



## P-543 - SUBOCLUSIÓN INTESTINAL POR HERNIA DE FASCIA POSTERIOR DEL MÚSCULO RECTO ABDOMEN: PRESENTACIÓN DE UN CASO

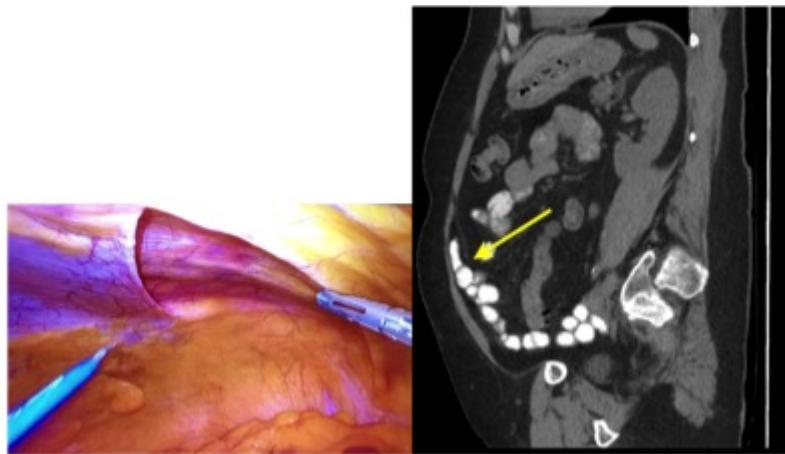
García López, Sara; Sellés Dechant, Rafael; Sancho Moya, Cristina

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** La hernia espontánea a través de la fascia posterior del músculo recto del abdomen se trata de una entidad rara de la cual solo existen 10 casos descritos en la literatura con una incidencia del 0,03%. Se han descrito como factores fisiopatológicos la debilidad de la fascia posterior; defectos secundarios a la inserción de estructuras vasculonerviosas o una inserción inadecuada del músculo recto del abdomen quedando la vaina posterior del recto susceptible de desarrollar hernias. Son hernias difícilmente palpables por exploración siendo la tomografía computarizada (TC), la ecografía abdominal o la propia cirugía las que permiten llegar al diagnóstico. La clínica suele ser inespecífica o debutar con un cuadro de oclusión o suboclusión intestinal.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 66 años de sexo femenino, hipertensa en tratamiento y sin antecedentes de cirugías previas que debutó con clínica de suboclusión intestinal de carácter intermitente y durante más de 6 meses de evolución. En la TC preoperatoria se objetivó una solución de continuidad de 3 cm en la fascia del músculo recto izquierdo con contenido intestinal. Se realizó una laparoscopia exploratoria objetivándose el defecto de la fascia posterior del músculo recto izquierdo de un tamaño aproximado de  $5 \times 3$  cm, craneal al arco de Douglas a nivel infraumbilical, con reducción espontánea del contenido herniario. Se revisaron todas las asas intestinales las cuales no presentaban signos de complicación. Se realizó una reparación del defecto del espacio retromuscular, sobreponiendo el defecto y creando un bolsillo preperitoneal. Se introdujo una malla de doble cara de  $15 \times 10$  cm PPL + PTFE que se suturó en corona con *tackers* reabsorbibles y con un recubrimiento parcial con el peritoneo. La paciente presentó un posoperatorio inmediato favorable, con buena tolerancia oral, tránsito intestinal conservado y dolor controlado con la analgesia pautada por lo que fue dada de alta al segundo día posquirúrgico. Se realizó una TC pared abdominal al sexto mes posoperatorio donde se objetivó una malla totalmente integrada con cierre del defecto y ausencia de recidiva. La paciente actualmente sigue asintomática.



*Foto del defecto de la fascia posterior del músculo recto objetivado durante la laparoscopia exploratoria (izquierda) y plano sagital de TC abdominopélvica tras la administración de contraste intravenoso, objetivando el mismo defecto (flecha) con herniación de asas de intestino delgado a su través.*

**Discusión:** En base a la literatura actual, las hernias de fascia posterior del músculo recto del abdomen son una entidad poco común con un diagnóstico y tratamiento complejo. El abordaje laparoscópico no es la vía de elección habitualmente, aunque en caso de dudas diagnósticas puede ser una herramienta de gran utilidad que nos permite localizar de forma rápida el defecto herniario y realizar la reparación del mismo. Sin embargo, es necesario tener una familiarización con esta patología ya que el retraso diagnóstico puede conllevar a cirugías complejas que incluyan resecciones intestinales y por lo tanto, una mayor morbilidad para el paciente.