



P-456 - HERNIA INTERNA CONGÉNITA: IMPORTANCIA DE LA CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA Y QUIRÚRGICA

M. Rodríguez López, P.L. Rodríguez Vielba, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, R. Velasco López, S. Mambrilla Herrero, D. Pacheco Sánchez, E. Asensio Díaz, J.I. Blanco Álvarez, J.C. Sarmentero Prieto y J.L. Marcos Rodríguez

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La oclusión de intestino delgado es un cuadro sindrómico habitual en la Urgencia quirúrgica. Las hernias internas congénitas son causa muy infrecuente del mismo (0,3-0,9%) y dentro de ellas, las paraduodenales (también llamadas mesentérico-parietales, mesocólicas congénitas o de Treitz) suponen del 30% al 53%, siendo las izquierdas tres veces más frecuentes que las derechas. Éstas últimas ocurren en el contexto de una malrotación del tubo digestivo en la etapa embrionaria, quedando el intestino delgado total o parcialmente herniado a través de la fosa de Waldeyer, posterior al eje vascular mesentérico superior, cubierto por peritoneo del mesocolon derecho, con ciego y colon ascendente en posición anatómica. El diagnóstico acontece en la cuarta década de vida (relación varón-mujer de 3:1) por presentar, habitualmente, clínica suboclusiva insidiosa y postprandial en pacientes sin antecedentes quirúrgicos abdominales. El TAC posee elevada sensibilidad y especificidad. Presentamos un caso de hernia paraduodenal derecha, a fin de ilustrar la importancia de la correlación clínico-radiológica y quirúrgica.

Caso clínico: Varón, 31 años, sin antecedentes de interés, con episodios ocasionales de dolor abdominal cólico, más frecuentes en los últimos 15 días, acompañados de vómitos desde hace 24 horas. Exploración: abdomen levemente distendido, doloroso en región periumbilical, sin peritonismo, con ruidos aumentados. Analítica sin alteraciones relevantes. Radiografía de abdomen: sin asas dilatadas ni niveles hidroaéreos. Solicitamos TAC con contraste intravenoso, informado como malposición de intestino delgado con sospecha de hernia interna sin datos actuales de obstrucción intestinal. Ante estos hallazgos se ingresa al enfermo para tratamiento conservador de oclusión. Durante los cuatro días siguientes, persiste dolor intermitente y la tolerancia a dieta es fluctuante, con reaparición finalmente de vómitos que obliga a sondaje nasogástrico. Todo ello motiva la administración de Gastrografín® seguido de radiografía tras doce horas, objetivando paso del mismo hasta sigma con conglomerado central de asas dilatadas. Un nuevo TAC con contraste intravenoso y oral no evidencia cambios respecto al previo. Dada la mala evolución y los hallazgos radiológicos, decidimos intervención quirúrgica, que confirmó la sospecha radiológica de hernia interna, subtipo paraduodenal derecha. Tras la reducción del contenido, que no presentaba signos de sufrimiento, sólo dilatación de asas, cerramos el orificio de la fosa de Waldeyer y fijamos el eje vascular mesentérico superior al retroperitoneo. La evolución posterior fue favorable, salvo íleo parálitico, con alta al 6º día postoperatorio.

Discusión: Las hernias internas congénitas, en general, y las paraduodenales derechas, en particular, son causa muy infrecuente de obstrucción intestinal. Se deben sospechar ante la asociación de clínica suboclusiva insidiosa en varones adultos jóvenes y ausencia de cirugía abdominal previa, que aleja la sospecha de proceso adherencial. En nuestro enfermo, el TAC al ingreso sin signos de obstrucción justificó el intento de manejo conservador. La mala respuesta al mismo y la persistencia de idénticos hallazgos en el segundo TAC, determinaron la actitud quirúrgica.