

- Mir IS, Mohsin M, Kirmani O, Majid T, Wani K, Hassan MU, et al. Is intraoperative cholangiography necessary during laparoscopic cholecystectomy? A multicentre rural experience from a developing world country. *World J Gastroenterol.* 2007;13:4493-7.
- Rizzo RJ, Szucs RA, Turner MA. Congenital abnormalities of the pancreas and biliary tree in adults. *Radiographics.* 1995;15:49-68.
- Mortelé KJ, Rocha TC, Streeter JL, Taylor AJ. Multimodality imaging of pancreatic and biliary congenital anomalies. *Radiographics.* 2006;26:715-31.
- Kahn E. Biliary atresia revisited. *Ped Dev Pathol.* 2004;7:109-24.
- Langman J. *Embriología médica.* México: Panamericana; 1964. p. 216-8.

# Abdomen agudo por síndrome de Allen-Masters. Un hallazgo inusual



Manuel Ferrer-Márquez<sup>a</sup>, María del Mar Rico-Morales<sup>a</sup>, Carolina Carvia-Pousaillè<sup>b</sup>, Vanesa Maturana-Ibáñez<sup>a</sup> y Ricardo Belda-Lozano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

<sup>b</sup>Servicio de Radiología. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

El síndrome de Allen-Masters fue definido en 1995 por Allen y Masters<sup>1</sup> como una rotura o laceración de la hoja del ligamento ancho que resulta en una movilidad excesiva del cérvix. Este trastorno puede producirse tras partos e intervenciones quirúrgicas, incluso como laceraciones traumáticas durante relaciones sexuales<sup>2</sup>. Es excepcional que a través del defecto pueda introducirse un asa de intestino delgado y se cree así una hernia interna. Desde su descripción original hasta hoy, y debido a la rara frecuencia de la enfermedad, no son muchos los artículos encontrados en la literatura.

Presentamos el caso de una paciente de 39 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal continuo de 12 h de evolución y localizado en el hemiabdomen inferior, principalmente en la fosa iliaca derecha, acompañado de vómitos biliosos. En la exploración el abdomen es doloroso a la palpación, distendido y con signos de irritación peritoneal. Los datos analíticos muestran leucocitosis con desviación izquierda. En la radiografía simple de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado. Se realiza una ecografía abdominal y ginecológica que muestran quiste lúteo hemorrágico, cantidad moderada de líquido libre en Douglas y asas distendidas con pared engrosada y cambio brusco de calibre a nivel de la pelvis, en la que se aprecian signos de sufrimiento (fig. 1). Ante esos hallazgos, se decide intervenir a la paciente por vía laparoscópica. Se entra con trocar de Hasson visualizando asa de íleon isquémica y bloqueada en la pelvis, por lo que se reconvierte a laparotomía media infraumbilical. Se aprecia un asa de intestino delgado herniada a través de un defecto en el ligamento ancho, con signos de necrosis. Se realiza resección de intestino delgado necrótico (15 cm) y anastomosis ileal laterolateral. Se cierra el defecto del ligamento ancho con sutura continua. Durante el postoperatorio la paciente evoluciona satisfactoriamente e inicia tolerancia al tercer día; se le da el alta a la semana de la intervención.

Los defectos del peritoneo pelviano son generalmente adquiridos. Allen y Masters describen como síndrome clínico las laceraciones de las estructuras de soporte uterino cuyo resultado es un defecto en el ligamento ancho. Este diagnóstico ha ido creciendo en los últimos años posiblemente debido a los hallazgos mediante cirugía laparoscópica. Este síndrome se caracteriza por la presencia de los siguientes tres elementos: *a)* etiología traumática (multiparidad, cesáreas, abortos inducidos, etc.); *b)* hallazgos clínicos: retroversión uterina con movilidad aumentada del cérvix junto con elongación o desinserción de los ligamentos uterosacros, y *c)* anatomía: visualización del desgarrado del ligamento ancho<sup>3</sup>. Los síntomas que acompañan a esta entidad suelen ser congestión, dolor pelviano, dismenorrea, metrorragia, dispareunia y dolor lumbar<sup>2,4</sup>.

En raras ocasiones puede aparecer como cuadro obstructivo, incluso como abdomen agudo, como ya describió Lewis<sup>5</sup> en 1969. La obstrucción intestinal secundaria a una hernia interna ocurre con una incidencia entre el 0,2 y el 0,9%. Las hernias internas que se originan a través del defecto del ligamento ancho son entre el 4 y el 7% de todas ellas<sup>6,7</sup>. En 1861, Guain<sup>8</sup> publicó por primera vez una hernia encarcerada a través del ligamento ancho del útero encontrada en una autopsia. Hunt<sup>9</sup> clasificó las hernias a través del ligamento ancho en dos tipos: el tipo "fenestra", que implica la fenestración completa del defecto del ligamento ancho, y el tipo *pouch*, en el que la herniación ocurre a través del ligamento ancho desde una apertura anterior o posterior. El defecto en este caso fue de tipo "fenestra".

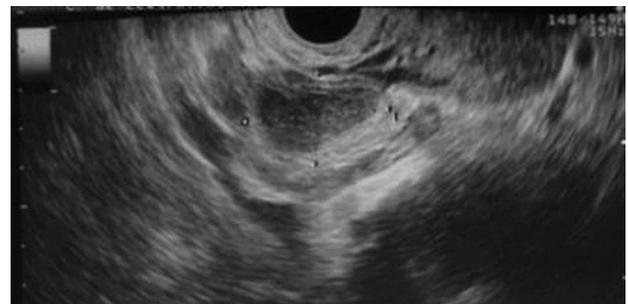


Fig. 1. Ecografía ginecológica.

Correspondencia: Dr. M. Ferrer Márquez.  
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Hospital Torrecárdenas.  
Paraje Torrecárdenas, s/n. 04009 Almería. España.  
Correo electrónico: manuferrer78@hotmail.com

Manuscrito recibido el 14-1-2008 y aceptado el 30-1-2008.

El diagnóstico preoperatorio de la hernia a través del ligamento ancho es difícil. La radiografía simple puede mostrar los cambios típicos de obstrucción intestinal. Aunque la ultrasonografía y la tomografía computarizada pueden indicar una hernia interna, puede ser imposible diagnosticarla a través del defecto del ligamento ancho<sup>6,10</sup>.

El tratamiento es siempre quirúrgico. La mortalidad con tratamiento conservador se acerca al 100%, y el retraso en el tratamiento quirúrgico conduce a una importante morbilidad. Actualmente el manejo de la laparoscopia para el tratamiento de la obstrucción intestinal secundaria a hernias internas es una opción válida<sup>6</sup>. Aunque no hemos encontrado en la literatura el manejo de una hernia interna a través del ligamento ancho mediante cirugía laparoscópica, creemos que es una opción que tener en cuenta cuando no haya evidencia de necrosis o perforación del contenido herniario.

Aunque es un cuadro clínico poco común, es importante conocerlo y tenerlo presente en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en el hemiabdomen inferior de mujeres, acompañado o no de cuadro obstructivo. El diagnóstico y la reparación quirúrgica temprana reducen la morbilidad y mortalidad por estrangulación.

## Bibliografía

1. Allen WM, Masters W. Traumatic laceration of uterine support. *Am J Obstet Gynecol.* 1955;70:500-13.
2. Gupta R, Elakkary E, Sadek M. Masters Allen syndrome: A review. *Dig Dis Sci.* 2007;52:1749-51.
3. Von Theobald P, Barjot P, Levy G. Laparoscopic Douglasectomy in the treatment of painful uterine retroversion. *Surg Endosc.* 1997;11:639-42.
4. Quinn MJ. Allen-Masters syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195:883.
5. Lewis MI. Small-bowel obstruction secondary to traumatic lacerations of the uterine supports (The Allen-Masters syndrome). *Dis Colon Rectum.* 1969;12:253-5.
6. Varela G, López A, García F. Broad ligament hernia-associated bowel obstruction. *JLS* 2007;11:127-30.
7. Hiraiwa K, Morozumi K, Miyazaki H, et al. Strangulated hernia through a defect of the broad ligament and mobile cecum: A case report. *World J Gastroenterol.* 2006;12:1479-80.
8. Slezak FA, Schlueter TM. Hernia of the broad ligament. En: Nyhus LM, Condom RE, editores. *Hernia.* 4.ª ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. p. 491-7.
9. Hunt AB. Fenestrae and pouches in the broad ligament as an actual and potential cause of strangulated intra-abdominal hernia. *Surg Gynecol Obstet.* 1934;58:906-13.
10. Suzuki M, Takashima T, Funaki H, et al. Radiologic imaging of herniation of the small bowel through a defect in the broad ligament. *Gastrointest Radiol.* 1986;11:102-4.

# Estudio comparativo de los pacientes con sepsis abdominal tratados mediante técnica quirúrgica cerrada frente a laparostomías



Luciano Santana Cabrera, Manuel Sánchez-Palacios, Pilar Eugenio Robaina y Mélida García Martul

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

La sepsis de origen abdominal es una causa muy frecuente de morbimortalidad en las unidades de cuidados intensivos (UCI), con una mortalidad aproximada del 30%, que puede llegar hasta un 50% cuando es por una complicación de un procedimiento quirúrgico previo o de una recidiva durante su ingreso en la UCI<sup>1</sup>.

El tratamiento adecuado de la sepsis abdominal no es sólo la precoz y adecuada eliminación de su causa, frecuentemente mediante técnicas quirúrgicas, sino también la utilización de antibioterapia y el soporte de la disfunción orgánica<sup>2,3</sup>.

Tras la laparotomía (LPT) inicial, en ocasiones, para resolver el problema séptico es preciso reintervenir al pa-

ciente, para lo cual hay tres métodos de manejo que están actualmente en debate: el abdomen abierto o laparotomía (LPS), la relaparotomía programada o la relaparotomía a demanda.

El objetivo del estudio es comparar la morbimortalidad de los pacientes ingresados en nuestra unidad tras ser intervenidos quirúrgicamente por una sepsis abdominal grave que fueron tratados mediante laparotomía convencional con aquellos a quienes se practicó una técnica de abdomen abierto o laparostomía.

Para ello se llevó a cabo un estudio retrospectivo en la unidad de medicina intensiva de un hospital terciario con 20 camas polivalentes, durante un periodo de 2 años. Se incluyó en el estudio a 59 pacientes diagnosticados de sepsis grave de origen abdominal que requirieron cirugía abierta o cerrada. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, APACHE II al ingreso, diagnóstico al ingreso y causa de la sepsis abdominal, tratamiento quirúrgico aplicado, días hasta el cierre de la laparostomía cuando se llevara a cabo, estancia en UCI y mortalidad. Se analizaron también las complicaciones abdominales, el número de reintervenciones o de lavados y complicaciones sistémicas y se compararon ambos grupos mediante los

Correspondencia: Dr. L. Santana Cabrera.  
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.  
Avda. Marítima del Sur, s/n.  
35016 Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.  
Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org