



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-168 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE HERNIA PARADUODENAL IZQUIERDA.

Fernández Pablos, Francisco Javier; Ortega Machón, Natalia; Vicente Rodríguez, Irune; Calvo Fernández, Marta; Abad Alonso, Rafael Alberto; Sanz Larraínzar, Amaia; Badiola Bergara, Izaskun; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Resumen

Introducción: Las hernias internas representan la causa de cerca del 1% de las obstrucciones intestinales, de éstas, el 53% son hernias paraduodenales. La edad media de presentación es entorno a los 40 años, más frecuente en varones. El 75% de las hernias paraduodenales serán izquierdas o de Treitz. La clínica puede variar desde la ausencia de síntomas o leve dispepsia hasta la perforación intestinal y la sepsis. El riesgo de desarrollar obstrucción es del 50% pudiendo presentarse como obstrucción en asa cerrada con alto riesgo de perforación.

Caso clínico: Varón de 45 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos previos de interés que presenta cuadro de obstrucción intestinal sin datos de complicación. En TC abdominal urgente se informa de una obstrucción intestinal secundaria a bridas carácter congénito, según los antecedentes del paciente. El cuadro responde favorablemente a tratamiento conservador y se plantea realizar una laparoscopia exploradora programada. En la intervención se diagnostica una hernia paraduodenal izquierda y se realiza una liberación de las adherencias al saco, una quelotomía para reducir las asas intestinales y por último la resección del saco siguiendo la arcada de la vena mesentérica inferior, que en este caso no forma parte del borde del mismo, sino que aparece lateralizada. Tras la intervención quirúrgica, el paciente evoluciona de forma favorable sin presentar complicaciones.

Discusión: La presentación clínica típica de la hernia paraduodenal no es clara. Es importante tenerla en mente como diagnóstico diferencial dentro de ciertos casos de dolor abdominal de tipo crónico o en episodios suboclusivos de repetición. Las bases del tratamiento quirúrgico son la reducción del contenido herniario para verificar su viabilidad y su perfusión, así como la reparación del defecto herniario (quelotomía o cierre del ojal según los hallazgos). El abordaje laparoscópico es cada vez más empleado como tratamiento programado, muchas veces en forma de laparoscopia exploradora y actuación en función de los hallazgos. En el tratamiento urgente, el abordaje laparoscópico puede ser seguro con factores favorables (25 cm de intestino herniado, ausencia de gran dilatación y de gangrena).