



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-740 - OCLUSIÓN INTESTINAL POR HERNIA DE QUAIN

Corredera Cantarín, Constanza; Salazar Báez, Alexander J.; Pando López, José Antonio; Vitiello, Giulia; Jurado Ruiz, Cristina; Comajuncosas Camp, Jordi

Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat.

Resumen

Introducción: Un 15-20% de los pacientes que consultan en Urgencias por dolor abdominal presentarán una oclusión intestinal. De las que implican al intestino delgado, solo 1-2% se deberá a una hernia interna y de estas, tan solo el 4-5% ocurrirán a través de un defecto en el ligamento ancho uterino (hernia de Quain). Presentamos el caso clínico de una paciente con obstrucción intestinal debida a hernia de Quain.

Caso clínico: Mujer de 60 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 6 horas de evolución, posteriormente irradiado a epigastrio, sin náuseas ni vómitos. Última deposición 24 horas antes. Se realizaron analítica y radiografía de abdomen que resultaron normales y se solicitó TC abdominal para descartar posible apendicitis aguda. Dicho TC se informó como compatible con suboclusión, con cambio de calibre de intestino delgado en hemipelvis derecha. Dada la escasa sintomatología, se optó por unas horas de observación con nuevo control mediante radiografía de abdomen, donde se visualizó dilatación de asas de intestino delgado, por lo que se indicó cirugía urgente. Bajo anestesia general se procedió a laparoscopia exploradora, identificando como causa de la oclusión una hernia interna por el paso de íleon a través de un orificio en el ligamento ancho uterino derecho. Se realizó reducción de la misma (asa viable) y cierre del defecto con 2 puntos sueltos de sutura trenzada. Curso posoperatorio correcto, siendo dada de alta al 4.º día.

Discusión: La hernia de Quain es una entidad de muy baja prevalencia (menos de 90 casos reportados en la literatura) y de etiología incierta (se creen factores favorecedores los antecedentes quirúrgicos ginecológicos, de enfermedad inflamatoria pélvica o los embarazos). El diagnóstico suele ser tardío, dada la escasa clínica inicial por su situación pélvica, que retrasa, entre otros síntomas, la aparición de la irritación peritoneal y la dificultad en el diagnóstico preoperatorio mediante pruebas de imagen, por lo que con frecuencia los casos descritos han precisado resección intestinal por isquemia del segmento afectado. Se han propuesto 2 clasificaciones: Cilley que las clasifica en función de la parte de ligamento ancho por la que se produce la hernia, diferenciando entre tipo I, entre ligamento redondo y trompa de Falopio, II entre trompa y ovario y III entre útero y ligamento redondo. Hunt que las diferencia entre *fenestra type* si atraviesa las dos hojas del ligamento ancho o *pouch type* si atraviesa tan solo una. El tratamiento ideal es el mismo que se sugiere para otros tipos de hernia interna: reducción del asa afectada y reparación del orificio herniario para evitar la recidiva. Consideramos la vía laparoscópica como el abordaje de elección, por la menor agresión

quirúrgica y la mayor rapidez de recuperación, aunque en la literatura no es menospreciable el número de laparotomías descritas para su reparación, sobre todo si hay necesidad de resección por necrosis del segmento intestinal involucrado.