



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

HERNIA INCISIONAL INTERSTICIAL EN CAVITACION DEL ESPACIO RETROMUSCULAR POR REPARACIÓN PREVIA CON MALLA DUAL RETROMUSCULAR. REPORTE DE CASO

**INTERSTITIAL INCISIONAL HERNIA WITHIN A
RETROMUSCULAR SPACE CAVITY FOLLOWING PRIOR REPAIR
WITH RETROMUSCULAR DUAL MESH: A CASE REPORT**

Valeria Abril Marcos Rosas

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Fernando Navarro Tovar

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Juan Carlos Viscencio López

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Cheryl Zilahy Diaz Barrientos

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Mónica Heredia Montaña

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Kevin Ricardo González Amaro

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Diana Laura Vergara Bahena

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3.25169

Hernia Incisional Intersticial en Cavitación del Espacio Retromuscular por Reparación Previa con Malla Dual Retromuscular. Reporte de Caso

Valeria Abril Marcos Rosas¹mr223650778@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**Juan Carlos Viscencio López**drviscencio@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-9532-3763>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México**Cheryl Zilahy Diaz Barrientos**zilady.diaz@correo.buap.mx<https://orcid.org/0000-0003-3046-1185>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**Kevin Ricardo González Amaro**kevinricardo_11@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0006-2977-9080>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México**Diana Laura Vergara Bahena**vergara.diana.laura@gmail.comBenemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

RESUMEN

Presentamos el caso de un masculino con antecedente de plastia ventral hace 10 años por hernia incisional con colocación de malla. Inicia su padecimiento actual 5 meses de evolución al presentar aumento de volumen en sitio de cicatriz quirúrgica previa, posteriormente pasa a tiempo quirúrgico evidenciada aponeurosis anterior íntegra, sin presencia de defectos; a su apertura se observa presencia de malla probablemente dual completa, con cavitación en espacio retromuscular de 20 x 15 cm, y dos defectos en aponeurosis posterior de 10x10 cm y 5x5 cm. Se procede a cierre de aponeurosis anterior con colocación de malla de 20x20 cm en posición supraaponeurótica con técnica de Sándwich (Tándem). La presencia de cavitación secundario a la utilización de una malla dual nos muestra que la correcta elección del tipo de material protésico y adecuada técnica quirúrgica conlleva a evitar complicaciones en corto y mediano plazo.

Palabras clave: hernia, insicional, interstical, cavitación

¹ Autor principal

Correspondencia: mr223650778@alm.buap.mx

Interstitial Incisional Hernia within a Retromuscular Space Cavity Following Prior Repair with Retromuscular Dual Mesh: A Case Report

ABSTRACT

We report the case of a male patient with a history of ventral hernia repair for an incisional hernia 10 years previously, involving prosthetic mesh implantation. The patient presented with a 5-month history of progressive bulging at the site of the previous surgical scar. Surgical exploration revealed an intact anterior fascial layer without evidence of hernia recurrence. Following fascial incision, a complete dual mesh was identified, associated with a 20×15 cm retromuscular cavity and two defects in the posterior fascia measuring 10×10 cm and 5×5 cm, respectively. Reconstruction was performed by fascial closure and placement of a 20×20 cm supra-aponeurotic mesh using the Sandwich (Tandem) technique. This case illustrates the potential development of retromuscular cavitation associated with dual-mesh implantation and underscores the importance of appropriate prosthetic material selection and meticulous surgical technique. Adequate mesh choice and proper operative planning may reduce postoperative complications and contribute to lower hernia recurrence rates.

Keywords: incisional hernia; interstitial hernia; mesh-related complication; cavitation

*Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCION

Las hernias se han definido típicamente como debilidad de la pared abdominal, con diversas clasificaciones dependiendo del sitio en donde se presente dicha debilidad. [1]

La sociedad europea de hernias propuso la clasificación de las hernias ventrales dividiéndolas en 2 grupos de tipo primarias y secundarias o incisionales [3], posteriormente dividiéndolas con base en su localización y su tamaño, además del número de recidivas que llegue a presentar. [2] Siendo esta la clasificación clásica, sin embargo, se llegan a presentar subdivisiones de las hernias de presentación escasa en la práctica clínica de las cuales se encontrarían las hernias intersticiales. [1] Clasificándose como hernias intraparietales aquellas en las cuales el defecto presenta contenido intestinal en la pared abdominal anterior, con una prevalencia de 0.01-1.6 por lo que su presentación es relativamente muy rara clínicamente [4,5]

Anatómicamente las hernias intersticiales se pueden clasificar de tipo preperitoneal, intersticiales y superficiales, presentando el defecto entre los músculos laterales del abdomen (oblicuo mayor, menor y transversal) y el recto del abdomen [1]

Entre los factores de riesgo que se pueden presentar para el desarrollo de este tipo de hernias son la edad avanzada, el sexo masculino, la obesidad, el tabaquismo, la diabetes mellitus, el uso de esteroides, algunos factores quirúrgicos como la cirugía de urgencia, la cirugía intestinal, la infección, el tipo y la técnica de sutura [6]

El cuadro clínico puede presentarse de dos tipos, asintomático en un 10% de los casos, o puede presentarse como en un 90 % de los casos con dolor abdominal, presencia de tumoración abdominal la cual puede o no ser reductible, y en conjunto poder presentar cuadro tipo de oclusión intestinal. [7]

El tratamiento de estas hernias consiste en la reparación anatómica del defecto con colocación de una malla de polipropileno entre el peritoneo y el músculo transversal del abdomen para poder reforzar las aponeurosis musculares. [6]

El objetivo del siguiente estudio es dar a conocer el cuadro clínico y forma de presentación de las hernias intersticiales con base en su baja presentación clínica.

MATERIAL Y METODOS

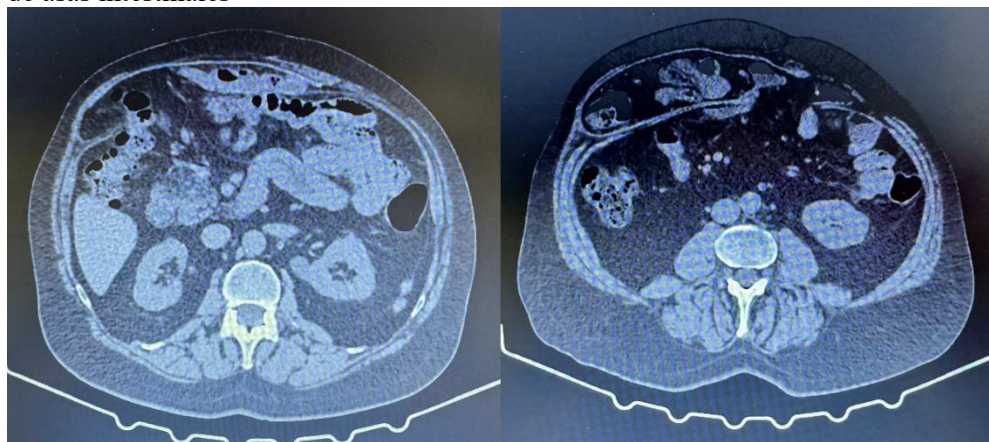
Presentamos el caso de un hombre de 72 años con antecedentes quirúrgicos de colecistectomía abierta hace 40 años (abordaje por incisión paramedia derecha), donde se le realizó una laparotomía exploradora más adherensiólisis hace 11 años secundaria a oclusión intestinal (abordaje por línea media supra-infraumbilical) con reintervención a las 72 horas por persistencia de oclusión intestinal (abordaje por misma incisión) y plastia ventral hace 10 años por hernia incisional con colocación de malla (se desconoce técnica de plastia y material protésico utilizado).

Inicia su padecimiento actual 5 meses de evolución al presentar aumento de volumen en sitio de cicatriz quirúrgica en línea media y paramedia derecha, por lo que se protocoliza para plastia ventral tipo Rives, con probable separación de componentes posterior.

Se realiza tomografía simple de abdomen en reposo y en esfuerzo, con hallazgo de dos defectos herniarios: primero a nivel central a través del cual protruye asas de intestino delgado, con anillo de 81 mm y saco herniario de 128 x 50 mm, en Valsalva su anillo mide 100 mm, y su saco 165 x 158 mm, que se deslizan posterior a aponeurosis anterior (intraparietal); segundo a nivel subcostal derecho por el cual protruyen asas de colon transverso y ascendente, con anillo de 48 mm y saco herniario de 122 x 43 mm, tras maniobra de Valsalva con anillo de 59.1 mm y saco de 127 x 58.6 mm, reductibles. (Imagen 1)

1) Se realizó prehabilitación de pared abdominal con aplicación de toxina botulínica 5 semanas previo a procedimiento quirúrgico (de acuerdo con recomendaciones descritas del Dr. Tomás Ibarra). [8]

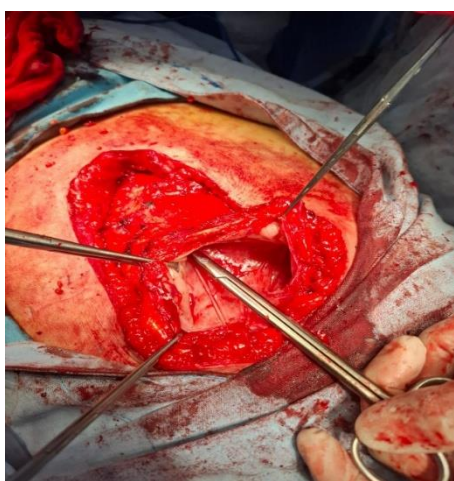
Imagen 1. Tomografía simple de abdomen con presencia de hernia intersticial incisional con contenido de asas intestinales



RESULTADOS

Se realiza abordaje por cicatriz previa en línea media, con disección de grasa supraaponeurótica, evidenciado aponeurosis anterior íntegra, sin presencia de defectos; a su apertura se observa presencia de malla probablemente dual (macroscópicamente compuesta por dos materiales diferentes) completa y no integrada, con cavitación en espacio retromuscular de 20 x 15 cm (imagen 2), y dos defectos en aponeurosis posterior de 10x10 cm y 5x5 cm, confluentes, separados por tabique aponeurótico de 2x3 cm.

Imagen 2. Se observa aponeurosis íntegra con presencia de cavitación



Se retira malla dual previa, en su totalidad (imagen 3), y se procede a unir defectos aponeuróticos posteriores con liberación de sacos herniarios, con posterior cierre de defecto aponeurótico posterior y colocación de malla Ultrapro 30x30 cm en posición retromuscular y colocación de drenaje cerrado tipo Blake. Se procede a cierre de aponeurosis anterior con puntos separados y colocación de malla de 20x20 cm en posición supraaponeurótica para completar plastia con técnica de Sándwich (Tándem) y colocación de drenaje cerrado tipo Blake. Con adecuada evolución postquirúrgica, sin datos de complicaciones tempranas, por lo que se decide su egreso

Imagen 3. Malla dual con retiro de la misma

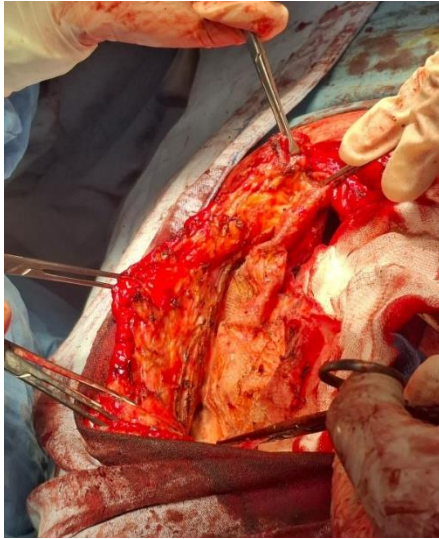


Imagen 4. Malla dual con retiro completo, se logran observar presencia de vasos de neoformación intermalla.



DISCUSION

La reparación de las hernias con uso de mallas quirúrgicas es el procedimiento ideal para lograr el soporte ideal a la zona de debilitamiento presentado en la pared abdominal, siendo este tipo de cirugía de las más comúnmente practicadas en los hospitales. [9]

Actualmente se cuentan con gran variedad de mallas con distintas características, sin embargo siempre se busca que estas cumplan con los criterios de la malla ideal planteados por Cumberland y Scales: siendo ligera, con una fuerza tensil similar a la de la pared abdominal, que produzca la mínima restricción del movimiento, que pueda evitar lesiones vasculares, así como minimizar la reacción a cuerpo extraño

pero que aun así pueda crear adecuada fibrosis para reforzar la pared abdominal, siendo la ideal la que más se integre mejor a los tejidos , con el menor contenido de material. [10,11]

La colocación de un cuerpo extraño al organismo nos da como resultado 3 tipos de respuesta 1) destrucción, 2) tolerancia 3) rechazo al cuerpo extraño, todo mediado por el sistema inmune, además de la activación de la respuesta inflamatoria en la cual se desarrolla por la formación de coágulo, así como una respuesta de quimiotaxis y aparición de polimorfonucleares, sin embargo cuando el organismo no logra eliminar el elemento extraño pasamos a la segunda etapa de inflamación de crónica, para poder dar paso a la tercera etapa en la cual células gigantes como los macrófagos y fibroblastos se adhieren al elemento extraño y se empieza con la etapa de angiogénesis, en la última etapa ocurre un proceso de cicatrización con una remodelación del tejido dañado, principalmente los fibroblastos para crear matriz extracelular y colágeno [9]

El sitio de elección para la colocación de la malla es de tipo retromuscular ya que se ha observado menores tasas de recidivas, además de brindar una zona de soporte más firme con un factor de ventaja el uso de la presión abdominal como otro factor de soporte, siendo intraperitoneal, retromuscular y premuscular los tipos de colocación. [10] también se cuenta con el tipo de reparación mixta o sándwich en la cual se coloca la malla retromuscular y otra supraaponeurotica, brindando un reforzamiento mayor. [10]

Las mallas tipo duales mesh cuentan con la característica de aplicación en espacio intraperitoneal, ya que cuentan con dos vistas para su correcta orientación, una cara visceral microporosa, y una cara macroporosa hacia la pared abdominal, cuenta con una barrera de colágeno reabsorbible la cual limita la formación de adherencias con las asas intestinales. [9]

Entre las complicaciones de la colocación de un material protésico en un sitio anatómico inadecuado incluyen la infección, el dolor crónico, la recurrencia, el seroma crónico o, como en este caso, la creación de un espacio muerto (cavitación).

Por lo que la elección correcta del material protésico es una parte importante además de la técnica quirúrgica. En el caso mostrado se pudo observar que el paciente contaba con la presencia de una malla con características compatibles con una malla tipo dual mesh en un sitio en el cual no estaba expuesto al contacto con asas intestinales por lo cual no ameritaba la utilización de dicho tipo de malla, siendo

su sitio de colocación retromuscular. Al contar con el componente de anti adherencias provoco una respuesta de separación entre la malla y la aponeurosis del transverso del abdomen logrando formar una cavidad ideal para la formación de la hernia incisional intersticial, ya que el defecto previo no logro afrontarse de manera adecuada, y del mismo modo al formar esta cavidad las asas intestinales podían ingresar y salir de la misma sin complicación y sin lograr dolor al paciente , sin embargo al ser un defecto de gran tamaño si lograban causar aumento de volumen.

CONCLUSIÓN

La presencia de cavitación secundario a la utilización de una malla dual nos muestra que la correcta elección del tipo de material protésico y adecuada técnica quirúrgica conlleva a evitar complicaciones en corto y mediano plazo en la evolución clínica del paciente, además de evitar recidivas en la formación de hernias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Correa, A., Filho, E. A., Melo, D., Fazan, V., Pinto, V., De Miranda, C., Saboya, R., & Carvalho, C. (2021). Interstitial incisional hernia of greater omentum: An incidental finding during routine cadaveric dissection. *Morphologie*, 106(353), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.morpho.2021.02.004>
2. Simons, M. P., Aufenacker, T., Bay-Nielsen, M., Bouilliot, J. L., Campanelli, G., Conze, J., De Lange, D., Fortelny, R., Heikkinen, T., Kingsnorth, A., Kukleta, J., Morales-Conde, S., Nordin, P., Schumpelick, V., Smedberg, S., Smietanski, M., Weber, G., & Miserez, M. (2009). European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, 13(4), 343-403. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7>
3. Muysoms, FE, Miserez, M., Berrevoet, F. *et al.* Clasificación de las hernias primarias e incisionales de la pared abdominal. *Hernia* 13 , 407–414 (2009). <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0518-x>
4. Garrett, C., Wijayawardana, R., & Morris, D. L. (2023). Strangulated interstitial interparietal hernia following lower segment caesarean section: a case report. *Journal Of Surgical Case Reports*, 2023(4). <https://doi.org/10.1093/jscr/rjad175>
5. Reddy, K. M., Stellakis, M. L. C., Khaliq, T., & Fiennes, A. G. T. W. (1999). Interparietal hernia mimicking malignant small bowel obstruction. *Hernia*, 3(1), 37-38.



6. Ehab, S. H., Tan, B., & Peh, W. (2013). Interstitial incisional hernia following appendectomy. *Singapore Medical Journal*, 54(9), 531-532. <https://doi.org/10.11622/smedj.2013177>
7. 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. (2015b). 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>
8. Ibarra-Hurtado TR, Nuño-Guzmán CM, Echeagaray-Herrera JE, Robles-Vélez E, de Jesús González-Jaime J. Use of botulinum toxin type a before abdominal wall hernia reconstruction. *World J Surg*. 2009 Dec;33(12):2553-6. doi: 10.1007/s00268-009-0203-3. Epub 2009 Sep 22. PMID: 19771472
9. Baylón K, Rodríguez-Camarillo P, Elías-Zúñiga A, Díaz-Elizondo JA, Gilkerson R, Lozano K. Past, Present and Future of Surgical Meshes: A Review. *Membranes (Basel)*. 2017 Aug 22;7(3):47. doi: 10.3390/membranes7030047. PMID: 28829367; PMCID: PMC5618132.
10. Asociación Mexicana de Hernia. (2023). Guías y consensos de práctica clínica para hernias de la pared abdominal. Asociación Mexicana de Hernia AC. <https://www.amhernia.org/>
11. Tigora A, Radu PA, Garofil DN, Bratucu MN, Zurzu M, Paic V, Ioan RG, Surlin V, Margaritescu D, Badoiu SC, Popa F, Strambu V, Ramboiu S. Modern Perspectives on Inguinal Hernia Repair: A Narrative Review on Surgical Techniques, Mesh Selection and Fixation Strategies. *J Clin Med*. 2025 Jul 9;14(14):4875. doi: 10.3390/jcm14144875. PMID: 40725568; PMCID: PMC12295799.