



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-728 - UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA EN LA HERNIOPLASTIA ABIERTA URGENTE

Gómez López, Juan Ramón; Trujillo Díaz, Jeancarlos; Concejo Cútoli, Pilar; Martínez Moreno, Clara María; Atienza Herrero, Javier; Martín del Olmo, Juan Carlos

Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo.

### Resumen

**Objetivos:** La hernia inguino-crural encarcelada es una patología frecuente en la cirugía urgente. En ocasiones, esta intervención requiere de una resección intestinal, incrementando el riesgo de complicaciones. Esta situación va a depender de la experiencia del cirujano y de su capacidad de observación para valorar la recuperación del intestino herniado. El objetivo de este trabajo fue establecer la realización de una laparoscopia a baja presión a través del saco herniario, como herramienta diagnóstica, para visualizar el asa liberado y su correcta recuperación o no tras reducirlo a la cavidad abdominal.

**Métodos:** La mayoría de los pacientes con hernia inguinal o crural encarcelada son añosos y presentan múltiples patologías; por lo que la intervención urgente se realiza bajo anestesia loco-regional y debemos intentar ser lo menos invasivos posible para evitar morbilidad. Durante estas intervenciones puede ocurrir que el asa intestinal se reduzca a la cavidad abdominal sin poder comprobar su completa recuperación o pueden quedar dudas al respecto. Planteamos la realización de una *hernioscopia* a través del saco del orificio herniario, con trócar óptico y cámara de 10 o de 5 mm y a una presión de CO<sub>2</sub> de unos 4-6 mmHg; suficiente para poder visualizar el asa reintroducido y sin causar molestias al paciente.

**Resultados:** En el último año hemos realizado una hernioscopia en 4 pacientes intervenidos de urgencia bajo anestesia raquídea por hernia inguinal o crural encarcelada. Se identificó a través del trócar óptico el asa problema objetivando movilidad adecuada y la completa recuperación del mismo; por lo que se extrajo el gas junto con el trócar, se cerró el saco herniario y se procedió a reparar la hernia. Si se hubiese encontrado un asa isquémica, aperistáltica y sin recuperación, se habría procedido a reparación herniaria y a realizar una minilaparotomía para la resección y anastomosis pertinente.

**Conclusiones:** En la actualidad, todos los servicios de cirugía disponen de la posibilidad de realizar una hernioscopia que permita comprobar la viabilidad intestinal de forma segura y no agresiva para los pacientes. Esta maniobra puede evitar en muchos de ellos una prolongación de la estancia hospitalaria e incluso la realización de analíticas o pruebas de imagen (TC) que conllevan riesgos inherentes. En nuestro caso, los 4 pacientes fueron dados de alta tras introducción precoz de la ingesta oral, sin complicaciones.