



www.elsevier.es/cirugia

P-587 - HERNIA INTERNA POR DEFECTO EN LIGAMENTO ANCHO: UNA CAUSA RARA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

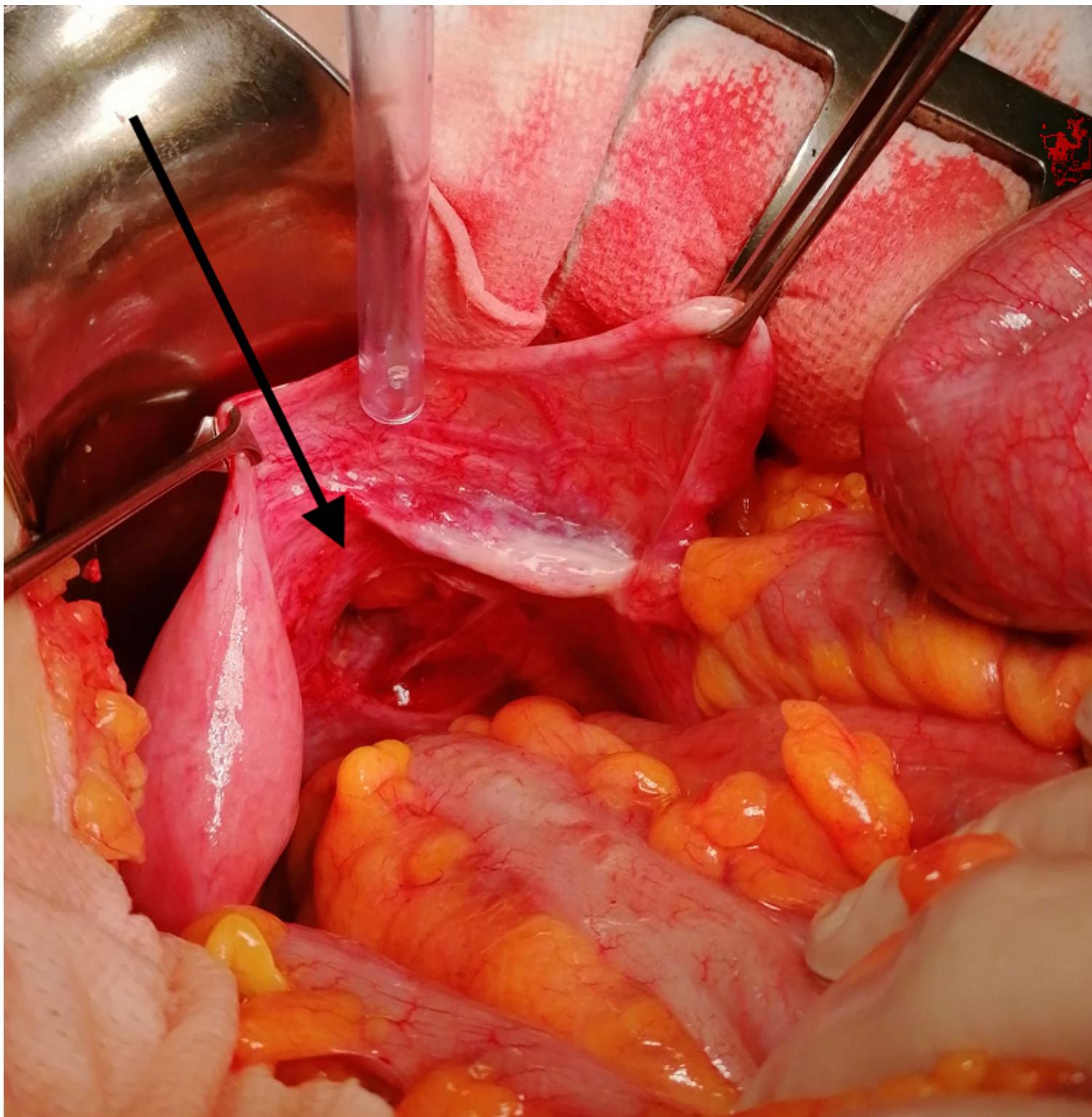
Nieto Barros, Víctor; Bernal Tirapo, Julia; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal mecánica es una de las patologías quirúrgicas urgentes más habituales, cuyas causas por orden de frecuencia son: hernias (37%), adherencias (25%), neoplasias (10%).

Caso clínico: Mujer de 68 años, hipertensa y con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y cesárea. Acude a Urgencias por dolor abdominal agudo de varias horas de evolución asociado a náuseas y vómitos biliosos. Refiere 2 deposiciones diarreicas en las últimas 24 horas con cese posterior del tránsito a gases y heces. Abdomen doloroso a la palpación en mesogastrio-flanco derecho con defensa peritoneal y ruidos hidroaéreos aumentados. Analíticamente sin repercusión. Se realiza TC abdominal urgente con hallazgos de obstrucción intestinal en asa cerrada debida a volvulo de ileón con importante dilatación retrógrada de asas intestinales por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Laparotomía exploradora que objetiva obstrucción intestinal por hernia interna secundaria a defecto de 2×4 cm en el espesor del ligamento ancho derecho. Escaso líquido libre y segmento de ileón distal de 20 - 30 cm incarcerado con dirección hacia el fondo de saco de Douglas. El aspecto macroscópico de los anejos era normal. Se realizó una pequeña quelotomía consiguiendo la liberación del segmento intestinal que recuperó aspecto normal y peristaltismo. Cierre del defecto herniario con monofilamento 3/0 reabsorbible de larga duración. Posoperatorio favorable con alta domiciliaria Al cuarto día posoperatorio.



Discusión: Las hernias internas son una causa poco frecuente de obstrucción intestinal (en torno al 1%). Las más habituales son las debidas a una incarceración intestinal paraduodenal (50%) o a través del hiato de Winslow (8%). Aproximadamente el 4-7% son debidas a un defecto en el ligamento ancho o a través del mesosalpinx, y suelen relacionarse con cirugías previas, traumatismos obstétricos y enfermedad inflamatoria pélvica, siendo el 20% de carácter congénito; en estos casos el defecto suele ser bilateral. Uno de los motivos que podría explicar este defecto es la ruptura espontánea de los remanentes quísticos de los conductos mesofrénicos. Estas hernias pueden ser de dos tipos, atendiendo a si supone un auténtico defecto en su espesor, esto es, un oval a través de las dos hojas peritoneales (hernia fenestrada) o a si involucra a solamente una de las capas (“en bolsa”). El diagnóstico preoperatorio es complicado; un buen diagnóstico diferencial o signos de sospecha en radiografías o ecografía nos deberían empujar a solicitar un TC. El tratamiento es siempre quirúrgico con cierre del defecto herniario, aunque también se ha descrito la división completa del ligamento como alternativa terapéutica. Varios autores defienden el uso de la laparoscopia como herramienta

diagnóstica y terapéutica en aquellos casos con estabilidad hemodinámica, obstrucción de bajo grado y ausencia de signos de sufrimiento intestinal. La obstrucción intestinal debida a un defecto en el ligamento ancho es una entidad muy poco frecuente que requiere una elevada sospecha diagnóstica. La cirugía, que será en la mayoría de los casos diagnóstica, es el único tratamiento, pudiendo utilizar la laparoscopia en casos seleccionados.