



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-126 - HERNIA INTERNA A TRAVÉS DE DEFECTO PERITONEAL TRAS CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Gil Cidoncha, Lucia; Martín Rodrigo, Pilar; Torguet Muñoz, Maria Eugenia; Fernández Rodríguez, Manuel; Grillo Marín, Cristian; Callau Pontaque, Javier; Fidalgo Martínez, Celia; León Fernández, Carmen

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Las hernias internas se producen por la introducción de un asa intestinal a través de un orificio herniario intraabdominal, natural o iatrogénico. Son una causa rara de obstrucción intestinal y se dan más frecuentemente en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal. Pueden causar desde sintomatología abdominal inespecífica hasta complicaciones como obstrucción, estrangulación o perforación intestinal. Debido a su sintomatología inespecífica son difíciles de diagnosticar tanto clínica como radiológicamente, por lo que es importante tenerlas en cuenta como diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 56 años sin antecedentes médicos de interés e intervenida de una ooforectomía izquierda por endometriosis, apendicectomía y dos cesáreas que acude a urgencias por dolor abdominal, distensión y ausencia de deposición de 5 días de evolución. Presenta un abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda de manera difusa pero sin signos de irritación peritoneal. Los valores analíticos son normales. En el TAC de abdomen urgente destaca una dilatación generalizada de asas de intestino delgado hasta un cambio de calibre brusco en fosa iliaca izquierda, leve cantidad de líquido libre en pelvis, sin colecciones drenables ni gas extraluminal. En el posprocesado del mapa de yodo se identifica un área de posible hipoperfusión en un asa pélvica. Estos hallazgos son sugestivos de obstrucción intestinal probablemente secundaria a bridas. Dada la ausencia de datos de alarma clínicos y analíticos se decide manejo conservador con sonda nasogástrica y antibioterapia profiláctica. A las 24 horas se administra gastrografin y se pinza la sonda nasogástrica. Posteriormente la paciente vomita, persistiendo en la radiografía de abdomen asas de intestino delgado dilatadas sin clara progresión del contraste. Dada la ausencia de mejoría se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparoscopia exploradora evidenciando dilatación de asas de intestino delgado hasta un defecto peritoneal entre el ligamento redondo izquierdo y el peritoneo parietal que condiciona una hernia interna por la cual se introduce el ovario izquierdo y un asa de intestino delgado. El ovario izquierdo se encuentra torsionado y con aspecto isquémico, que no recupera tras la detorsión, por lo que se realiza una anexectomía izquierda. El intestino delgado presenta buen aspecto sin signos de sufrimiento intestinal, por lo que no es necesaria la resección intestinal. Se realiza cierre del defecto peritoneal con una sutura continua barbada. En el vídeo adjunto se muestra cómo se desarrolla la técnica quirúrgica. La paciente evoluciona favorablemente tras la cirugía siendo dada de alta el tercer día posoperatorio.

Discusión: La incidencia de obstrucción de intestino delgado debido a una hernia interna es rara y representa el 1% de las obstrucciones agudas. Su diagnóstico puede ser difícil debido a sus síntomas inespecíficos. Se debe sospechar en un paciente con antecedente de cirugía abdominal previa e historia reciente de dolor

abdominal intermitente y recurrente. Es importante tener en cuenta que en las hernias internas la gravedad del dolor y la gravedad del cuadro, está directamente relacionada con el grado de oclusión vascular y no con el grado de obstrucción.