

CASO CLÍNICO 2

TÍTULO

HERNIA INCARCERADA EN PUNTO DE TRÓCAR TRAS CIRUGÍA ROBÓTICA: UNA URGENCIA QUIRÚRGICA.

TROCAR SITE HERNIA AFTER ROBOTIC SURGERY: A SURGICAL EMERGENCY

AUTORES:

Ingrid Roca i Pèlach ¹

Adrián García Rosique ²

Cristina Bodas Muyo ²

Maria De los Llanos Carrillo Molina ³

Ignacio Ortega Fernández ³

Ana Isabel Cidoncha Berlanga ³

Elena González Revilla ³

Javier Etreros Alonso ³

¹ Residente del Servicio de Urología, Hospital General de Segovia

² Residente del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

² Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

Correspondencia: Ingrid Roca i Pèlach

-Correo electrónico: 41592844n@saludcastillayleon.es

RESUMEN:

Introducción: las hernias en punto de trócar son una complicación poco frecuente tras cirugía laparoscópica/robótica, pero que pueden llegar a tener consecuencias fatales dado que en caso de contener intestino y, en escenarios graves, pueden progresar hasta la estrangulación. Los datos disponibles en la literatura sobre la incidencia son muy variables, desde el 0.3% hasta el 32%. Los puertos de 10mm o más son los más implicados; y el cierre fascial de los mismos reduce el riesgo.

Caso clínico: se reporta el caso de un varón de 80 años con antecedente de resección anterior de recto ultrabaja tipo Hartmann + colostomía terminal. El paciente presentó un postoperatorio inmediato tórpido, con aparición de dolor sordo en fosa ilíaca derecha, a partir del séptimo día postoperatorio, con una tumoración en la misma zona. Se exploró la incisión habiendo retirado previamente algunas grapas, y tras drenar hematoma localizado, se diagnosticó de hernia incarcerada. Seguidamente se indicó necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Discusión: La falta de cierre de la fascia, el diámetro del trócar $>10\text{mm}$, y factores relacionados con el aumento de la presión intraabdominal o con una mala cicatrización, se han identificado como factores de riesgo importantes para el desarrollo de hernias en el punto de trócar.

Conclusión: este caso presenta una de las complicaciones de la cirugía mínimamente invasiva, con el potencial riesgo e implicación que conlleva tener que resecar parte de intestino. Así pues, se debe considerar el cierre del peritoneo y/o fascia, incluso en caso de trócares $<10\text{mm}$ en diámetro.

PALABRAS CLAVE:

Hernia encarcerada

Anastomosis término-terminal

Cirugía mínimamente invasiva

Complicación postquirúrgica

MANUSCRITO:

INTRODUCCIÓN:

Las hernias en punto de inserción de un trócar son una complicación potencialmente grave tras procedimientos laparoscópicos y robóticos, que pueden provocar encarceración y estrangulación intestinal llegando incluso a precisar, en los casos más graves, de resección intestinal.

El cierre de la fascia debe considerarse en los orificios de los trócares de 10mm o más, para evitar hernias incisionales. En los de 5-8mm basta cerrar solo la piel, aunque es probable que movimientos repetitivos y extensos del brazo robótico, combinados con una mayor laxitud de los tejidos, contribuyan al ensanchamiento del punto de entrada de un trócar y a la eventual aparición de una hernia.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un paciente de 80 años, con antecedente de adenocarcinoma de recto bajo pT3N0M0, y múltiples cirugías previas. El paciente se intervino de una resección anterior ultrabaja de recto tipo Hartmann, con colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda.

Tras una evolución tórpida durante el postoperatorio, con colostomía funcionante a escasas heces líquidas sin gas durante la primera semana, empezó a referir un dolor sordo en fosa ilíaca derecha. Bajo condiciones de asepsia, se retiraron grapas y, tras drenaje de serohematoma localizado, se diagnosticó de hernia encarcerada.

Ante estos hallazgos, se indicó necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Bajo anestesia raquídea se realizó ampliación y exploración de incisión en fosa ilíaca derecha identificando dehiscencia de sutura previa e encarceración de unos 10cm de intestino delgado con isquemia establecida (Fig 1). Se amplió el orificio de la fascia, con posterior resección de 10cm de intestino delgado isquémico y anastomosis término-terminal manual monopiano con seda 3.0. Se realizaron lavados abundantes, dejando un drenaje perianastomótico. Se cierra el peritoneo con Vicryl 0 y fascia con Monomax 1. Ágrafes (Fig 2).

La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuado control del dolor y tolerancia por vía oral, con colostomía funcionante a heces sólidas y gas. Con todo ello, fue dado de alta a domicilio, tras completar pauta completa de antibiótico intravenoso y manteniéndose afebril, hemodinámicamente estable y asintomático.

DISCUSIÓN:

Las hernias incisionales son poco frecuentes y presentan gran heterogeneidad, aunque se ha visto una menor incidencia de hernia incisional postoperatoria después de una cirugía mínimamente invasiva en comparación con la laparotomía^(1,2).

La falta de cierre de la fascia, el diámetro del trócar $>10\text{mm}$, y factores relacionados con el aumento de la presión intraabdominal (incluida la obesidad y fenómeno de Valsalva) junto con los relacionados con mala cicatrización del tejido, se han identificado como factores de riesgo importantes para el desarrollo de hernias en el punto de trócar⁽²⁾.

Se plantea que un factor determinante en la fisiopatogenia de la hernia incisional sea el paso de los trócares por un tejido conectivo débil. A su vez, esto puede verse agravado por la extensa disección realizada por los brazos robóticos. Por consiguiente, se recomienda retirar todos los trócares bajo visión directa, con un instrumento romo, con el objetivo de minimizar el riesgo de herniación. Asimismo, una inspección minuciosa de todas las incisiones y fascias al finalizar el procedimiento debe ser considerada, con el cierre de cualquier incisión que parezca haberse extendido más allá de 10mm ⁽²⁾.

Las complicaciones tras una cirugía laparoscópica o robótica pueden incluir hemorragias, infecciones, lesiones intestinales, daños ureterales, etc. Las hernias en el sitio de inserción del puerto (incisionales) son una complicación poco frecuente. Si bien son poco comunes, pueden causar una alta morbilidad debido a la incarceration y estrangulación intestinal⁽⁴⁾.

CONCLUSIÓN:

El cierre de la fascia debe considerarse en los orificios de los trócares de 10mm o más, para evitar hernias incisionales⁽³⁾. En los de $5\text{-}8\text{mm}$ basta cerrar solo la piel, aunque se recomienda una inspección minuciosa, dado que los movimientos repetitivos del brazo robótico, combinados con una mayor laxitud de los tejidos pueden contribuir al ensanchamiento de una incisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sinha R, Bana R, Mohanty GS. Acute presentation of port site hernia following robot-assisted hysterectomy: a case report and review of the literature. *Journal of Mid-life Health*. 2021;12(3):244-246. doi:10.4103/jmh.jmh_23_21.
2. Badiner N, Sansone S, Fenster T, Segal S. Incarcerated ventral wall hernia after robotic urogynecologic surgery: A case report. *Case Reports in Women's Health*. 2021 Oct;32:e00350. doi:10.1016/j.crwh.2021.e00350.

3. Pous-Serrano S, García-Pastor P, Bueno-Lledó J. Encuesta nacional a unidades de cirugía colorrectal sobre el cierre de pared abdominal. Cir Esp. 2023 Apr;101(4):258-264.
4. Lau A, Aseem R, Shrestha A. Rare complications and management of port site hernias (PSH) following robotic-assisted radical prostatectomy (RARP). Br J Surg. 2022 Sep;109(Suppl 6):znac269.373. doi:10.1093/bjs/znac269.373.

FIGURAS:



Fig 1. Hernia incarcerada con isquemia establecida

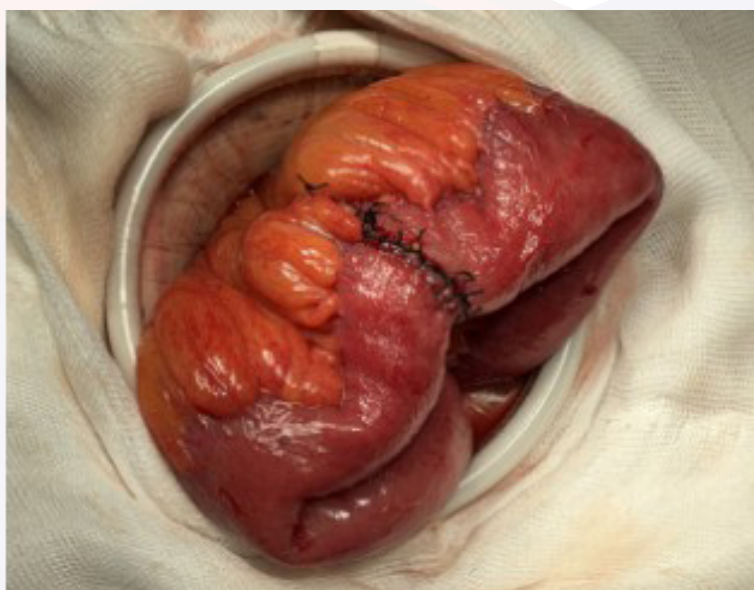


Fig 2. Anastomosis término-terminal manual monopiano