

lento desarrollo, lo que permite que la reacción inflamatoria crónica lo aisle. En nuestro caso llama la atención que la paciente tuvo pancreatitis previamente, pero parece ser circunstancial.

Su diagnóstico es complejo y se debe tener un alto índice de sospecha. La infección persistente del sitio del reservorio puede ser su primera manifestación. La TC con contraste iv debe ser la modalidad de elección, ya que permite identificar con mayor precisión la localización de la banda y su repercusión⁴. Por otro lado la fluoroscopia es simple de realizar, objetivando la migración de la banda, y la endoscopia digestiva alta puede ser terapéutica, removiéndola en caso de ser posible³.

El tratamiento va a depender de la clínica y del grado de migración de la banda. Si la banda se encuentra dentro del estómago con más del 50% de su circunferencia se puede intentar una retirada endoscópica, lo cual es menos invasivo y morbido². En los casos en que esté migrada hacia el intestino delgado y mas aún, asociada a perforaciones, se requiere un abordaje abierto. La retirada de la banda y su reinstalación inmediata no se recomienda por su alta tasa de fracaso y de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. McBride CL, Kothari V. Evolution of laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Clin North Am.* 2011;91:1239-47.
2. Sapalidis K, Liavas L, Panteli N, Kosmatopoulos E, Anastasiadis I, Charalambides S, et al. Intrajejunal migration of adjustable gastric band: A case report. *Curr Health Sci J.* 2013;39:118-20.
3. Bueter M, Thalheimer A, Meyer D, Fein M. Band erosion and passage, causing small bowel obstruction. *Obes Surg.* 2006;16:1679-82.

4. Salar O, Waraich N, Singh R, Awan A. Gastric band erosion, infection and migration causing jejunal obstruction. *BMJ Case Rep.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-007737>.
5. Lantsberg L, Kirshtein B, Leytzin A, Makarov V. Jejunal obstruction caused by migrated gastric band. *Obes Surg.* 2008;18:225-7.
6. Egbare DM, Myers AF, Lawrance RJ. Small bowel obstruction secondary to intragastric erosion and migration of a gastric band. *J Gastrointest Surg.* 2008;12:983-4.
7. Bassam A. Unusual gastric band migration outcome: Distal small bowel obstruction and coming out per-rectum. *Pan Afr Med J.* 2012;13:59.
8. Shah KG, Molmenti EP, Nicastro J. Gastric band erosion and intraluminal migration leading to biliary and small bowel obstruction: case report and discussion. *Surg Obes Relat Dis.* 2011;7:117-8.
9. Creedon L, Leeder P, Awan A. Laparoscopic adjustable gastric band erosion and migration into the proximal jejunum. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10:e19-21.
10. Tekin A. Migration of the connecting tube into small bowel after adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2010;20:526-9.

Federico Oppliger*, Horacio Ríos y Luis Manríquez

Departamento de Cirugía, Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: foppliger@gmail.com (F. Oppliger).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.07.008>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Reducción en masa de una hernia inguinal encarcerada. Abordaje urgente por laparoscopia[☆]



En masse reduction of an incarcerated inguinal hernia. Emergency laparoscopic management

La reducción en masa de una hernia inguinal encarcerada ocurre cuando el saco herniario queda reducido en el espacio preperitoneal tras una maniobra de taxis o durante la cirugía de reparación herniaria. Las asas intestinales continúan encarceradas en el saco, persistiendo por tanto la oclusión intestinal pese a la aparente reducción exitosa de la hernia^{1,2}. Se trata de una complicación extremadamente rara, descrita

por primera vez por Luke³ en 1843. Su frecuencia fue estimada por Corner y Howitt⁴ en 1908 en aproximadamente el 0,3% de las hernias encarceradas, aunque su incidencia actual es probablemente menor debido al aumento de las reparaciones herniarias en fases tempranas.

Describimos el caso de un paciente varón de 40 años que como único antecedente presentaba una discapacidad intelectual. Acudió a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal asociado a una tumoración inguinal izquierda dolorosa, sin ser capaz de especificar el tiempo de aparición de la sintomatología. A la exploración el abdomen era blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal, con peristaltismo intestinal

[☆] Caso clínico presentado en el 29 Congreso Nacional de Cirugía, celebrado en Madrid, del 12 al 15 de noviembre de 2012, en formato de póster, con el título: «¿Nos quedamos tranquilos al reducir una hernia en urgencias?».

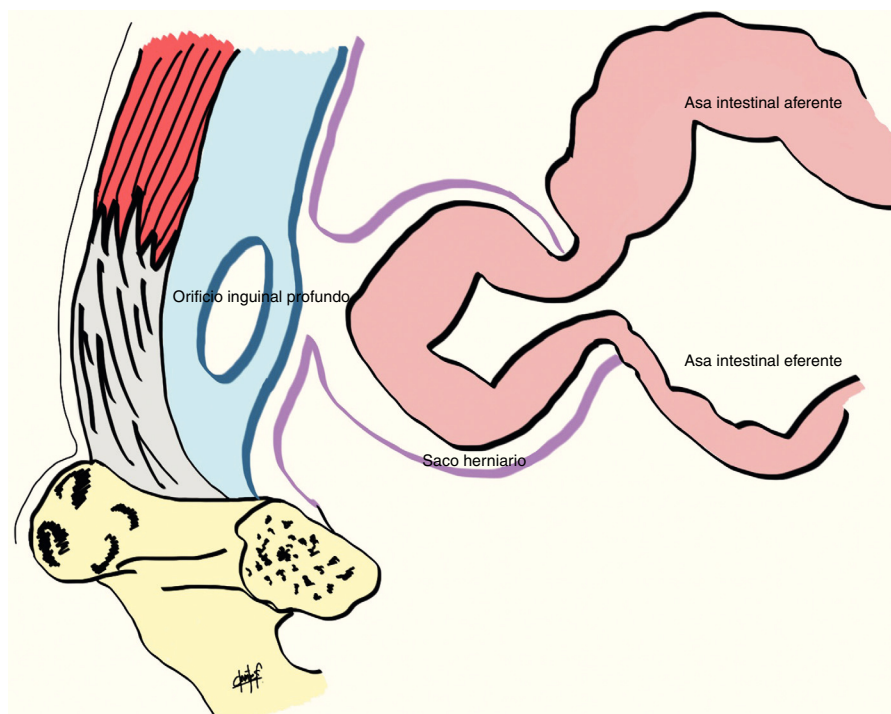


Figura 1 – Imagen esquemática del fenómeno de reducción en masa: el asa de intestino delgado queda encarcerada en el saco herniario situado en el espacio preperitoneal.

audible. En la región inguinal izquierda presentaba una tumoración dolorosa, compatible con hernia inguinal encarcerada, que se redujo por completo de manera espontánea y no intencionada mediante una maniobra exploratoria suave en el servicio de Urgencias. La analítica sanguínea y la radiografía simple de abdomen no mostraban hallazgos patológicos, por lo que se descartó la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente, planificándose su manejo para realizar hernioplastia programada. Pese a ello, se decidió mantener al paciente en observación hospitalaria. Transcurridas 12 h presentó un claro empeoramiento, con clínica de cuadro oclusivo y asas de intestino delgado distendidas en la radiografía simple de abdomen, sin embargo, no existía hernia palpable en el canal inguinal a la exploración.

Se indicó una exploración quirúrgica urgente por vía laparoscópica, sin recurrir previamente a una tomografía computarizada debido a que sus resultados no modificarían la indicación quirúrgica dado el claro empeoramiento clínico. Se realizó un abordaje con 3 puertos: incisión umbilical de 12 mm, y de 5 mm en ambas fosas ilíacas sobre las líneas medioclaviculares, observándose una hernia inguinal indirecta, con un segmento de íleon encarcerado en un saco herniario situado en el espacio preperitoneal, sobre el orificio inguinal profundo (fig. 1), que se liberó mediante maniobras de tracción, evidenciándose el asa afecta de aspecto congestivo, sin signos de isquemia irreversible. Posteriormente se realizó la reparación herniaria mediante la técnica de hernioplastia transabdominal preperitoneal (TAPP) con malla de polipropileno de 15 × 10 cm colocada en el espacio preperitoneal, utilizándose una endograpadora espiral para su fijación y el cierre del colgajo peritoneal. Antes de dar por

concluida la intervención, se volvió a comprobar la viabilidad del segmento intestinal afecto, que presentaba buena coloración y había recuperado el peristaltismo. El paciente evolucionó de manera satisfactoria y fue alta hospitalaria a los 3 días de la intervención.

La reducción en masa de una hernia inguinal o femoral debe sospecharse en pacientes con persistencia del cuadro oclusivo tras la reducción aparentemente efectiva de una hernia encarcerada. La exploración del canal inguinal no evidenciará hernia. El diagnóstico se confirma mediante tomografía computarizada, o durante la propia cirugía, como fue el caso de nuestro paciente. Es importante que el cirujano conozca esta complicación ya que, al tratarse de un fenómeno infrecuente, su diagnóstico puede retrasarse, y la demora de la intervención quirúrgica urgente puede empeorar el pronóstico⁵.

Se han descrito 3 condiciones necesarias para que ocurra el fenómeno de reducción en masa: un anillo inguinal profundo relativamente laxo, un cuello herniario estrecho y fibroso y la existencia de un espacio para el saco preperitoneal¹. Estos factores habitualmente coinciden en casos de hernias de larga evolución, con historia previa de reducciones forzosas repetidas⁶. En este caso desconocíamos el tiempo de evolución de la hernia así como el del inicio de la sintomatología aguda. Consideramos que la decisión de observación hospitalaria fue la correcta, así como la indicación quirúrgica urgente, que permitió realizar el diagnóstico y el tratamiento al mismo tiempo.

Varios autores han utilizado el abordaje laparoscópico en este fenómeno tanto para comprobar la viabilidad del asa afecta⁷ como también para su tratamiento definitivo⁸.

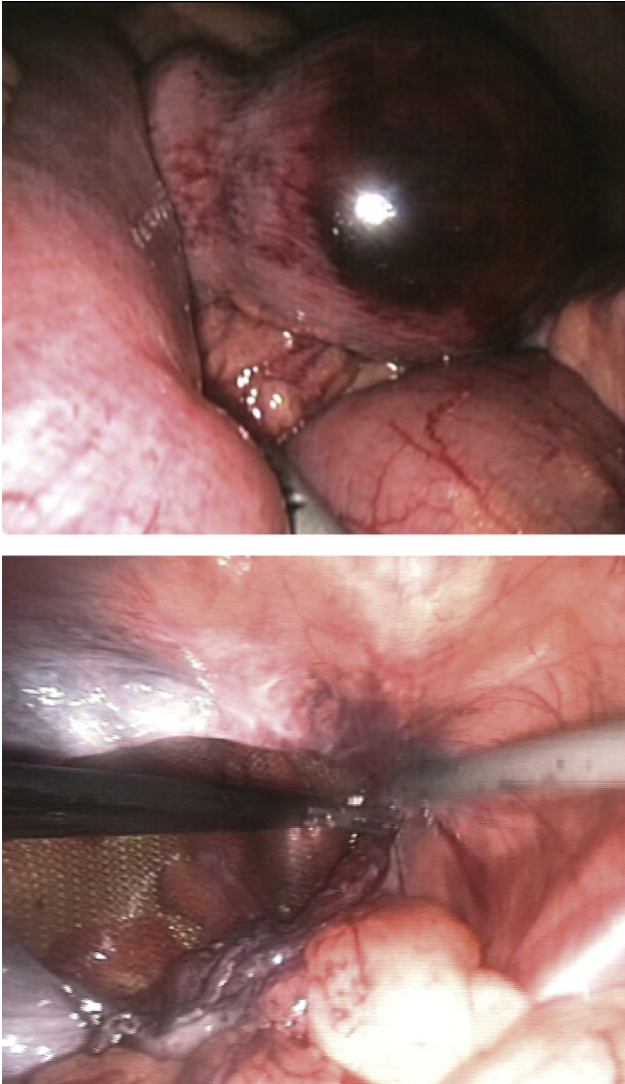


Figura 2 – Reducción y exploración del segmento de intestino delgado encarcerado y reparación herniaria mediante hernioplastia transabdominal preperitoneal (técnica TAPP).

La hernioplastia mediante la técnica TAPP puede utilizarse para el manejo de las hernias encarceradas con resultados satisfactorios⁹. En primer lugar se liberará la encarceración, que en ocasiones precisará de una pequeña quelotomía sobre el cuello fibroso, realizándose posteriormente la reparación herniaria¹⁰ (fig. 2). Aunque no fue el caso de este paciente, si existiera una isquemia irreversible del asa afecta, se puede realizar una resección intestinal a través de una minilaparotomía tras finalizar la hernioplastia. También cabe destacar la posibilidad del abordaje abierto preperitoneal, que permite la evaluación del asa afecta, la resección intestinal sin laparotomía media en caso de necesidad y la reparación herniaria, que además podría realizarse con anestesia locorregional.

En conclusión, la reducción en masa es una complicación infrecuente, que requiere de un alto índice de sospecha para ser diagnosticada y tratada de forma precoz. Proponemos el abordaje quirúrgico por laparoscopia y la reparación herniaria mediante la técnica TAPP como un método efectivo y poco invasivo, que acelera el proceso de recuperación, justificando su empleo en estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ravikumar H, Babu S, Govindrajan M, Kalyanpur A. Reduction en-masse of inguinal hernia with strangulated obstruction. *Biomed Imaging Interv J.* 2009;5:e14.
2. Wright RN, Arensman RM, Coughlin TR, Nyhus LM. Hernia reduction en masse. *Am Surg.* 1977;43:627-30.
3. Luke J. Cases of strangulated hernia reduced en masse, with observations. *Med Chir Trans.* 1843;6:159-87.
4. Corner EM, Howitt AB. The reduction en masse of strangulated and non-strangulated herniae. *Ann Surg.* 1908;47:573-87.
5. Sahoo MR, Kumar A. Laparoscopic management of reduction-en-masse. *BMJ Case Rep.* 2012;20:2012.
6. Casten D, Bodenheimer M. Strangulated hernia reduction en masse. *Surgery.* 1941;9:561-6.
7. Altaf N, Ahmed J, Doran J. Laparoscopic assessment of bowel viability after reduction en masse. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88:316-22.
8. Kaiwa Y, Namiki K, Matsumoto H. Laparoscopic relief of reduction en masse of incarcerated inguinal hernia. *Surg Endosc.* 2003;17:352.
9. Legnani GL, Rasini M, Pastori S, Sarli D. Laparoscopic transperitoneal hernioplasty (TAPP) for the acute management of strangulated inguino-crural hernias: A report of nine cases. *Hernia.* 2008;12:185-8.
10. Wu CC, Kang JC, Huang YM. Laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty for reduction en masse of an incarcerated inguinal hernia: A case report. *J Gastrointest Surg.* 2012;16:1433-5.

Javier Maupoey Ibáñez*, Omar Carreño Sáenz, Homero Beltrán Herrera, Amparo Moya Sanz y Fernando Carbonell Tatay

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javiermaupoey@gmail.com (J. Maupoey Ibáñez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.02.017>
0009-739X/

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.