

HERNIA DE RICHTER COMO COMPLICACIÓN INUSUAL POSTERIOR A APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE UN CASO

KIMBERLY GABRIELA ORDAZ CEDEÑO¹ 
MIGUEL VASSALLO PALERMO² 
KELDRIN RAFAEL PAEZ SANTOS³ 
GABRIEL ALEJANDRO RONDÓN ARREAZA¹ 
ALEJANDRO ENRIQUE PAEZ GRATEROL⁴ 

RICHTER'S HERNIA AS AN UNUSUAL COMPLICATION FOLLOWING LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY. CASE REPORT

RESUMEN

Introducción: La hernia incisional en el sitio del trocar (HIT) es una complicación conocida de la cirugía laparoscópica, como variante poco frecuente se describe la hernia de Richter, donde solo protruye el borde antimesentérico del intestino. Su presentación clínica suele ser insidiosa, con riesgo de incarceration y estrangulación. Este reporte describe un caso de hernia de Richter como complicación atípica posterior a una apendicectomía laparoscópica. **Caso Clínico:** Paciente de 52 años sometida a apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda perforada, utilizando puertos de 10 mm y 5 mm. Al cuarto día postoperatorio, presentó dolor abdominal localizado, distensión y estreñimiento. La tomografía computarizada reveló un defecto fascial en fosa iliaca izquierda con protrusión de asa delgada. La intervención laparoscópica confirmó una hernia de Richter incarcerada, pero con intestino viable, se realizó liberación del asa, cierre fascial con polidioxanona y colocación de malla de polipropileno preperitoneal. La paciente tuvo una evolución favorable. **Conclusión:** La hernia de Richter puede ocurrir incluso en puertos de 10 mm, por lo que se recomienda el cierre fascial sistemático en puertos de ≥ 10 mm y mantener un alto índice de sospecha clínica en el postoperatorio de pacientes con síntomas obstructivos para un diagnóstico y tratamiento tempranos, reduciendo así la morbilidad asociada.

Palabras clave: Hernia de Richter, Hernia en sitio de trocar, apendicectomía laparoscópica

ABSTRACT

Introduction: Incisional hernia at the trocar site (TIH) is a known complication of laparoscopic surgery. An uncommon variant is Richter's hernia, where only the antimesenteric border of the intestine protrudes. Its clinical presentation is often insidious, with a risk of incarceration and strangulation. This report describes a case of Richter's hernia as an atypical complication following a laparoscopic appendectomy. **Clinical Case:** A 52-year-old female patient underwent a laparoscopic appendectomy for acute perforated appendicitis, using 10 mm and 5 mm ports. On the fourth postoperative day, she presented with localized abdominal pain, distension, and constipation. A computed tomography scan revealed a fascial defect in the left iliac fossa with protrusion of a small bowel loop. Laparoscopic intervention confirmed an incarcerated Richter's hernia with viable intestine. The hernia was reduced, and the fascial defect was closed with polydioxanone suture and a preperitoneal polypropylene mesh was placed. The patient had a favorable outcome. **Conclusion:** Richter's hernia can occur even at 10 mm port sites. Systematic fascial closure is recommended for ports ≥ 10 mm, and a high index of clinical suspicion should be maintained in the postoperative period for patients with obstructive symptoms to ensure early diagnosis and treatment, thereby reducing associated morbidity.

Key words: Richter's Hernia, trocar site hernia, laparoscopic appendectomy

1. Cirujano General. Adjunto de servicio cirugía II Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela. Correo electrónico: kimberlyordaz18@gmail.com
2. Cirujano General. Jefe de servicio Cirugía II Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela
3. Residente de segundo año de Cirugía General. Servicio Cirugía II Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela
4. Residente de primer año de Cirugía General. Servicio Cirugía II Hospital Universitario de Caracas. Caracas-Venezuela

Recepción: 19/01/2026
Aprobación: 20/05/2026
DOI: 10.48104/RVC.2026.79.1.13
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica ha marcado un avance significativo en la práctica quirúrgica en las últimas dos décadas, posicionándose como el estándar de oro para numerosos procedimientos abdominales. No obstante, la adopción de técnicas innovadoras conlleva inevitablemente el reconocimiento de nuevas complicaciones ⁽¹⁾. Entre ellas, la hernia incisional en el sitio del trocar (HIT), constituye una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía laparoscópica abdominal ⁽²⁾.

La HIT fue definida inicialmente por Crist y Gadacz como la protrusión de contenido abdominal a través del orificio de inserción de una cánula ⁽²⁾. Es una complicación seria, aunque es considerada poco común, con una incidencia que varía ampliamente, reportándose entre 0.12% y 2.8% en grandes series ⁽³⁾. La mayoría de los casos se presentan en los sitios de puerto de 10 mm o mayores, sin embargo, existen reportes de hernias en incisiones de 3 y 5 mm, especialmente cuando existen factores de riesgo ⁽³⁾.

Una variante de esta complicación que requiere un particular interés es la hernia de Richter, que ocurre cuando solo el borde antimesentérico del intestino protruye a través del defecto fascial, sin involucrar la circunferencia completa del mismo ⁽³⁾. La presentación clínica suele ser insidiosa, caracterizada por dolor abdominal vago de intensidad variada y la obstrucción completa es infrecuente, lo que puede resultar en un diagnóstico tardío, incrementando el riesgo de incarceration e isquemia del asa afectada ⁽²⁾.

Si bien la HIT es una complicación descrita en diversos procedimientos laparoscópicos, su manifestación como una hernia de Richter posterior a una apendicectomía laparoscópica es una eventualidad inusual ⁽¹⁾. El presente reporte tiene como objetivo describir un caso clínico de Hernia de Richter como una complicación atípica de una apendicectomía laparoscópica, subrayando la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica para garantizar el manejo terapéutico oportuno y efectivo.

Presentación del caso

Información del Paciente

Paciente femenino de 52 años, sin antecedentes médicos, quien presenta como antecedente quirúrgico 4 días previos una intervención de apendicectomía laparoscópica por proceso apendicular evidenciando apéndice retrocecal en fase perforada, durante el procedimiento se ubicaron portales laparoscópicos en cicatriz umbilical de 10mm, suprapúbico de 5mm y en fosa iliaca izquierda de 10mm por donde se extrae la pieza quirúrgica. El procedimiento se realizó con éxito y 48 horas después la paciente es egresada sin eventualidades.

Hallazgos clínicos

En el cuarto día de postoperatorio, la paciente acude a la emergencia por presentar intolerancia a la vía oral acompañado de distensión abdominal y estreñimiento, al examen físico presenta ruidos hidroaéreos disminuidos y dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda en relación con la herida de portal laparoscópico de 10mm, la cual se encuentra de bordes afrontados, sin signos de irritación peritoneal, y ausencia de heces en ampolla rectal. Se realizó estudio de tomografía computarizada de abdomen y pelvis con doble contraste, evidenciando defecto musculoaponeurótico en fosa iliaca izquierda de 3x3cm con protrusión de intestino delgado a través de esta lo que condiciona dilatación anterógrada y retrógrada de asas delgadas con niveles hidroaéreos (Figura 1).



Figura 1. TC abdominal corte axial, flecha amarilla que muestra la hernia del intestino delgado a través del defecto de la fascia por puerto de 10 mm colocado en el cuadrante inferior izquierdo durante antecedente quirúrgico previo

Tratamiento realizado

En vista de hallazgos la paciente se planifica para resolución quirúrgica con abordaje laparoscópico donde se realiza la colocación de puerto de 10mm en flanco derecho para la óptica de 30°, un puerto supraumbilical de 5mm y se utiliza el puerto de 5mm suprapúbico de la cirugía previa, se confirmó una hernia de Richter del intestino delgado con el borde antimesentérico incarcerated en el defecto de la fascia del sitio del trocar de 10mm (Figura 2). Se reintroduce el intestino a cavidad el cual, afortunadamente se encontró viable, por lo que se realiza un flap de peritoneo a 4 cm del defecto, se realiza rafia de la fascia con Polidioxanona 1 y se coloca una malla de polipropileno preperitoneal de 6x6cm con posterior cierre del flap peritoneal con vicryl 2-0 SH (Figura 3). Las fascias abdominales de los otros



Figura 2. Visión laparoscópica de hernia de intestino delgado a través del sitio del trocar

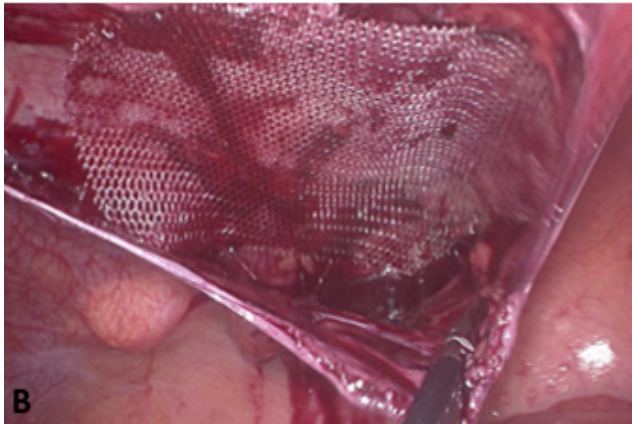
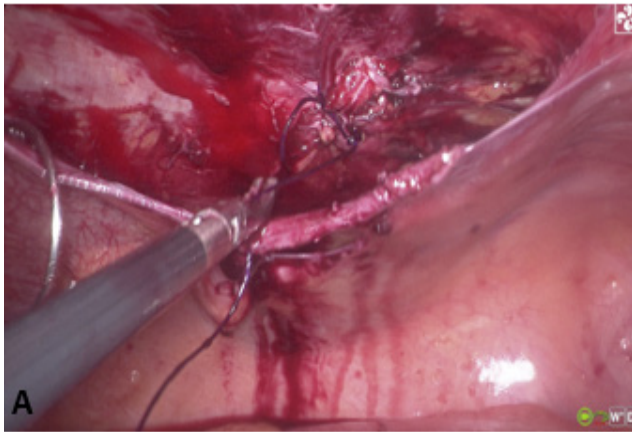


Figura 3. Cierre del defecto con Polidioxanona (PDO). B. Colocación de malla de polipropileno preperitoneal

puertos laparoscópicos realizados fueron cerradas correctamente. La paciente evoluciona de manera satisfactoria, con tolerancia a la vía oral, canaliza flatos y presenta un episodio de evacuación con heces normocólicas, por lo que fue dada de alta a las 48 horas del postoperatorio.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Es evaluada en consulta externa al 10^{mo} día del postoperatorio y se retiran los puntos de sutura sin complicaciones.

DISCUSIÓN

En 1785, August Gottlob Richter (1742-1812) describió por primera vez las hernias en las que solo se estrangula una parte de la circunferencia del intestino, y las denominó “las pequeñas rupturas”. La nomenclatura de esta hernia posteriormente resultó confusa porque muchos autores ingleses la describieron sin un nombre especial o se refirieron a ella como la hernia de Littré. Solo 100 años después, en 1887, el cirujano londinense Sir Frederick Treves distinguió estos tipos de hernias de la hernia de un divertículo de Meckel, descrita por Littré y Treves atribuyó a Richter la distinción de haber dado la primera descripción científica de esta lesión en particular y sugirió el término hernia de Richter ⁽⁴⁾.

La hernia del intestino delgado a través de un defecto incisional posterior a una cirugía laparoscópica fue descrita inicialmente por Fear en 1968 ⁽⁵⁾ y la incidencia exacta en puertos de 12 mm tras apendicectomía laparoscópica sigue siendo incierta. Clínicamente, estas hernias están caracterizadas por encarcelamiento parcial de la pared antimesentérica intestinal, asociado a un defecto relativamente pequeño en la fascia y la musculatura de la pared abdominal que carecen de cierre peritoneal debido a la omisión de sutura en esta capa durante el cierre del puerto y por lo general se presentan dentro de las primeras 2 semanas posteriores al procedimiento ⁽⁶⁾.

Conforme a Batista ABE *et al.* ⁽⁷⁾, la presentación clínica típica incluye sintomatología abdominal inespecífica como dolor, náuseas y vómitos, frecuentemente confundida con cuadros gastrointestinales benignos; el signo físico más constante es dolor localizado y edema en el orificio herniario ⁽⁷⁾. En el caso descrito, la clínica sugestiva en el contexto de cirugía videolaparoscópica reciente orientó al diagnóstico presuntivo de hernia de Richter.

La naturaleza insidiosa de la hernia de Richter, con síntomas vagos y ausencia habitual de obstrucción intestinal completa, dificulta su diagnóstico precoz antes de la estrangulación del asa involucrada ⁽⁸⁾. Según Memon *et al.* ⁽⁹⁾ e Ibáñez *et al.* ⁽¹⁰⁾, las características más determinantes para el desarrollo de esta hernia son el tamaño del orificio herniario y su consistencia, que a su vez, impide que la presión ejercida por el contenido herniario permita el paso completo del asa a su interior, mientras que el orificio herniario debe tener un diámetro lo suficientemente grande como para ser atravesado por la pared del asa intestinal, pero no permitir su paso completo, y también es de gran importancia porque se relaciona con un mayor riesgo de isquemia intestinal, aumentando este riesgo en comparación con otras incarceraciones herniarias, justificado por la pobre vascularización del borde. La resolución quirúrgica en este caso se realizó mediante ampliación del orificio del puerto y disección meticulosa para liberar el asa intestinal

incaerada. Las opciones terapéuticas incluyen laparotomía exploratoria, abordaje laparoscópico o ampliación directa del puerto, insistiendo en un examen cuidadoso del segmento intestinal para evaluar viabilidad tisular y decidir la necesidad de resección si se detecta compromiso irreversible.

CONCLUSIÓN

El cierre fascial rutinario se recomienda para puertos laparoscópicos de 10 mm o mayores, especialmente cuando existen factores de riesgo asociados, tales como obesidad, diabetes, edad avanzada o intervenciones quirúrgicas prolongadas. Aunque la evidencia disponible sugiere que el riesgo de desarrollo de hernias en puertos menores de 10 mm es muy bajo, se han documentado casos de hernias de Richter incluso en orificios de 5 mm con mayor predisposición si el sitio se utiliza para una manipulación extensa que causa que el sitio del puerto se agrande (11), lo que sugiere que en pacientes con factores predisponentes también se debe considerar el cierre fascial en estos puertos y seguir recomendaciones como desinflar el abdomen antes de retirar el trocar para evitar que el epiplón o el intestino atraviesen la fascia y sacudir la pared abdominal para liberar las vísceras intraabdominales atrapadas (12).

A pesar de que la hernia de Richter sigue siendo una complicación infrecuente tras cirugía laparoscópica, se debe mantener un alto índice de sospecha en el postoperatorio inmediato o tardío en pacientes que presenten síntomas sugestivos de obstrucción intestinal. Este enfoque diagnóstico y preventivo es clave para reducir la morbilidad asociada a estas hernias en sitios de inserción de trocres con una vigilancia clínica cuidadosa para detectar signos tempranos en el seguimiento postoperatorio.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

Aprobación Ética: Todos los procedimientos realizados en estudios con participantes humanos fueron de acuerdo con los estándares éticos del comité de investigación institucional y/o nacional y con la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o estándares éticos comparables

Consentimiento Informado: Se obtuvo el consentimiento informado de la participante incluida en el estudio.

REFERENCIAS

1. Comajuncosas J, Vallverdú H, Orbeal R, Parés D. Eventración de los orificios de los trocres en cirugía laparoscópica. *Cir Esp [Internet]*. 2011;89(2):72–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.08.007>
2. Tosun M, Kurtoglu E, Celik H, Ozdemir AZ, Malatayalioglu E, Kokcu A. Incisional Hernia at Trocar Port-Site. *J Case Rep [Internet]*. 2015;420–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17659/01.2015.0108>
3. Chorti A, AbuFarha S, Michalopoulos A, Papavramidis TS. Richter's hernia in a 5-mm trocar site. *SAGE Open Med Case Rep [Internet]*. 2019;7:2050313X18823413. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2050313X18823413>
4. Steinke W, Zellweger R. Richter's hernia and Sir Frederick Treves: an original clinical experience, review, and historical overview. *Ann Surg [Internet]*. 2000;232(5):710–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/0000658-200011000-00014>
5. Fear R. Laparoscopy: a valuable aid in gynecologic diagnosis. *Obstetrics and Gynecology*. 1968; 3 (1): 279.
6. Bandeira M, Arruda E, Yamamoto G, Falcão J, Pontes H, et al. RICHTER'S HERNIA: A CASE REPORT. En: *Multidisciplinary Research and Practice*. Seven Editora; 2024.
7. Batista A, et al. Richter's hernia: case report. *Revista de Saúde*. 2019; 10(2): 66-70.
8. Ruiz-Funes Molina AP, Farell Rivas J, Marmolejo Chavira A, Sosa López A de J, Cruz Zárate A. Abordaje de hernias poco frecuentes por cirugía de mínimo acceso: serie de casos. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica [Internet]*. 2020;21(1):6–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/97607>
9. Memom Z, et al. Caso raro de peritonite devido a perfuração ileal secundária ao tipo de hérnia obturadora de Richter. *Cureus*. 2019; 11 (3): e4289.
10. Ibáñez M, et al. Fístula intestinal posoperatoria tras herniorrafia umbilical por hernia de Richter insospechada. *RevHispanoam Hernia*. 2020; 8(2): 89-92.
11. Wade JJ, Cameron-Jeffs R, McNally OM. Early detection and successful release of richter's hernia in a 5-mm laparoscopic port site. *J Gynecol Surg [Internet]*. 2015;31(4):232–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/gyn.2014.0133>
12. Sharma B, Greenwood P, Pereira J, Kumar V. Richter's hernia as an unusual complication of laparoscopic sterilization: a case report and review: Richter's hernia as an unusual complication of laparoscopic sterilization. *Gynaecol Endosc [Internet]*. 2002;11(6):435–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2508.2002.00554.x>