CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):49

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-647 - HERNIA DE LA FOSITA DE LANDZERT COMO PRESENTACIÓN DE ABDOMEN AGUDO: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN

González Guardiola, Paula; Santarrufina Martínez, Sandra; Sebastián Tomás, Juan Carlos; Navarro Martínez, Sergio; Pérez Rubio, Álvaro; Ortiz Tarín, Inmaculada; Domingo del Pozo, Carlos; Armañanzas Villena, Ernesto

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: En menos del 6% de los casos, una oclusión intestinal estará ocasionada por una hernia interna. Estas se pueden clasificar en pericecales, intersigmoideas, transomentales, transmesentéricas o formadas por orificios peritoneales. En las últimas se incluyen las paraduodenales. La dirección del asa intestinal herniada las clasifica en derechas e izquierdas, siendo las izquierdas 3 veces más frecuentes. Pueden aparecer en el contexto de un abdomen agudo u ocasionar síntomas vagos durante años. La urgencia en el diagnóstico y tratamiento varía en función del compromiso vascular del intestino implicado.

Caso clínico: Varón de 69 años, trasplantado renal con varias reintervenciones, con cuadro de dolor abdominal súbito, náuseas y sudoración. La exploración es patológica. En el TC abdominal se observan signos de oclusión en asa cerrada con sufrimiento intestinal. Ante el estado clínico del paciente se decide cirugía urgente, y dados sus antecedentes, el acceso laparotómico. Los hallazgos intraoperatorios fueron, además de dilatación de asas con zonas de trombosis parcheada en el mesenterio, un gran abombamiento del mesocolon izquierdo. Siguiendo la dirección de las asas, se localiza un orificio paraduodenal izquierdo, a través del cual se encuentra la práctica totalidad del intestino delgado herniado por el ángulo de Treitz entre el mesocolon y la fascia de Toldt izquierda. El tratamiento consistió en la reducción del contenido herniario, sin necesidad de resección intestinal, cerrando el orificio herniario con sutura irreabsorbible.

Discusión: La patogenia aceptada actualmente es la malrotación intestinal embriológica, que provoca la formación de un saco intestinal por debajo del mesocolon izquierdo, rodeado por la vena mesentérica inferior de manera constante. Su origen se encuentra en la fosa de Landzert, receso peritoneal rodeado por la 4.ª porción duodenal, la vena mesentérica inferior, la arteria cólica izquierda, la aorta y el riñón izquierdo. El TC con contraste es el método diagnóstico de elección, donde veremos asas en localización anormal, entre el estómago y el páncreas, a la izquierda del ligamento de Treitz. El tratamiento es quirúrgico y urgente, ya que la actuación temprana se traduce en una disminución de la morbimortalidad. Lo más importante es la reducción del contenido herniado sin lesionar la vena mesentérica inferior, localizada en su entrada, ni el duodeno, que rodeará el anillo herniario cranealmente. No debe resecarse el saco herniario por el riesgo de iatrogenia, sino simplemente cerrar el orificio. Conocer el origen y las relaciones anatómicas de las hernias paraduodenales nos permite realizar su diagnóstico y tratamiento de manera más sencilla y

rápida, entrañando menos riesgos para el paciente. Los cirujanos debemos plantearnos esta entidad como parte del diagnóstico diferencial en todos los cuadros oclusivos.

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados