



Figura 2 – A la izquierda, la pieza extirpada: rectosíma, glutectomía mayor parcial y sacrectomía (cuarta y quinta vértebra sacra, y cóccix); a la derecha, el resultado final tras la cicatrización del colgajo miocutáneo del recto anterior del abdomen.

segunda vértebra sacra y de la S3, y b) las consecuencias ortopédicas por la alteración de la estabilidad biomecánica lumbopélvica así como las motoras por la posibilidad tener que extirpar la raíz de la primera vértebra sacra, que forma parte del nervio ciático (marcha con soporte externo).

La radioterapia no tiene lugar como tratamiento primario de los cordomas, su valor como tratamiento adyuvante preoperatorio o postoperatorio es controvertido y, desde luego, no compensa una resección subtotal de la lesión^{1,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fourney DR, Gokaslan ZL. Current management of sacral chordoma. *Neurosurg Focus*. 2003;15:1-4.
2. Fuchs B, Dickey ID, Yaszemski MJ, Inwards CY, Sim FH. Operative management of sacral chordoma. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87:2211-6.

3. Berven S, Zurakowski D, Markin HJ, Gebhardt MC, Springfield DS, Hornicek FJ. Clinical outcome in chordoma: Utility of flow cytometry in DNA determination. *Spine*. 2002;27:374-9.
4. Hullen CA, Temple T, Fox WP, Sama AA, Green BA, Eismo FJ. Oncological and functional outcome following sacrectomy for sacral chordoma. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88:1532-9.
5. García-Sabrido JL, Vega D, Calvo F, Rodríguez-Bachiller L, Díaz-Zorita B, Valdecantos E, et al. Tumores sacropélvicos primarios y secundarios. Tratamiento con cirugía radical y radioterapia intraoperatoria. *Cir Esp*. 2003;73:78-87.

Jose María Enríquez-Navascués*, José Luis Elósegui, Carlos Placer, Aintzane Lizarazu y Eloisa Villarreal

Servicio de Cirugía, Hospital de Donostia, San Sebastián, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemaria.enriqueznavascues@osakidetza.net (J.M. Enríquez-Navascués).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.04.003

Hernias pericecales: a propósito de un caso

Pericaecal Hernias: A case presentation

Las hernias pericecales son una rara variedad de hernias internas que representan hasta un 13% de éstas¹. Aunque pueden ser adquiridas, la mayoría son congénitas y se originan en recesos creados durante la adherencia y la fusión de los repliegues peritoneales alrededor de la región ileocecal en su disposición definitiva dentro de la cavidad abdominal. Usualmente se forman 4 recesos: ileocecal superior, ileocecal inferior, paracecal y retrocecal. De acuerdo con su tamaño y profundidad, estos «bolsillos» peritoneales se comportan como defectos herniarios en los que se pueden introducir asas de intestino delgado; su ampliación es progresiva al

disecar las zonas de adherencia peritoneal, formando un verdadero saco donde pueden quedar atrapadas las asas y originar una obstrucción en asa cerrada.

Los síntomas son vagos e inespecíficos y están en relación con la incarceration y su posible reducción espontánea. La mayoría se manifiesta como obstrucción intestinal indistinguible de otras causas y es una posibilidad para tener en cuenta en todo paciente sin antecedentes quirúrgicos ni hernias de la pared abdominal. Otras veces se presentan como obstrucción parcial autolimitada o con episodios recurrentes de dolor abdominal inespecífico intermitente, de

predominio en la fosa ilíaca derecha, y puede palparse una masa de asas dilatadas²⁻⁴. En estos casos, el diagnóstico diferencial incluiría enfermedad inflamatoria intestinal, procesos apendiculares, diverticulitis y neoplasias de ciego, entre otras.

Debido a la clínica inespecífica, los estudios de imagen son fundamentales para el diagnóstico^{1,5}, especialmente en los períodos sintomáticos. La tomografía computarizada (TC) es de elección en la evaluación y el tratamiento de los pacientes con obstrucción intestinal, ya que permite confirmar el diagnóstico, identificar su causa y evidenciar los signos de isquemia, que requieren una pronta intervención. Los criterios radiológicos compatibles con hernias pericecales encarceladas incluyen agrupación de asas de intestino delgado dilatadas llenas de líquido, a veces encapsuladas, que se localizan entre la pared abdominal y el ciego, al que desplazan anteromedialmente; los vasos mesentéricos están ingurgitados, elongados y convergen hacia el saco⁶⁻⁸.

En la evaluación inicial de los pacientes que se presentan con dolor abdominal crónico e inespecífico y ante la sospecha de hernia pericecal, son importantes el tránsito intestinal y el enema opaco, donde es posible apreciar en las proyecciones oblicua y lateral las asas de intestino delgado fijas postero-lateralmente al ciego, lo que indica el diagnóstico.

Las diferentes variedades de hernias internas suelen ser una enfermedad diagnosticada en urgencias y muchas veces intraoperatoriamente. El tener conocimiento sobre el tema permite su diagnóstico y su tratamiento precoz, que son de importancia debido al riesgo de estrangulación y a la alta morbimortalidad asociada a esta situación. La cirugía consiste en la reducción del contenido herniario, la resección del segmento intestinal si está afectado y el cierre del defecto; la vía laparoscópica también es posible⁹.

Presentamos el caso de una mujer de 85 años con antecedentes de diabetes mellitus, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular crónica e insuficiencia cardíaca con varios episodios de edema pulmonar agudo y anticoagulación oral con Sintrom[®], sin antecedentes quirúrgicos. La paciente acude a Urgencias de nuestro hospital enviada desde otro centro sanitario por presentar un cuadro de 48 h de evolución de dolor abdominal difuso, tipo cólico, acompañado de vómitos biliosos y distensión abdominal. Previamente, 4 días atrás, había tenido un cuadro similar pero éste cedió espontáneamente. Aporta una TC abdominal del otro centro, con diagnóstico de obstrucción intestinal por plastrón inflamatorio frente a neoplasia de ciego. A su llegada se encuentra afebril, con presión arterial de 153/57, frecuencia cardíaca de 73 lpm arrítmica. Presenta abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación en el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha, sin que haya signos de irritación peritoneal, masa palpable ni hernias. Tiene ruidos hidroaéreos aumentados.

Las pruebas complementarias realizadas al ingreso son hemograma (hemoglobina de 11,1 g/dl; hematocrito de 34%, y conteo de leucocitos de 8.63/l, con fórmula normal) y bioquímica (glucemia de 110 mg/dl; creatinina de 1,4 mg/dl; amilasa de 22 U/l; sodio de 139 mEq/l; potasio de 3,9 mEq/l, proteína C reactiva de 125 U). En la radiografía de tórax se observa derrame pleural derecho, sin neumoperitoneo. En la radiografía de abdomen se observa distensión moderada de

asas de intestino delgado y aire visible en el colon, que es de diámetro normal. En la TC abdominal se visualiza engrosamiento segmentario de un asa del intestino delgado con discreta dilatación del asa proximal a ésta, que en el estudio sin contraste se encuentra localizada en la gotiera derecha, con desplazamiento anterior y medial del ciego, con los vasos mesentéricos elongados y dirigidos hacia esa asa (fig. 1). Tras la administración de contraste oral, esa asa se desplaza hacia el mesogastrio, con cambio de orientación de los vasos mesentéricos; el engrosamiento segmentario y concéntrico de la pared persiste (fig. 2). Hay una pequeña cantidad de líquido libre en ambas gotieras y pelvis.

Con el diagnóstico de hernia pericecal reducida, la paciente permanece en observación; se le retira la anticoagulación oral, y presenta una buena evolución clínica y radiológica.



Figura 1 - Tomografía computarizada abdominal sin contraste: asa de intestino delgado engrosada (flecha blanca) localizada en la gotiera derecha con desplazamiento anterior y medial del ciego (flecha negra). Vasos mesentéricos elongados.



Figura 2 - Tras la administración de contraste, se muestra el asa desplazada hacia mesogastrio (flecha blanca), con cambio de orientación de los vasos mesentéricos. Ciego en la gotiera derecha (flecha negra).

Las hernias pericecales son una rara causa de obstrucción intestinal pero que han de tenerse en cuenta, sobre todo si no hay antecedentes quirúrgicos ni hernias inguinocurales. Su diagnóstico es posible mediante TC abdominal con contraste. En cuadros de pocas horas de evolución es posible su reducción espontánea con resolución del proceso, antes de evolucionar hacia la perforación intestinal y, en ocasiones (como en el caso presentado), la administración de contraste oral puede producir la reducción mecánica de la hernia interna. En cualquier caso, tras la resolución no quirúrgica del cuadro, es preciso la reducción de la hernia y la corrección del defecto por vía laparoscópica o mediante laparotomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, Satoh S, Hashizume T, Hataya K, et al. CT of internal hernias. *Radiographics*. 2005;25:997-1015.
2. Molto Aguado M, González Valverde FM, Barreras Mateos JA, Vázquez Rojas JL. Small intestinal strangulation due to a primary internal paracecal hernia. *Hernia*. 2007;11:457-8.
3. Rivkind AI, Shiloni E, Muggia-Sullam M, Weiss Y, Lax E, Freund HR. Paracecal hernia: A cause of intestinal obstruction. *Dis Colon Rectum*. 1986;29:752-4.
4. Bass Jr J, Longley BJ. Paracecal hernia: Case report and review of the literature. *Am Surg*. 1976;42:285-8.
5. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: Radiographic and clinical findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186:703-17.
6. Fu CY, Chang WC, Lu HE, Su CJ, Tan KH. Pericecal hernia of the inferior ileocecal recess: CT findings. *Abdom Imaging*. 2007;32:81-3.
7. Osadchy A, Keidar A, Zissin R. Small bowel obstruction due to a paracecal hernia: Computerized tomography diagnosis. *Emerg Radiol*. 2005;11:239-41.
8. Lu HC, Wang J, Tsang YM, Tseng HS, Li YW. Case report: Pericecal hernia: A report of two cases and survey of the literature. *Clin Radiol*. 2002;57:855-8.
9. Omori H, Asahi H, Inoue Y, Irinoda T, Saito K. Laparoscopic paracecal hernia repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2003;13:55-7.

Eduardo Olivo Valverde*, Francisco Bujalance Cabrera, Ana Moreno Posadas, Javier Martín Ramiro y José Luis Martínez Veiga

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eolivov@gmail.com (E. Olivo Valverde).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.009

Fenestración laparoscópica de un quiste esplénico mediante una técnica de acceso único

Laparoscopic fenestration of a splenic cyst using a single access technique

El acceso laparoscópico se ha convertido en la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades del bazo¹. Los quistes primarios o secundarios del bazo son lesiones poco frecuentes, habitualmente benignas, que en función del tamaño o de la sintomatología requieren un tratamiento quirúrgico². En función de su localización, las lesiones quísticas pueden ser tratadas mediante esplenectomía total, parcial o simplemente fenestración tras extirpar la mayor parte de la cubierta del quiste. Esta última opción es factible por laparoscopia y se considera actualmente de elección³. En los últimos meses, y tras el éxito del concepto NOTES⁴ (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery* 'cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales'), se ha demostrado la factibilidad de un acceso menos agresivo para efectuar una esplenectomía, bien de forma híbrida por vía transvaginal⁵ o mediante un abordaje exclusivamente transumbilical⁶. El objetivo de este artículo es la descripción del abordaje transumbilical por acceso único en el tratamiento de una tumoración quística benigna del bazo.

Caso clínico

Paciente de 26 años diagnosticada de una lesión quística de 12 cm de diámetro a raíz de dolor en hipocondrio izquierdo. La paciente refirió un accidente de coche 4 años antes. La tomografía computarizada (TC) abdominal mostró una lesión de aspecto benigno compatible con un quiste postraumático frente a quiste primario simple (fig. 1A y B).

Con la paciente colocada en decúbito lateral derecho se efectuó una incisión de 20 mm en la vertiente interna izquierda del ombligo. Tras la creación del neumoperitoneo se insertó un dispositivo de acceso único con 3 canales de trabajo tipo TriPort (ASC, Irlanda). Se utilizó una óptica de 10 mm de punta flexible (Olympus HD Endoeye, Hamburgo, Alemania), una óptica de 5 mm (Storz, Culver City, EE. UU.), bisturí armónico (Ultracision, Ethicon), una pinza de agarre curva de 5 mm (Richard Wolff, Vernon Hills, Ill, EE. UU.) e instrumentos de 3 mm (fig. 2).