

# Fistulización de malla protésica al intestino delgado como complicación alejada de hernioplastia laparoscópica TAPP

Alejandro Barboza Martínez<sup>1</sup>, Elisa Picot Herrera<sup>1</sup>, María Olivera Antúnez<sup>1</sup>

## Fistulization of prosthetic mesh to the small bowel as a distant complication of laparoscopic TAPP hernioplasty

**Objective:** To communicate an infrequent but serious remote complication of TAPP (trans abdominal pre peritoneal) hernioplasty. **Material and Methods:** Communication of a clinical case. **Results:** Male, 57 years old, hypertensive, non-insulin-requiring diabetic, laparoscopic TAPP hernioplasty for right inguinal hernia performed 27 years before (1994), in another institution. No other surgical history. Currently presents with small bowel occlusion. Tomography showed the occlusion over the right iliac fossa, over an inflammatory process where multiple metallic foreign bodies were seen. Emergency surgery was decided, finding prosthetic mesh fistulized to the ileum with proximal occlusion. Resection and entero-enteric anastomosis were performed, with good postoperative evolution. **Discussion:** Fistulization of the prosthetic mesh to the small bowel after TAPP hernioplasty is an exceptional but serious distant complication. It should be prevented by means of an adequate surgical technique, correctly closing the peritoneal gap by suturing to isolate the preperitoneal mesh, avoiding its contact and adherence to the intestine.

**Key words:** TAPP hernioplasty; intestinal obstruction; postoperative distant complication.

## Resumen

**Objetivo:** Comunicar una complicación alejada e infrecuente, pero grave, de la hernioplastia TAPP (trans abdominal pre peritoneal). **Material y Métodos:** Comunicación de un caso clínico. **Resultados:** Sexo masculino, 57 años, hipertenso, diabético no insulino requirente, hernioplastia laparoscópica TAPP por hernia inguinal derecha realizada 27 años antes (1994), en otra institución. Sin otros antecedentes quirúrgicos. Actualmente se presenta con oclusión de intestino delgado. La tomografía ubica la oclusión en fosa iliaca derecha, sobre proceso inflamatorio donde se ven múltiples cuerpos extraños metálicos. Se decidió cirugía de urgencia, encontrando malla protésica fistulizada a ileon con oclusión proximal. Se realizó resección y anastomosis entero-entérica, con buena evolución postoperatoria. **Discusión:** La fistulización de la malla protésica al intestino delgado tras la hernioplastia TAPP es una complicación alejada y excepcional, pero grave. La misma debe prevenirse mediante una técnica quirúrgica adecuada, cerrando correctamente la brecha peritoneal mediante sutura para aislar la malla preperitoneal, evitando su contacto y adherencia con el intestino.

**Palabras clave:** hernioplastia por TAPP; obstrucción intestinal; complicación postoperatoria alejada.

<sup>1</sup>Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

Recibido el 2024-07-19 y  
aceptado para publicación el  
2024-09-03

### Correspondencia a:

Dr. Alejandro Barboza  
Martínez  
[alejandrobambozamartinez@gmail.com](mailto:alejandrobambozamartinez@gmail.com)

E-ISSN 2452-4549



## Introducción

La hernioplastia por TAPP (abordaje transabdominal pre peritoneal) es una técnica desarrollada en la década del 90, que hace referencia al abordaje integral de la patología parietal por vía laparoscópica.

La fistulización de la malla al intestino constituye una complicación infrecuente y de difícil manejo. Se presenta a continuación el caso de un paciente con diagnóstico de oclusión intestinal por fistulización de malla protésica a intestino como complicación alejada de hernioplastia por TAPP<sup>1-3</sup>.

### Caso clínico

Paciente de sexo masculino, 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II no insulino requiriente. Como antecedente quirúrgico destaca una hernioplastia por TAPP inguinal derecho en 1994 sin complicaciones en la evolución. Por no contar con el protocolo operatorio, desconocemos como se realizó el cierre de la brecha mesial. El paciente fue admitido en la emergencia del Hospital Pasteur en noviembre de 2020. Al ingreso hospitalario se presenta con un cuadro de dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución, tipo cólico de moderada entidad. Asocia náuseas y vómitos de contenido alimentario. No presenta fiebre ni sensación febril. Del tránsito digestivo bajo destaca detención del mismo para materias y gases desde comienzo del cuadro. No se destacan alteraciones del tránsito urinario. Al examen físico el paciente se encontraba lúcido, eupneico, apirético, sin taquicardia, con una lengua saburral, bien perfundido y normocoloreado. El abdomen se encontraba distendido en forma difusa, doloroso a la palpación de hemiabdomen inferior sin elementos de irritación peritoneal. De la paraclínica humoral se destaca una leucocitosis de 19.500 glóbulos blancos sin disfunciones. La radiografía abdominal de pie y en decúbito evidenció niveles hidroaéreos centro abdominales, que sugerían un cuadro oclusivo de intestino delgado. Se solicitó una tomografía de abdomen y pelvis con contraste intravenoso que evidenció asas distendidas con niveles hidroaéreos en su interior. A nivel de fosa iliaca derecha una imagen redondeada, heterogénea, con burbujas de aire en su interior y múltiples clips metálicos, de 70 mm de diámetro máximo, la misma se encontraba en contacto con asas ileales donde impresionaba presentar continuidad, contactando a su vez con el techo vesical. Evidenció también alteración de la grasa adyacente de aspecto inflamatorio y una fina lámina de líquido libre en pelvis y fondo de saco de Douglas y una imagen calcificada en región inguinal derecha de 31 milímetros (Figuras 1 y 2).

Se instaura tratamiento médico en base a suspensión de la vía oral, hidratación por vía intravenosa, asociada a antieméticos y analgesia y la colocación de sonda nasogástrica para degravitación del tubo digestivo. A pesar de esto el paciente persistió sintomático por lo que se decidió realizar una laparoscopia exploradora; de la misma se destaca un gran proceso plástico adherencial a nivel de fosa iliaca derecha que involucra epiplón mayor, asas delgadas y peritoneo parietal (Figura 3). Se intentó reducir con gran dificultad no pudiendo progresar

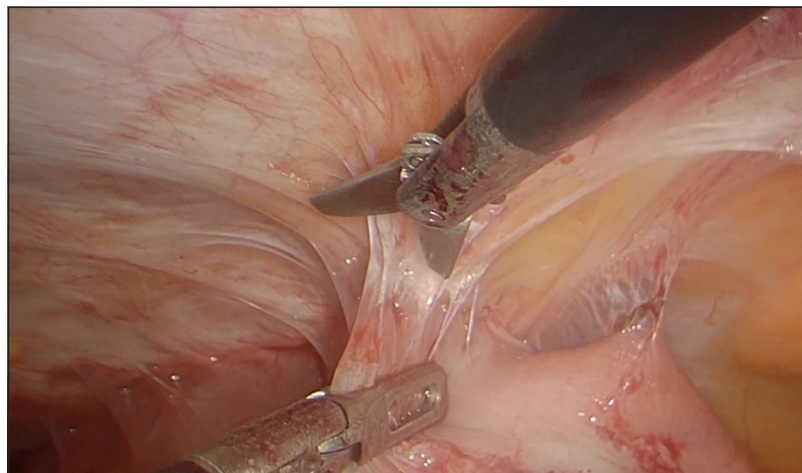
por esta vía por lo que se decide conversión a laparotomía mediana infraumbilical extendida a supra. Sobre fosa iliaca derecha evidenciamos una malla protésica fistulizada a íleon distal, el que se encon-



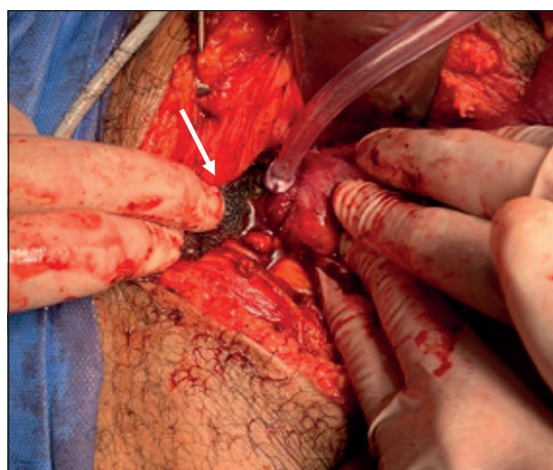
**Figura 1.** Tomografía computada de abdomen y pelvis corte axial. A nivel de fosa iliaca derecha se identifica imagen redondeada, heterogénea, con burbujas de aire en su interior y múltiples clips metálicos (círculo blanco línea continua). Lámina de líquido libre en pelvis y fondo de saco de Douglas (círculo blanco línea punteada). Imagen calcificada en región inguinal derecha de 31 milímetros (flecha blanca).



**Figura 2.** Tomografía computada corte sagital. A nivel de fosa iliaca derecha se identifica imagen redondeada, heterogénea, con burbujas de aire en su interior y múltiples clips metálicos (círculo blanco línea continua).



**Figura 3.** Laparoscopia exploradora. Sobre fosa ilíaca derecha gran proceso plástico adherencial que involucra asas delgadas y peritoneo parietal anterior.

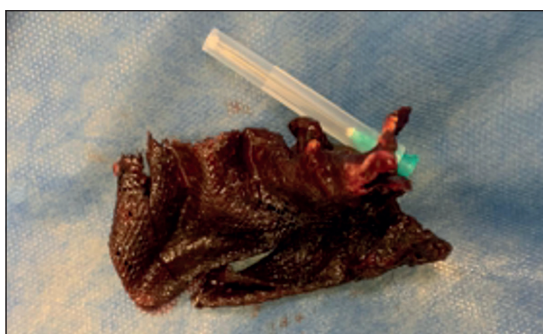


**Figura 4.** Laparotomía mediana. Sobre fosa iliaca derecha malla protesica fistulizada a delgado distal (flecha blanca).

traba perforado (Figura 4). Se realiza resección del segmento de delgado involucrado (Figura 5) y se reconstruye el tránsito intestinal mediante una anastomosis entero-entérica latero lateral manual isoperistáltica. Posteriormente el paciente evoluciona de forma favorable otorgándose el alta domiciliaria a los 7 días de la cirugía.

## Discusión

Se presenta un paciente con clínica de oclusión intestinal. Para arribar a un diagnóstico definitivo fue necesario solicitar una tomografía computada abdomino pélvica que permitió establecer el mis-



**Figura 5.** Malla protesica replegada.

mo, no logrando esclarecer la etiología del cuadro, que terminó por dilucidarse en el intraoperatorio. El tratamiento para esta patología no está pautado. El manejo no quirúrgico incluye la reposición, analgesia y colocación de sonda nasogastrica. El tratamiento quirúrgico incluye la exploración abdominal, valorando el sector de intestino comprometido, requiriendo la resección del sector de intestino involucrado y la restitución del tránsito digestivo de ser posible.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Financiación:** Ninguna.

**Conflictos de interés:** Ninguno.

### ***Taxonomía CrediT***

1. Conceptualización: (Alejandro Barboza, Elisa Picot, Noelia Olivera)
2. Curación de datos: (Alejandro Barboza, Elisa Picot)
3. Ánisis formal: (Alejandro Barboza, Elisa Picot)
4. Adquisición de fondos: los autores declaran no tener fuentes de financiamiento.
5. Investigación (Alejandro Barboza, Elisa Picot).
6. Metodología (María Olivera).
7. Administración del proyecto (María Olivera).
8. Recursos
9. Software
10. Supervisión (María Olivera).
11. Validación (María Olivera).
12. Redacción borrador y original (Alejandro Barboza, Elisa Picot)
13. Redacción revisión y edición (María Olivera).

### **Bibliografía**

1. Aiolfi A, Cavalli M, Del Ferraro S, Manfredini L, Lombardo F, Bonitta G, et al. Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Hernia* 2021;25(5):1147-57. doi: 10.1007/s10029-021-02407-7. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33851270; PMCID: PMC8514389.
2. Aiolfi A, Cavalli M, Ferraro SD, Manfredini L, Bonitta G, Bruni PG, et al. Treatment of Inguinal Hernia: Systematic Review and Updated Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg.* 2021;274(6):954-61. doi: 10.1097/SLA.0000000000004735. PMID: 33427757.
3. Jan Z, Ali S, Ahmed N, Sarwar MA. Comparison of Common Postoperative Complications Between Lichtenstein Open Repair and Laparoscopic Transabdominal Pre-peritoneal (TAPP) Repair for Unilateral Inguinal Hernia. *Cureus* 2021;13(9):e17863. doi: 10.7759/cureus.17863. PMID: 34660065; PMCID: PMC8502236.
4. Cubas S, Varela M, Brito MN, Pouy A, Muniz ND, Haro C, et al. Tapp technique performed by young hands. Reproducing the results of the Lichtenstein procedure for symptomatic primary unilateral inguinal hernia. *Revista Argentina de Cirugía* 2021;113(4):434-43. <https://doi.org/10.25132/raac.v113.n4.1498>