogenia medicamentosa. Una orientación adecuada desde Atención Primaria puede facilitar la decisión del cirujano a la hora de plantear un manejo conservador o una reintervención urgente.

En nuestro paciente, la relajación de la pared abdominal durante la inducción anestésica pudo contribuir a una reducción herniaria parcial, lo cual motivó la progresión del cuadro obstructivo al quedar alojada el asa intestinal encarcelada en el espacio preperitoneal sin posibilidad de reducción espontánea por la intensa fibrosis del anillo herniario y el aumento de la inflamación local con el paso del tiempo.

Las limitaciones de los abordajes por vía anterior y la posibilidad de una laparotomía asociada para evaluar el estado del contenido herniario encarcelado están promocionando la utilización de un abordaje laparoscópico TAPP en la cirugía de Urgencias, al tratarse de una técnica mínimamente invasiva que permite la valoración visceral y la resolución de la causa en el mismo acto quirúrgico en condiciones de fiabilidad y seguridad, sin un aumento significativo de complicaciones y recurrencias con respecto a las vías de abordaje tradicional⁷⁻⁹. No obstante, debemos considerar que un cierre inadecuado del colgajo peritoneal una vez colocada la prótesis puede causar el mismo cuadro obstructivo que sufrió nuestro

paciente por atrapamiento intestinal en el preperitoneo¹⁰. Los resultados quirúrgicos de un abordaje endoscópico totalmente extraperitoneal (TEP) son similares a la vía TAPP, pero la presencia de un campo quirúrgico reducido, acentuado por la distensión visceral secundaria a la obstrucción, y la posibilidad de requerir una exploración inguinal contralateral o un acceso intraperitoneal para completar la exploración y tratamiento, ponen en entredicho su utilidad en cirugía de Urgencias.

En cualquier caso, la necesidad de una experiencia contrastada con una amplia curva de aprendizaje y el elevado coste económico de este procedimiento está retrasado su incorporación rutinaria a la práctica clínica de Urgencias¹¹. Quizás los diferentes programas de formación acreditada y el ahorro derivado de una corta estancia hospitalaria, mínimas complicaciones y una reincorporación precoz a la actividad habitual contribuyan a un cambio de paradigma en el tratamiento de la patología herniaria complicada.

El éxito de este tipo de abordaje debe ser compartido con la participación activa de Atención Primaria, ya que un diagnóstico precoz de obstrucción influye positivamente en la historia natural del proceso al disminuir la probabilidad de progresión a formas evolucionadas, que dificultan la realización y efectividad de una técnica quirúrgica mínimamente invasiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillaumes S, Hoyuela C, Hidalgo NJ, Juvany M, Bachero I, Ardid J, et al. Inguinal hernia repair in Spain. A population-based study of 263,283 patients: factors associated with the choice of laparoscopic approach. *Hernia*. 2021; 25(5): 1345-54.

2. Bulyk I, Shkarban V, Vasyliuk S, Osadets V, Bitska I, Dmytruk O. The history of inguinal hernia surgery. *Rozhl Chir.* 2023; 10 4): 149-53.
3. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* 2018; 22(1): 1-165.
4. Martí de Gracia M, Vicente Bártulos A. *Tratado de Radiología de Urgencias.* Editorial Médica Panamericana; 2022.
5. Gore RM, Silvers RI, Thakrar KH, Wenzke DR, Mehta UK, Newmark GM, et al. Bowel obstruction. *Radiol Clin North Am.* 2015; 53(6): 1225-40.
6. Silva AC, Pimenta M, Guimarães LS. Small bowel obstruction: what to look for. *Radiographics.* 2009; 29(2): 423-39.
7. Jacob R, Guy SB, Kamila L, Idan C, Shlomi R, Youri M. Comparison of emergent laparoscopic and open repair of acutely incarcerated and strangulated hernias-short- and long-term results. *Surg Endosc.* 2023; 37(3): 2154-62.
8. Sartori A, Balla A, Botteri E, Scolari F, Podda M, Lepiane P, et al. Laparoscopic approach in emergency for the treatment of acute incarcerated groin hernia: a systematic review and meta-analysis. *Hernia* 2023; 27(3): 485-501.
9. Zaroni AAG, Delcarro A, Ciccarese F, Villa R, Oldani A, Giorgi R, et al. Laparoscopic transperitoneal hernia repair (TAPP) in emergency: long-term follow-up in a high volumen centre. *Hernia.* 2022; 26(4): 1063-8.
10. Zou Z, Zhu Y, Wang F, Cao J, Liu Y, Yang H, et al. Preperitoneal herniation as a complication of transabdominal preperitoneal patch plasty: a report of two cases. *BMC Surg.* 2021; 21(1): 227.
11. Aydin M, Fikatas P, Denecke C, Pratschke J, Raakow J. Cost analysis of inguinal hernia repair: the influence of clinical and hernia-specific factors. *Hernia.* 2021; 25(5): 1129-35.