



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-345 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA INTERNA A NIVEL DEL FORAMEN DEL LIGAMENTO ANCHO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez López, M^a Pilar; Homs, Elisabet; Bartra, Èlia; Morales Tugues, Carla; Piñana, M^a Luisa; Fernández, Enric; Sánchez Marín, Antonio; del Castillo Déjardin, Daniel

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Resumen

Introducción: La obstrucción intestinal constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencia, con numerosas etiologías a descartar. Las hernias internas como causa de obstrucción intestinal son extremadamente raras, ocurriendo en menos del 1% de los casos, más aún, si la causa es una hernia a través de un defecto del ligamento ancho. Los defectos del ligamento ancho pueden ser congénitos o adquiridos y ocasionar que asas del intestino delgado se introduzcan en éstos, pudiendo ocasionar des de obstrucción, estrangulación y incluso perforación de un asa.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de una mujer de 39 años sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de estreñimiento crónico y apendicectomía según técnica de Rocky Davis a los 24 años. Consulta a urgencias por ausencia de deposiciones de 4 días de evolución, con sensación nauseosa y vómitos biliosos. Analíticamente sin alteraciones significativas y en la radiografía de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado en flanco derecho. Ante el cuadro de obstrucción intestinal, se inicia tratamiento conservador con colocación de sonda nasogastrica que es abundantemente productiva pero no resolutive. Se solicita TC que informa de dilatación de asas de delgado con cambio de calibre abrupto en fosa ilíaca derecha, compatible con la presencia de bridas y discreta cantidad de líquido entre asas. Ante cuadro de obstrucción intestinal que no mejora con el tratamiento conservador de 24 horas, se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparoscopia exploradora, se observa una hernia interna tipo 3 a través de un defecto del parametrio derecho de 3 cm de longitud, por donde protruyen asas de íleon, que presentan signos de congestión sin signos de isquemia. Se libera el segmento de asa comprometida, unos 40 cm de íleon, recuperando una coloración normal y su peristaltismo. El defecto del parametrio se suturó con dos puntos de V-lock de 3/0. La paciente evoluciona correctamente, recuperando el tránsito intestinal a las pocas horas postoperatorias, se retira la sonda nasogástrica, se reinicia dieta progresiva con buena tolerancia y se da el alta hospitalaria a las 72 horas posoperatorias.

Discusión: La detección preoperatoria de una hernia a través de un defecto en el ligamento ancho puede ser difícil diagnóstico debido a la ausencia de un cuadro clínico característico, sin embargo, publicaciones recientes indican que la TC de abdomen y pelvis puede sugerir un diagnóstico correcto, aunque no preciso. El abordaje laparoscópico permite ser diagnóstico y terapéutico siendo preciso el cierre del defecto del parametrio, permitiendo una rápida recuperación de los pacientes.