

Eventración estrangulada a través de trócar óptico en postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica

Strangulated eventration through optical trocar in the immediate postoperative period after bariatric surgery

EVENTRACIÓN ESTRANGULADA A TRAVÉS DE TRÓCAR ÓPTICO EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Manuel Ferrer-Márquez¹

Manuel García-Redondo¹

Pedro A Sánchez-Fuentes¹

José Ruíz-Pardo¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. Spain

Autor para correspondencia: Manuel García-Redondo

Calle Hermandad Donantes de Sangre S/N, 04009. Almería

Correo electrónico: m.garcia.redondo@outlook.es



bmi journal
seco-seedo

La obesidad mórbida es actualmente conocida como la gran epidemia del siglo XXI¹, siendo la cirugía bariátrica su principal tratamiento cuando las medidas conservadoras fracasan²⁻⁴. Una de las complicaciones más infraestimadas de dicha cirugía es la presencia de hernias en el sitio de entrada de los trócares de trabajo^{5,6}. La evidencia en poblaciones no bariátricas respalda el enfoque de cerrar la fascia en incisiones mayores de 10 mm, a pesar de que también se han descrito casos incluso con trocares de menos de 5 mm. Sin embargo, el hecho de tratarse de pacientes con un amplio panículo adiposo en pared abdominal hace que sean pocos los equipos quirúrgicos bariátricos que cierren de forma sistemática dichos orificios de entrada, con el riesgo que ello puede suponer. A esto hay que añadir el extendido uso de trócares de entrada romos de visión óptica en este tipo de paciente que han sustituido a los antiguos trocares de cuchilla, que cortaban la aponeurosis en lugar de dislacerar.

Presentamos el caso de una paciente de 59 años con IMC de 53 Kg/m², con antecedentes personales de diabetes mellitus, hipertensión arterial y síndrome de apnea del sueño. La paciente fue intervenida mediante gastrectomía vertical laparoscópica 24 meses antes. Durante el seguimiento, y a pesar de una pérdida de peso notable (%EIMCP= 62), la paciente presentaba reflujo gastroesofágico severo con síndrome emético persistente asociado. Se decide, por tanto, conversión a bypass gástrico simplificado.

La cirugía es llevada a cabo mediante el uso de 5 trócares de 12mm sin incidencias, y es dada de alta a las 48 horas de esta. Cinco días después, la paciente acude a urgencias por presentar tumoración en pared abdominal de unos 8 cm de diámetro a nivel de uno de los trócares de entrada, no reductible y dolorosa a la palpación (figura 1). Tras la valoración y realizar prueba de imagen (TC abdominal), se diagnostica de eventración supraumbilical estrangulada, asociada a dilatación retrógrada de asas de intestino delgado. Se realiza cirugía de urgencia mediante la ampliación del trocar de entrada donde se encuentra la hernia incisional, evidenciando asa de intestino delgado (asa común) con signos de isquemia que no recuperan, siendo necesaria la resección de la misma (figura 2). Tras un postoperatorio lento, consecuencia de un íleo paralítico y una infección nosocomial respiratoria, la paciente evoluciona de forma favorable siendo dada de alta hospitalaria a las 6 semanas.

Los datos de estudios retrospectivos con intervalos de seguimiento adecuados indican una prevalencia notablemente alta de hernias en el sitio del trocar después de la cirugía bariátrica, que oscila entre el 15 y el 40 %^{7,8}. Sin embargo, en el estudio de Karampinis et al⁹, la

prevalencia de defectos de la pared abdominal en pacientes que recibieron cierre de fascia fue del 37 % en comparación con el 34 % en pacientes que no recibieron dicho cierre ($p = 0,37$) (estudiando mediante ultrasonografía). El único factor que se asoció con un mayor riesgo de hernias en el sitio del trocar en este estudio fue la pérdida excesiva de peso ($p = 0,05$).

La mayoría de los estudios que informan resultados a largo plazo tras de la cirugía bariátrica presentan varios casos de hernias estranguladas urgentes en el sitio del trocar, a pesar de que la prevalencia real sigue siendo desconocida. A diferencia de estos casos, el que presenta nuestro equipo aparece en el postoperatorio inmediato, requiriendo resección intestinal.

Una revisión sistemática y metanálisis publicada en 2019¹⁰, indica claramente que las hernias en el sitio del trocar son un problema enormemente subestimado en la cirugía bariátrica. Concluyen que los pacientes con un IMC más alto parecen tener un mayor riesgo de desarrollar hernia. El papel del cierre de la fascia sigue siendo complicado, pero se puede considerar el cierre cuando se utilizan trocaries de más de 10 mm.

Bibliografía:

1. Gensthaller L, Felsenreich DM, Jedamzik J, Eichelter J, Nixdorf L, Bichler C, et al. Trends of Overweight and Obesity in Male Adolescents: Prevalence, Socioeconomic Status, and Impact on Cardiovascular Risk in a Central European Country. *Obes Surg.* 2022 Apr;32(4):1024-1033
2. Arterburn DE, Telem DA, Kushner RF, Courcoulas AP. Benefits and Risks of Bariatric Surgery in Adults: A Review. *JAMA.* 2020 Sep 1;324(9):879-887
3. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg.* 2014 Mar;149(3):275-87
4. Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD003641.

5. Pilone V, Di Micco R, Hasani A, Celentano G, Monda A, Vitiello A, et al. Trocar site hernia after bariatric surgery: our experience without fascial closure. *Int J Surg.* 2014;12 Suppl 1:S83-6.
6. Swank HA, Mulder IM, la Chapelle CF, Reitsma JB, Lange JF, Bemelman WA. Systematic review of trocar-site hernia. *Br J Surg.* 2012 Mar;99(3):315-23.
7. Ahlqvist S, Bjork D, Weisby L, Israelsson LA, Cengiz Y. Trocar site hernia after gastric bypass. *Surgical technology international* 2017 Jul 25;30:170-174.
8. Rebibo L, Dhahri A, Chivot C, Cyril C, Yzet T, Regimbeau JM. Trocar site hernia after laparoscopic sleeve gastrectomy using a specific open laparoscopy technique. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery* 2015 Jul-Aug;11(4):791-796.
9. Karampinis I, Lion E, Hetjens S, Vassilev G, Galata C, Reissfelder, et al. Trocar Site HERnias After Bariatric Laparoscopic Surgery (HERBALS): a Prospective Cohort Study. *Obes Surg,* 2020 May;30(5):1820-1826.
10. Karampinis I, Lion E, Grilli M, Hetjens S, Weiss C, Vassilev G, et al. Trocar Site Hernias in Bariatric Surgery-an Underestimated Issue: a Qualitative Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Surg.* 2019 Mar;29(3):1049-1057.

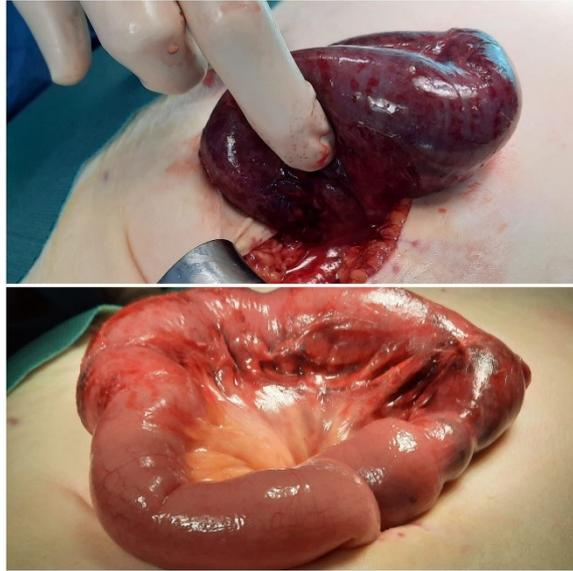
Figuras:

Figura 1: Tumoración supraumbilical e imágenes del TC abdominal evidenciando hernia estrangulada.



bmi journal
seco-seedo

Figura 2: Asas de intestino delgado con signos de isquemia tras liberar la eventración



bmi journal
seco-seedo