



P-538 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HERNIA DE QUAIN (DEFECTO DEL LIGAMENTO ANCHO UTERINO)

Mendoza Moreno, Fernando; Ovejero Merino, Enrique; Díez Gago, María del Rocío; Sánchez Gollarte, Ana; Furtado Lobo, Isabel; Serrano Yébenes, Eduardo; Noguerales Fraguas, Fernando; Gutiérrez Calvo, Alberto

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Introducción: Las hernias internas representan menos del 2% del total de causas de obstrucción intestinal en el adulto. Las más frecuentes son las hernias internas de originadas a nivel paraduodenal y pericecal. Las hernias internas producidas por defecto del ligamento ancho son excepcionales, habiendo sido descritas en la literatura menos de 100 casos.

Caso clínico: Paciente de 46 años con antecedentes obstétricos de un parto vaginal no instrumental y sin otros antecedentes médico quirúrgicos de relevancia que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24-48 horas de evolución asociado a náuseas y a ausencia de deposición. En la exploración física presentaba un abdomen distendido con dolor a la palpación y signos de irritación peritoneal. Los test de laboratorio no presentaban alteraciones relevantes salvo leucocitosis con neutrofilia. La radiografía de abdomen mostraba un luminograma con asas intestinales dilatadas compatible con cuadro obstructivo. Bajo la sospecha de obstrucción intestinal se realizó un TAC abdominopélvico con contraste en fase venosa que evidenció un cambio de calibre en íleon distal en relación con anejo derecho. Con el diagnóstico de hernia interna se decidió la realización de una laparoscopia exploradora. Durante la intervención se objetivó un cambio de calibre en íleon distal secundario a un defecto del ligamento ancho uterino, que condicionaba una estrangulación del paquete intestinal de manera retrógrada. No fue necesario realizar una resección intestinal del tramo afecto, ya que tras su liberación, recuperó el peristaltismo. Se procedió a suturar el defecto del ligamento ancho mediante sutura continua V-Loc 3/0 (Covidien®). La paciente presentó un postoperatorio favorable pudiendo cursar alta hospitalaria al cuarto día de ingreso.

Discusión: Existen dos hipótesis por las que se pueda producir un defecto del ligamento ancho. La primera hablaría de un origen congénito (por la rotura de quistes en los conductos mesonéfricos durante el desarrollo embrionario del ligamento) y un origen adquirido (tras un parto instrumental, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria o cirugía pélvica previa). En cualquier caso, el defecto (completo o parcial) condiciona un anillo por el que la herniación de colon e intestino delgado es posible. También han sido descritas la torsión ovárica y la obstrucción ureteral derivada de esta situación. Su diagnóstico exige un gran índice de sospecha ya que su sintomatología es compartida con el resto de cuadros de obstrucción intestinal, y por tanto es frecuente encontrar, náuseas, vómitos y dolor abdominal. El TAC con contraste intravenoso es una herramienta fundamental para su diagnóstico ya que permite excluir otras patologías, evidenciando una imagen “en remolino” característica de las hernias internas. Sin embargo, en la mayor parte de los casos el diagnóstico es intraoperatorio siendo su tratamiento fundamentalmente quirúrgico, realizando la reducción del contenido herniado y cerrando el defecto del ligamento. Las hernias internas por defecto del ligamento

ancho son infrecuentes. Requieren un alto índice de sospecha, principalmente en mujeres con antecedentes obstétricos o ginecológicos que debutan con un cuadro de obstrucción intestinal. Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, liberando el contenido incarcerado y cerrando el defecto o seccionando el propio ligamento ancho.