



P-652 - HERNIA PERICECAL. CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Remírez Arriaga, Xabier; León Fernández, Carmen; Rial Justo, Xiana; Román García de León, Laura; León Gámez, Carmen Lucero; Polaino Moreno, Verónica; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: La hernia pericecal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Presentamos a continuación un caso clínico y realizamos una revisión bibliográfica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 95 años sin antecedentes de cirugía abdominal previa en tratamiento con antiagregación y anticoagulación oral por accidente cerebrovascular isquémico y fibrilación auricular que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 6h de evolución. Asocia náuseas, vómitos y distensión abdominal. Última deposición 24h antes sin productos patológicos. En la radiografía simple de abdomen se identifica dilatación de asas de intestino delgado sin presencia de neumoperitoneo. El análisis de sangre es normal y el TC abdominopélvico informa de dilatación de asas de intestino delgado sin visualizar claro punto de cambio de calibre. Inicialmente se decide tratamiento conservador con SNG y gastrografín, que no es efectivo. A las 24h se realiza laparoscopia exploradora visualizándose gran dilatación de asas de intestino delgado con evidente punto de cambio de calibre en relación a hernia interna pericecal. Se procede a la reducción de hernia interna y se visualiza intestino sin datos de sufrimiento que no precisa resección. Tras una evolución posquirúrgica lenta y favorable es dado de alta al 10º día posquirúrgico presentando como única complicación ileo paralítico.

Discusión: Las hernias internas son una causa de obstrucción intestinal no frecuente, siendo su incidencia de 0,5 a 5,8%. Entre ellas la hernia pericecal es responsable de hasta el 13% de dichos casos. Se trata de un tipo raro de hernia interna cuya etiopatogenia es mayormente congénita. Principalmente se originan en los recesos pericecales creados durante la adherencia y fusión de los repliegues peritoneales alrededor del polo cecal y el apéndice. Dichos recesos pueden formar verdaderos sacos herniarios y quedar atrapadas las asas de intestino delgado produciendo un cuadro de obstrucción intestinal en asa cerrada. Algunas de ellas pueden ser asintomáticas o presentarse como episodios repetidos de dolor abdominal, sin embargo la mayoría de ellas producen cuadros obstructivos y es importante tener una alta sospecha para realizar su diagnóstico. El TC abdominal es la prueba de elección en la evaluación y orientación terapéutica. Aunque en determinadas ocasiones pueden resolverse sin tratamiento quirúrgico, la mayoría de ellas precisan de intervención quirúrgica para reducción y reparación del defecto herniario, incluyendo la resección intestinal en casos de compromiso vascular. Es importante tener una alta sospecha diagnóstica ya que su mortalidad puede superar el 50%.