



P-321 - RARA CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL RESUELTA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO: HERNIA PARACECAL

Plúa Muñiz, Katherine; Sánchez González, Javier; Bailón Cuadrado, Martín; Tejero Pintor, Francisco Javier; Choolani Bhojwani, Ekta; Acebes García, Fernando; Marcos Santos, Pablo; Pacheco, David

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La hernia paracecal, clasificada como un tipo de hernia interna es una patología muy rara y poco frecuente. Es la segunda hernia más común dentro de las hernias internas con una incidencia reportada del 13%, siendo causa de obstrucción a nivel del intestino delgado entre el 0,6-5,8%.

Caso clínico: Mujer de 84 años con antecedentes de HTA, DM2, Enfermedad de Alzheimer avanzada y sin antecedentes quirúrgicos previos. Es remitida desde su residencia por presentar dolor abdominal intenso asociado a vómitos durante 12h de evolución. A la exploración física presencia de distensión abdominal con signo de Murphy positivo en cuadrante inferior derecho. La analítica muestra elevación importante de los reactantes de fase aguda. Se solicita un TC de abdomen (fig.) que informa presencia de asas dilatadas a nivel de fosa iliaca y flanco derecho, a lo que se asocia un área de estenosis, encapsulada, en probable relación con hernia interna posiblemente pericecal con signos de suboclusión intestinal. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente, mediante abordaje laparoscópico, se observan asas de intestino delgado congestivas a nivel de fosa iliaca derecha, constatando un defecto herniario con un diámetro de 2 cm aproximadamente, a nivel paracecal con un asa intestinal en su interior encarcelada. Se realiza quelotomía y extracción de asa atrapada que recupera espontáneamente sin necesidad de resección. A partir de la quelotomía se prolonga el orificio herniario, con electrocoagulación, para evitar recurrencia. La paciente cursó con posoperatorio favorable.



Discusión: La hernia paracecal es un tipo de hernia interna que consiste en un defecto peritoneal junto al ciego, por donde podría protruir un asa intestinal provocando su oclusión. Existen dos clasificaciones descritas la de Meyer (A) y la de Endo (B). Esta patología no tiene síntomas patognomónicos, y generalmente se presenta como un cuadro de oclusión intestinal. El TC es la técnica más útil a la hora del diagnóstico, a pesar de que muchas veces solo se observan signos de oclusión como asas de intestino delgado dilatadas sin un claro origen. El único tratamiento posible para este tipo de hernias es la cirugía, y muchas veces también es un medio diagnóstico cuando las pruebas de imagen no han podido confirmarlo. La vía de abordaje laparoscópica, como en nuestro caso, permite una resolución efectiva de la hernia, así como definitiva con la elongación del orificio herniario para evitar recidivas, aunque se han reportado casos, en donde se realizó el cierre primario del defecto vía laparoscópica. En conclusión, a pesar, de ser una patología poco frecuente debe ser considerada como causa de oclusión intestinal, para un diagnóstico y tratamiento efectivo y rápido, evitando así complicaciones mayores; la vía laparoscópica como demuestra nuestro caso, es segura y reproducible.