

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,
Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

HERNIA INTERSTICIAL INCARCERADA EN CICATRIZ DE PUERTO LAPAROSCÓPICO: REPORTE DE CASO

INCARCERATED INTERSTICIAL HERNIA AT A LAPAROSCOPIC PORT-SITE SCAR: A CASE REPORT

Valeria Abril Marcos Rosas

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - México

Fernando Navarro Tovar

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - México

Mónica Heredia Montaña

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - México

María Alejandra Campos Serrano

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - México

Luis Carlos Romero Cuevas

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - México

Diana Laura Vergara Bahena

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - México

Hernia intersticial incarcerationada en cicatriz de puerto laparoscópico. Reporte de caso

Valeria Abril Marcos Rosas¹

mr223650778@alm.buap.mx

<https://orcid.org/0009-0004-3847-2780>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Fernando Navarro Tovar

cirugia.drfernnavarro@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8202-0368>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Mónica Heredia Montaña

monica.hereditamon@correo.buap.mx

<https://orcid.org/0000-0002-4234-9644>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

María Alejandra Campos Serrano

alejandracampos190396@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0370-898X>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Luis Carlos Romero Cuevas

dr.carlos.romerocu@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0009-7019-0587>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Diana Laura Vergara Bahena

vergara.diana.laura@gmail.com

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

RESUMEN

Las hernias intersticiales o laterales las cuales se clasifican como preperitoneales, intersticiales y superficiales, su presentación clínica es muy rara por lo que su diagnóstico y abordaje quirúrgico son un reto para el cirujano por lo que encontrar un caso de este tipo de hernias es un caso que permite su mejorar el estudio de su presentación clínica y su abordaje quirúrgico. Por tal motivo presentamos el caso de un paciente femenino de 65 años con antecedente de pielolitotomía laparoscópica la cual presento aumento súbito de volumen en cicatriz de puerto laparoscópico, asociándose a dolor 9/10 en escala eva, acudiendo al servicio de urgencias para su valoración, se decide su paso a quirófano para realización de plastia de pared abierta con colocación de malla retromuscular, con cierre de aponeurosis de oblicuo externo, sin complicaciones.

Palabras clave: hernia lateral; puerto laparoscópico

¹ Autor Principal

Correspondencia: mr223650778@alm.buap.mx

Incarcerated interstitial hernia at a laparoscopic port-site scar: A Case report

ABSTRACT

Interstitial or lateral hernias, which are classified as preperitoneal, interstitial, and superficial, are rare in their clinical presentation; therefore, their diagnosis and surgical management represent a challenge for the surgeon. Encountering a case of this type of hernia contributes to a better understanding of its clinical presentation and surgical approach. For this reason, we present the case of a 65-year-old female patient with a history of laparoscopic pyelolithotomy who developed a sudden increase in volume at the laparoscopic port-site scar, associated with severe pain rated 9/10 on the visual analog scale (VAS). The patient presented to the emergency department for evaluation, and surgical intervention was decided. An open abdominal wall repair was performed with placement of a retromuscular mesh and closure of the external oblique aponeurosis, without complications.

Keywords: lateral hernia; laparoscopic port-site

Artículo recibido 10 diciembre 2026

Aceptado para publicación: 10 enero 2026



INTRODUCCION

Las hernias de la pared abdominal laterales o intersticiales son relativamente poco frecuentes en la presentación quirúrgica y su presentación clínica, por este motivo se dificulta su estandarización y prevención. Presenta una incidencia de 1-4 % de la presentación de todas las hernias de pared. (2)

En los antecedentes de este tipo de hernias encontramos sus primeras descripciones en 1812 y 1814 por Cooper y Heseelbach, describiéndola como una protucion entre los músculos de la pared lateral del abdomen oblicuo interno y externo, siendo hasta 1921 donde se propondría la primera clasificación para la presentación de este tipo de hernias propuesta por Fuld, siendo posteriormente la sociedad europea de hernias quien daría la clasificación que utilizamos actualmente. (1)

Este tipo de hernias su prevalencia de presentación es de tipo adquiridas, también se llegan a presentar de manera congénita sin embargo son aún más raras en su presentación, siendo el 80% de tipo adquiridas y un 20 % de su presentación congénitas. (9)

Las adquiridas se ha visto una asociación secundaria a procedimientos quirúrgicos previos por lo que la mayoría de las hernias laterales serán de tipo secundarias, siendo los tratamientos quirúrgicos vasculares y urológicos de mayor prevalencia en la presentación de esta patología (3,5,8)

Las hernias intersticiales se presentan en los límites anatómicos delimitados: superior margen costal, inferior la cresta iliaca, medial la línea semilunar y lateral en los músculos paraespinales. (2)

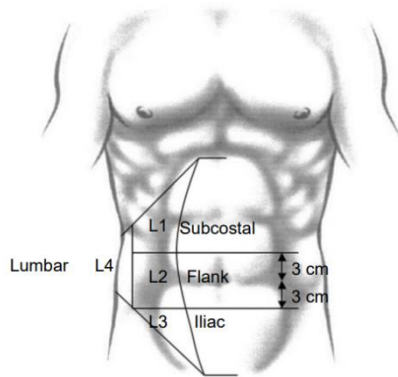
Entre los factores predisponentes para la presentación de las hernias podemos encontrar debilitamiento de las fascias de manera crónica, atrofia muscular, enfermedades crónicas y el aumento de la presión intraabdominal, factores comúnmente presentados en hernia de pared, y con la presencia de algún antecedente quirúrgico. (3)

Parte de su fisiopatología se basa una denervación traumática de los músculos de la pared lateral con atrofia progresiva del musculo, con una rotura de los puntos de origen/inserción; siendo la combinación de estos dos factores los que más predispondrán a la formación de la hernia lateral. (2,10)

Para su clasificación la Sociedad Europea de Hernia clasifica a las hernias intersticiales en 4 zonas subcostal (11), flanco (12), iliaca (13), lumbar (14) y clasificándolas dependiendo del tamaño del defecto en pequeñas de menos de 2 cm, medianas de 2-4 centímetros y grandes más de 4 cm. (4,8) (Figura 1)



Figura 1. Clasificación europea de hernias intersticiales



La situación anatómica en la que se presentan estas hernias presenta un reto ya que el sitio de presentación comprende una proximidad a sitios óseos y neurovasculares, lo que limita el espacio que se tiene para la colocación de la malla por lo que puede presentar alteraciones tales postquirúrgicas tales como dolor neurogénico, denervación de la pared abdominal lateral, así como atrofia muscular irreversible. (6,9)

En cuanto al diagnóstico la asociación europea de hernias refiere que el estudio de elección sea a tomografía simple computarizada como primera opción para delimitación del defecto y valorar el tipo de abordaje quirúrgico es el ideal para su tratamiento además de su accesibilidad y bajo costo, también se ha mencionado en caso de no contar con este estudio se puede optar por la realización de un ultrasonido de partes blandas siendo necesario buscar delimitar el defecto para su abordaje quirúrgico. (4)

Para el tratamiento de las hernias intersticiales se cuenta con manejo abierto, aunque con un adecuado seguimiento se plantea de elección el tratamiento mínimo invasivo a base de laparoscopia o por robot con colocación de malla (7)

CASO CLINICO

Se trata de paciente femenina de 65 años de con antecedentes crónicos de diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial sistémica, antecedentes quirúrgicos pielolitotomía laparoscópica en 2019, restos preguntados y negados.

Inicia con aumento súbito de volumen en cicatriz de puerto laparoscópico, asociándose a dolor 9/10 en escala eva, con náuseas y vomito en 10 ocasiones, progresando a ausencia de canalización de gases, a su ingreso a urgencias presenta datos de taquicardia 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria y temperatura corporal en rangos de normalidad; a la exploración física a nivel abdominal se identifica en

sitio de cicatriz de puerto laparoscópico en cuadrante superior izquierdo presencia de protrusión no reductible, con presencia de dolor a palpación superficial e hiperemia, sin cambios de coloración.

Se le realizo toma de laboratorios en los cuales no se observaron alteraciones.

Se realiza tomografía abdominal simple en la cual se reporta presencia de hernia intersticial en cicatriz de puerto laparoscópico entre músculos oblicuo interno y externo, con presencia de contenido intestino delgado no reductible por lo que se decide su paso a quirófano para plastia de pared abierta. (Figura 2) (Figura 3)

Figura 2. Tomografía simple de abdomen corte coronal evidenciado presencia de hernia intersticial

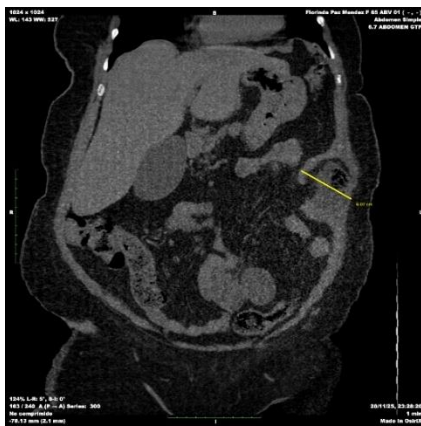


Figura 3. Tomografía simple de abdomen corte sagital se observa presencia de defecto en pared abdominal correspondiente a hernia intersticial



Se realiza abordaje sobre cicatriz previa mediante incisión transversa, hasta porción muscular de fascia de músculo oblicuo externo evidenciando aumento de volumen sin defecto o apertura, por lo que se realiza incisión encontrando hernia encarcerada entre oblicuo externo e interno (figura 4), de contenido intestino delgado con cambios de coloración violáceo (figura 5), que a su liberación presenta viabilidad intestinal clínica (coloración rosada, adecuada peristalsis).

Figura 4. Hallazgo transquirúrgico de asa incarcerada en cicatriz previa de puerto laparoscópico



Figura 5. Hallazgo transquirúrgico saco herniario con presencia de contenido intestinal



Se realiza disección de espacio preperitoneal con cierre del peritoneo y colocación de malla de polipropileno retromuscular, así como cierre por planos de porción muscular de músculo oblicuo interno y posteriormente de músculo oblicuo externo con PDS 1, colocando malla de polipropileno supraponeurótica para plastia de pared abdominal con técnica de “sándwich” (“tándem”) o doble malla, colocando drenaje tipo Blake con gasto serohemático, sin alteraciones.

A la vigilancia postquirúrgica de la paciente, no presenta complicaciones, con adecuada evolución clínica, con adecuada cicatrización, con alta de la paciente y seguimiento en la consulta externa, con control tomográfico a 6 meses, sin evidencia de recidiva.

DISCUSION

Las hernias laterales o intersticiales se pueden definir como la presencia de una protrusión constituida por un saco herniario entre los músculos correspondientes a la pared lateral del abdomen del paciente, son entidades relativamente raras, su incidencia en México es poco descrita por lo que su incidencia y presentación son muy escasas en la literatura médica, el diagnóstico no cuenta con una estandarización por lo que su seguimiento es escaso y su diagnóstico llega a retrasarse, su presentación en cicatriz de

puerto laparoscópico o secundario a tratamientos quirúrgicos previos son una entidad de escasa presentación por lo que es un caso perfecto para su estudio, ya que su presentación en cirugía abierta es más frecuente que de tipo laparoscópico, el caso que presentamos contamos con una paciente la cual presenta hernia posterior a antecedente quirúrgico de intervención por el servicio de urología, la paciente llega al servicio de urgencias con datos de encarceración se le realizan estudios de imagenología en la cual se logra observar la presencia de una hernia lateral derecha, por lo cual ingresa de manera urgente a intervención quirúrgica, realizándose una plastia de pared con disección completa de los planos y colocación de malla de polipropileno supraponeurótica para plastia de pared abdominal con técnica de “sándwich” (“tándem”) o doble malla sin complicaciones durante la cirugía, se decidió colocar un drenaje Blake por el grado de disección que se realizó además de vigilancia de los gastos del mismo drenaje, sin complicaciones y se mantuvo en vigilancia 24 horas con posterior egreso de la paciente sin eventualidades.

CONCLUSIÓN

Las hernias laterales de la pared abdominal son entidades poco frecuentes que representan un reto diagnóstico, los estudios de imagen como la tomografía computarizada son fundamentales para su identificación y adecuada planeación quirúrgica, el retraso en la identificación de las hernias intersticiales conlleva a un riesgo elevado de complicaciones, lo que influye en las opciones de reparación quirúrgica y la posibilidad de recidiva. En el caso presentado, el tratamiento quirúrgico oportuno permitió una reparación exitosa, sin complicaciones ni datos de recurrencia durante el seguimiento. Este reporte contribuye al conocimiento de esta patología poco común y resalta la importancia de un manejo individualizado.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores-Rangel, G. A., Nuñez-Trenado, L. A., Garza-Torres, C., Porras-Escorcía, O., Lemus-Tiscareño, J. A., De la Rosa-Gutiérrez, S., & Altamirano-Arcos, C. (2015). Hernia intersticial postincisional secundaria a incisión tipo Mc Burney. Presentación de caso y revisión de la literatura. *Revista del Hospital Juárez de México*, 82(2), 126-129. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2015/ju152j.pdf>



2. katkhouda, n., alicuben, e.t., pham, v. *et al.* management of lateral abdominal hernias. *hernia* **24**, 353–358 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02126-5>
3. hambleton, m., moola, m., dourado, j. *et al.* resultados de la reparación quirúrgica de hernias adquiridas de la pared abdominal lateral: un metaanálisis. *surg endosc* **39**, 6607–6625 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00464-025-12045-0>
4. muysoms f, jacob b. international hernia collaboration consensus on nomenclature of abdominal wall hernia repair. *world j surg.* 2018 jan;42(1):302-304. doi: 10.1007/s00268-017-4115-3. pmid: 28717915.
5. dasgupta p, ponnusamy r, pai a, ravuri n. reparación preperitoneal laparoscópica de hernia lateral: nuestra experiencia. *cirugía miniinvasiva* . 2025;9:5. <http://dx.doi.org/10.20517/2574-1225.2024.69>
6. kranz j, grundl s, wußow f, steffens j, anheuser p, schneidewind l. permanent flank bulge after flank incision: patient- and physician-reported outcome. *urol int.* 2022;106(4):387-396. doi: 10.1159/000517288. epub 2021 jul 20. pmid: 34284406.
7. van hoef s, eker hh., berrevoet f and allaeys m (2025) comparing open and robotic unilateral transversus abdominis release in incisional hernias with a lateral component: a single center retrospective study. *j. abdom. wall surg.* 3:13256. doi: 10.3389/jaws.2024.13256
8. nadia a henriksen, heather bougard, mário r gonçalves, william hope, ritu khare, jenny shao, andrea c quiroga-centeno, eva b deerenberg, hernias ventrales e incisionales primarias: revisión integral, *bjs open* , volumen 9, número 1, febrero de 2025, zrae145, <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae145>
9. Amaral, PHF, Tastaldi, L., Barros, PHF *et al.* Abordaje combinado abierto y laparoscópico para la reparación de hernias de flanco: descripción de la técnica y resultados a mediano plazo de un solo cirujano. *Hernia* **23** , 157–165 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10029-019-01880-5>
10. Ellis, R.C., Maskal, S.M., Bertke, A. *et al.* Lateral abdominal wall hernias after coughing: a single center experience. *Hernia* **29**, 56 (2025). <https://doi.org/10.1007/s10029-024-03251-1>

