



P-473 - HERNIA PARADUODENAL IZQUIERDA: CAUSA INUSUAL DE OCLUSIÓN INTESTINAL EN POSTOPERATORIO TARDÍO DE GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

A. Brox Jiménez, M. Artíme Rial, S. González Fernández, E. Mariño Padín, R. Crego Hernández, R. Nicolás Jiménez y R. Sánchez Santos

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Resumen

Caso clínico: Paciente de 31 años de edad operado hace 8 meses de gastrectomía vertical laparoscópica sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. Refiere que desde hace 48 horas presenta dolor en epigastrio que se acompaña de vómitos y fiebre. Peso actual: 115 kg. IMC actual: 35,5 kg/m² (pérdida de peso: 65 kg). Se presenta un caso clínico inusual de oclusión intestinal. En la analítica destaca una ligera leucocitosis con neutrofilia, se practica TC de abdomen que informa de acumulo de asas a nivel paraduodenal izquierdo, se descartan colecciones perigástricas. Ante la mala evolución clínica con persistencia de dolor y fiebre decidimos laparoscopia exploradora donde se objetiva una gran hernia paraduodenal izquierda que contiene gran cantidad de yeyuno intestinal que en algunas zonas presenta una coloración violácea pero que recupera tras la reducción del mismo a la cavidad. Posteriormente se cerró el defecto con puntos sueltos de material irreabsorbible (seda 2/0). El paciente presenta una buena evolución postoperatoria. Las hernias paraduodenales son hernias congénitas infrecuentes debidas al fallo del proceso de rotación intestinal o bien a la inadecuada fusión de los pliegues mesentéricos. Estas hernias son más comunes en el género masculino, del lado izquierdo y por lo general se diagnostican en la cuarta década de la vida. En nuestro caso pensamos que la gran pérdida de peso contribuyó a la elongación de los mesos y del propio saco y anillo herniario poniéndose clínicamente de manifiesto el defecto preexistente. La presentación clínica es inespecífica con manifestaciones que varían desde la dispepsia hasta la perforación intestinal y el shock séptico. El orificio de entrada a este saco herniario se localiza posterior o posteromedial al duodeno, y las asas intestinales herniadas producen un efecto masa sobre el colon transverso y los vasos mesentéricos inferiores, los cuales son rechazados hacia la izquierda. Las bases del procedimiento quirúrgico son reducir el intestino herniado verificando su viabilidad y perfusión y reparar el defecto herniario con material irreabsorbible. En este caso optamos por una laparoscopia exploradora que nos sirvió para confirmar el diagnóstico de hernia paraduodenal izquierda al observar el yeyuno proximal herniado a través de este el orificio cuya entrada estaba inferior y a la izquierda del ligamento de Treitz. El abordaje laparoscópico de estas patologías es cómodo y seguro y en nuestro caso nos ofertó todos los beneficios que aporta la laparoscopia a la cirugía bariátrica, es decir menos riesgo de infección/eventración de la herida quirúrgica, menor estancia hospitalaria y menor requerimiento de analgesia postoperatoria.

Discusión: Nos parece un caso inusual de oclusión intestinal en el postoperatorio tardío de una cirugía bariátrica. Han sido publicados numerosos casos de hernias internas en el postoperatorio de bypass gástrico, describiéndose nuevos orificios en la literatura (orificio de Petersen). Hoy en día son muchos los autores que recomiendan el cierre sistemático de estos nuevos orificios para prevenir este problema. Las hernias

paraduodenales son muchos menos frecuentes pero pueden manifestarse o magnificarse ante una gran pérdida ponderal como ocurrió en el caso que presentamos.