



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-015 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA PARACECAL PRIMARIA TRATADA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Trébol López, Jacobo<sup>1</sup>; Gortázar de las Casas, Sara<sup>2</sup>; López Sánchez, Jaime<sup>1</sup>; González Sánchez, Carmen<sup>1</sup>; Franch Arcas, Guzmán<sup>1</sup>; Muñoz Bellvís, Luis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca; <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Presentamos un caso de hernia interna paracecal primaria (sin antecedentes quirúrgicos) de presentación aguda, como obstrucción rápidamente evolutiva, y su resolución laparoscópica en formato vídeo para ampliar el conocimiento acerca de este cuadro. Se trata de una patología infrecuente pero potencialmente grave por el riesgo de encarceración/estrangulación.

**Métodos:** Varón de 70 años con HTA, DM-II, ictus e HBP. Acude por cuadro clínico sugestivo de oclusión intestinal de unas 16 horas de evolución. Presenta como datos analíticos aumento de reactantes y fracaso renal aguda con radiología simple sugestiva de oclusión de intestino delgado. Se inicia tratamiento conservador y se solicita TAC que objetiva oclusión en asa cerrada con probable hernia interna y datos sugestivos de sufrimiento intestinal incipiente. Se indica cirugía urgente mediante abordaje laparoscópico.

**Resultados:** Abordaje laparoscópico mediante tres trócares. Se objetiva oclusión intestinal por hernia interna de segmento de unos 20 cm de íleon proximal a través de orificio existente en adherencia de cara lateral del ciego a la pared abdominal y al peritoneo pélvico que fija también el íleon terminal. Se realiza quelotomía para reducción y liberación de toda la zona adherencial. La zona herniada presenta sufrimiento reversible, que se recupera, y congestión y hematoma de su meso. Asocia obstrucción del tramo proximal sin más lesiones recuperando peristalsis eficaz. Tiempo quirúrgico 25 minutos. El ingreso se mantuvo 4 días sin complicaciones. Tras 18 meses de seguimiento el paciente está asintomático y no ha presentado complicaciones.

**Conclusiones:** Las hernias internas causan el 0,6-6% de las oclusiones de intestino delgado. Se producen a través de defectos adquiridos (adherencias o aperturas mesentéricas) o congénitos. Las primarias pueden ser paraduodenales (53%), pericecales (13%), del foramen de Winslow (8%), transmesentéricas y transmesocólicas (8%), sigmoideas (6%) o transometales (1-4%). Las hernias pericecales pueden ser a través de los recesos ileocecal superior, ileocecal inferior, paracecal y retrocecal, siendo la paracecal la más frecuente. Hay menos de 150 casos publicados en la literatura. Pueden presentarse como un cuadro agudo de obstrucción intestinal distal o de forma crónica recurrente por obstrucciones intermitentes autolimitadas. El diagnóstico se realiza de elección mediante TAC aunque con cierta frecuencia es intraoperatorio. El tratamiento se basa en la reducción del contenido herniado, su resección si lo precisa y el cierre del defecto o su ampliación por liberación para evitar recidivas. Está descrito por laparoscopia en cada vez más casos desde

2003. El abordaje laparoscópico de la oclusión de delgado es cada vez más frecuente aunque no está estandarizado ni se considera de elección. Debe emplearse en casos seleccionados si se dispone de la experiencia adecuada: antecedentes quirúrgicos escasos en número y extensión, cuadros poco evolucionados y sin datos de peritonitis y/o sepsis, oclusiones incompletas, distensión moderada de asas, y diagnóstico preoperatorio de certeza de causa (las más favorables: brida única y hernias internas) y de localización. Los pacientes sin antecedentes quirúrgicos que pueden tener bridas y/o hernias congénitas son muy favorables. Puede asociar menos complicaciones y genera menos adherencias a largo plazo.