CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):474

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-097 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A UNA HERNIA PARADUODENAL DERECHA

López Sánchez, Jaime; Trébol López, Jacobo; Sánchez Casado, Ana Belén; Diego Alonso, Elisa Ángela; Garrosa Muñoz, Sonsoles; Muñoz Bellvís, Luis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de obstrucción intestinal aguda secundaria a una hernia paraduodenal derecha resuelta mediante abordaje mínimamente invasivo. Las hernias de la fosita mesentericoparietal de Waldeyer o paraduodenales derechas, se producen por un defecto en la embriogénesis del asa primitiva, ocasionando un atrapamiento del intestino delgado por detrás del mesocolon derecho y/o de los vasos mesentéricos superiores o de sus ramas.

Caso clínico: Varón de 54 años, con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y hernioplastia inguinal bilateral abiertas, que acude por dolor abdominal generalizado y ausencia de tránsito intestinal de 24 horas de evolución. En la exploración física destaca una ligera distensión abdominal sin irritación peritoneal. Las pruebas de laboratorio mostraron una discreta elevación de los reactantes de fase aguda. En la TC abdominal con contraste IV, se evidenció una obstrucción intestinal mecánica secundaria a una hernia paraduodenal derecha, con orificio herniario entre el peritoneo parietal posterior y los vasos ileocólicos como límite craneal, sin signos sugerentes de isquemia intestinal. Se planteó tratamiento quirúrgico urgente. Abordaje laparoscópico mediante una técnica abierta de Hasson (acceso lateroumbilical izquierdo) y 3 trócares de 5 mm en hemiabdomen izquierdo. Se evidenció una obstrucción intestinal con mínimo sufrimiento reversible de asas ileales secundaria a una hernia paraduodenal derecha, con un defecto de unos 4 cm limitado en su parte craneal por los vasos ileocólicos, en su parte posterior por el peritoneo parietal posterior, y en su región caudal por el resto del mesocolon derecho. Se realizó la reducción del contenido con maniobras de tracción suaves desde el intestino menos dilatado y cierre del orificio herniario con sutura continua intracorpórea de material irreabsorbible (seda). En el postoperatorio desarrolló un íleo paralítico de 4 días de duración, sin necesidad de nutrición parenteral y un incremento autolimitado de reactantes de fase aguda que no precisó tratamiento específico, siendo alta al sexto día. En la actualidad se encuentra asintomático tras 20 meses.

Discusión: Las hernias internas son una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica, con una incidencia menor del 1%. Etiopatogénicamente pueden ser congénitas y adquiridas. De las congénitas, las más frecuentes son las paraduodenales (50%), siendo la mayor parte izquierdas (75%). La mayoría aparecen como consecuencia de anomalías de la rotación intestinal y de la fijación peritoneal del intestino, con una mayor incidencia en el sexo masculino (3:1). El cuadro clínico de obstrucción intestinal y los hallazgos radiológicos son necesarios para el diagnóstico,

siendo la TAC la principal prueba diagnóstica. El abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal aguda por hernia paraduodenal derecha es factible y seguro. Representa un reto técnico como consecuencia de la compleja alteración anatómica y el manejo de las asas intestinales dilatadas y frágiles.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados