



P-586 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA PARADUODENAL IZQUIERDA

Martínez-Galilea, María; Pinillos Somalo, Ana; Martín Ramos, Yolanda; García Tricio, Enrique; Díaz-Tobarra, María; García Tejero, Aitana

Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Resumen

Introducción: La hernia paraduodenal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, representando entre el 0,2-0,9% de los casos.

Caso clínico: Paciente varón de 48 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por cuadro súbito de dolor abdominal acompañado de vómitos y cese del ritmo deposicional. Presenta una exploración con dolor y defensa. El TC abdomino-pélvico informa de obstrucción intestinal alta por hernia paraduodenal izquierda. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparoscopia exploradora evidenciando herniación paraduodenal izquierda que contiene la totalidad del paquete enteral. Se realiza disección y sección del saco herniario; y se comienza la devolvulación de las asas enterales. Ante la imposibilidad de completar la eversión del paquete intestinal vía laparoscópica, se decide conversión a laparotomía supraumbilical. Se completa la detorsión del paquete intestinal y se evalúan las asas enterales desde Treitz hasta la válvula ileocecal. No fue necesaria resección intestinal. El paciente fue dado de alta al cuarto día posoperatorio sin incidencias. Las hernias paraduodenales son hernias internas congénitas infrecuentes, formadas por anomalías en la rotación y reducción del intestino durante el desarrollo embrionario. Son el tipo más frecuente de hernia interna, representando el 53% de los casos. En función de la dirección del asa intestinal herniada, se clasifican en izquierda (75%) o derecha (25%). Son tres veces más frecuentes en hombres, con una edad media de aparición de 44 años. Habitualmente el contenido herniario es intestino delgado, pero también pueden contener ciego, colon ascendente o sigma. La hernia paraduodenal izquierda, como presentamos en nuestro caso, se localizada en la fosa de Landzert, a la izquierda de la cuarta porción duodenal, posterior a la vena mesentérica inferior y la arteria cólica izquierda. Este defecto congénito, es consecuencia de la falta de fusión del mesocolon y el peritoneo. El espectro clínico varía desde la presentación con cuadros repetitivos de obstrucción intestinal parcial, hasta eventos agudos de obstrucción intestinal total con el potencial riesgo de complicaciones como isquemia, perforación intestinal y sepsis abdominal, con una tasa de mortalidad entre el 20-50%. El TC es la prueba diagnóstica de elección, ya que presentan una imagen típica del conjunto de asas herniadas entre el estómago y cuerpo-cola del páncreas, a la izquierda del ligamento de Treitz, así como el desplazamiento y rotación de los vasos de la raíz del mesenterio. El tratamiento debe ser quirúrgico y preferente, incluso en casos asintomáticos, debido al riesgo de isquemia y perforación. Los pasos técnicos son reducción del contenido herniario, descompresión intestinal y cierre del defecto, con precaución para evitar lesionar los vasos mesentéricos. El abordaje laparoscópico puede ser seguro cuando existen factores favorables; menos de 25 cm de intestino herniado, ausencia de gran dilatación y de gangrena.

Discusión: El diagnóstico y tratamiento temprano de este tipo de hernia congénita es fundamental para disminuir el riesgo de obstrucción intestinal y de sus complicaciones.