



## P-514 - HERNIA EPIGÁSTRICA CON INCARCERACIÓN DE ANTRO GÁSTRICO

J. Pagnozzi Ángel, T. Díaz Vico, P. Ugalde, M.M. Camaces de Arriba, F. Pérez López y J.C. Fernández Fernández

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

### Resumen

**Introducción:** Por definición, las hernias epigástricas consisten en la protrusión del peritoneo parietal a través de las fibras de la vaina de los rectos que se decusan en la línea media entre la apófisis xifoides y el ombligo. Generalmente, este defecto herniario se acompaña de grasa extraperitoneal, epiplón o incluso asas intestinales. Sin embargo, en muy raras ocasiones se ha descrito la participación del estómago como contenido herniario.

**Caso clínico:** Mujer de 95 años de edad que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico en región epigástrica, asociado a vómitos incoercibles de 48 horas de evolución. En la exploración física se evidencia en epigastrio una tumoración dolorosa e irreductible en relación con hernia epigástrica ya conocida por la paciente de años de evolución. La analítica mostró únicamente moderada leucocitosis con desviación neutrofílica. El TC abdominal describe una hernia epigástrica con un ojal de aproximadamente 4 cm, que contiene antro gástrico, el cual muestra signos de sufrimiento con edema de pared y algo de líquido libre en el interior del saco herniario. La paciente es intervenida quirúrgicamente, observando un defecto aponeurótico de 4 cm de diámetro, por el que protruye un gran saco herniario cuyo contenido se reduce espontáneamente tras la manipulación. Se explora el saco herniario y la cavidad, evidenciándose en la cara anterior del antro un anillo violáceo secundario a encarceración, el cual recupera progresivamente por lo que no precisa la resección de tejido. Se realiza hernioplastia con colocación de malla de polipropileno supra-aponeurótica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dada de alta al segundo día postoperatorio.

**Discusión:** Las hernias epigástricas representan en torno al 1,6-3,6% de todas las hernias de pared abdominal. Es más frecuente su aparición entre los 20 y los 50 años de edad y, a pesar de que tradicionalmente se ha descrito una mayor incidencia en el género masculino, en los últimos años se está observando una distribución menos marcada entre sexos, probablemente debido al aumento del trabajo físico entre las mujeres y al hábito de fumar. La gran mayoría cursan de manera asintomática, y cuando dan clínica, suele tratarse de dolor, vómitos o dispepsia. Existen menos de 10 casos descritos en la literatura de encarceración gástrica en hernias de pared abdominal; únicamente 3 casos de encarceración gástrica en hernia umbilical y 2 en hernias epigástricas. En las hernias umbilicales y/o epigástricas suelen verse comprometidas asas de intestino delgado, colon y epiplón, siendo anecdótica la participación del estómago. Esto es así debido, entre otros, a los ligamentos que participan en su fijación: gastrohepático en la curvatura menor, gastrocólico y gastroesplénico en la mayor y gastrofrénico en la porción posterior del fundus. Suele diagnosticarse

por TC, aunque la prueba más sensible para el diagnóstico específico de la incarceration gástrica es el estudio gastroduodenal. El tratamiento quirúrgico debe basarse en la reparación libre de tensión, lo cual es seguro y eficaz, con una baja incidencia de complicaciones postoperatorias y de recurrencias a largo plazo.