



Hernia interna tras sigmoidectomía laparoscópica

María Díez Tabernilla, Javier Die Trill, Pedro López Hervás y Virgilio Fresneda Moreno
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. M. Díez Tabernilla.
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Ramón y Cajal.
Carretera Colmenar Viejo, km 9,100. 28049 Madrid. España.
Correo electrónico: mariadieztabernilla@gmail.com

Manuscrito recibido el 15-3-2007 y aceptado el 14-10-2007.

Se han descrito hernias internas en diferentes procedimientos laparoscópicos como en la colecistectomía, el *bypass* gástrico y la funduplicatura gástrica. Las hernias internas tras sigmoidectomía laparoscópica son excepcionales¹⁻⁴. En caso de abrir el mesocolon transverso para descender el ángulo esplénico, es recomen-

dable cerrarlo para evitar que se produzcan hernias internas.

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, intervenida en París, en agosto de 1999, por enfermedad diverticular, a la que se realizó una sigmoidectomía asistida por laparoscopia. No tenía otros antecedentes de interés.

La paciente refería episodios de náuseas, dolor y distensión abdominal de repetición, y vómitos esporádicos, desde el quinto mes posquirúrgico, que se resolvían espontáneamente tras permanecer en ayunas unas 12 horas.

Ingresó en noviembre del 2006 en el servicio de urgencias de nuestro centro con un cuadro de obstrucción intestinal e importante dolor abdominal difuso, que localizaba principalmente en fosa ilíaca izquierda.

En la exploración física se observó marcada distensión abdominal y dolor en flanco izquierdo, con ruidos hidroaéreos de carácter metálico. La analítica mostró una leucocitosis de 15.000 con neutrofilia del 78%, sin otras alteraciones.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal (fig. 1), en la que se apreció dilatación de asas del intestino delgado y una imagen compatible con un vólvulo de ciego y distensión de éste de hasta 14 mm, localizado en la fosa ilíaca izquierda, sin presencia de gas en el colon distal.

Se inició tratamiento con dieta absoluta y analgesia, pese a lo cual la paciente no mostró mejoría de su estado general, por lo que se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente.

Se realizó una laparotomía exploradora en la que se observó que el ciego estaba marcadamente distendido en el hemiabdomen izquierdo. En el mesocolon se apreció un orificio herniario a través del cual se habían desplazado asas del intestino delgado y el ciego en su totalidad.

Debido a la importante distensión cecal, no fue posible la reducción de la hernia, por lo que fue necesario descomprimir el ciego previamente mediante una apendicostomía. Posteriormente se procedió a reducir el intestino herniado, tras lo cual se cerró el orificio herniario (fig. 2) mediante una sutura continua de prolipropileno (prolene).

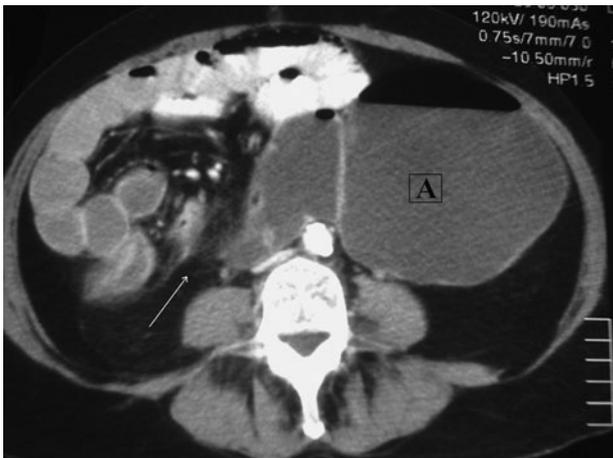


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal. A: dilatación colónica proximal a la herniación. Flecha blanca: zona de herniación.



Fig. 2. Área de herniación.

Una vez reducida la hernia, se observó buen flujo sanguíneo al ciego y éste recuperó una buena coloración, por lo que no se consideró necesaria su resección.

La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, y fue dada de alta sin ninguna complicación quirúrgica. Hasta el momento actual permanece asintomática.

La incidencia de obstrucción intestinal en pacientes a los que se ha realizado una colectomía asistida por laparoscopia es del 0,7-2,7%¹. La causa más frecuente de obstrucción en estos pacientes es la hernia a través de un orificio del trocar².

La obstrucción intestinal por una hernia interna a través del mesocolon no cerrado durante la cirugía laparoscópica es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. No obstante algunos casos han sido ya publicados en la literatura en diferentes procedimientos como colectectomía, *bypass* gástrico y funduplicatura gástrica¹⁻⁴.

La apertura del mesocolon transverso para descolgar el ángulo esplénico del colon en las colectomías izquierdas es un método utilizado muy asiduamente por determinados grupos de laparoscopistas. Este defecto, que habitualmente se cierra en el transcurso de un abordaje abierto, frecuentemente no se corrige durante la intervención por vía laparoscópica.

En cirugía laparoscópica la formación de adherencias es menor y menos extensa que en cirugía abierta, por lo que, en caso de que no se cierre este defecto, existe un mayor riesgo de que se produzca una hernia interna.

La mayoría de los casos presentaron un cuadro de obstrucción intestinal en los primeros meses del postoperatorio, debidos a la herniación de un asa de intestino delgado a través del orificio en el mesocolon, produciendo un cuadro agudo de obstrucción intestinal.

En este caso, el gran tamaño del defecto transmesocólico permitió el paso de gran cantidad de intestino delgado y del ciego, lo que fue crucial en la aparición muy tardía de la obstrucción, y la presentación previa de crisis suboclusivas de repetición durante años.

Si bien se han descrito pocos casos de hernia interna tras sigmoidectomía asistida por laparoscopia, la existencia de éstos obliga a reflexionar sobre la conveniencia de

realizar el cierre del defecto mesocólico para evitar la morbilidad asociada a cuadros similares. Dentro de las diferentes opciones de cierre de dicho espacio, se debe elegir un material de sutura no reabsorbible, similar al modo en que se realizaría en una intervención abierta, sin que se haya demostrado clara ventaja entre un tipo u otro de sutura, o la realización de ésta a modo de puntos sueltos o continua.

Nagata et al¹ exponen que no consideran necesario el cierre de todos los orificios transmesocólicos, sino sólo aquellos de menor calibre por ser susceptibles de causar hernia intestinal. Kawamura et al² y Elio et al⁴, sin embargo, recomiendan el cierre sistemático del defecto del mesocolon.

Desde nuestro punto de vista, se debe cerrar el defecto, independientemente de su tamaño, para evitar nuevos casos como el descrito.

Este caso también nos hace reconsiderar el seguimiento y la estrategia de actuación ante pacientes intervenidos de cirugía abdominal que presenten cuadros suboclusivos de repetición, muchos de ellos autolimitados, que se justifican etiológicamente como adherencias. En aquellos pacientes en los que el cuadro sea recidivante, con empeoramiento progresivo, o con una inadecuada resolución del episodio agudo se debería realizar un estudio con pruebas de imagen complementarias (enema opaco, estudio gastroduodenal con contraste de bario, TC, etc.) para descartar la presencia de una hernia interna subyacente. Más aún en los abordajes por vía laparoscópica, donde se presupone una menor formación de adherencias, en los que se conozca o

sospeche que no se ha cerrado adecuadamente el defecto en el mesocolon.

El abordaje laparoscópico ha demostrado en cirugía colorrectal resultados equivalentes o superiores respecto al abordaje abierto, en lo que a morbilidad, evolución postoperatoria y estancia hospitalaria se refiere^{5,6}.

Se han descrito casos de hernias internas transmesocólicas en pacientes intervenidos de sigmoidectomía asistida por laparoscopia, si bien la incidencia es muy baja.

Se deben cerrar los defectos del mesocolon en la cirugía laparoscópica, debido a que en ésta las adherencias entre asas son menores y, por tanto, mayor la capacidad de deslizamiento de ellas por posibles defectos herniarios.

Bibliografía

1. Nagata K, Tanaka JI, Endo S, Tatsukawa K, Hidaka E, Kudo SE. Internal hernia through the mesenteric opening after laparoscopy-assisted transverse colectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2005;15:177-9.
2. Kawamura YJ, Sunami E, Masaki T, Muto T. Transmesenteric hernia after laparoscopic-assisted sigmoid colectomy. *JLS.* 1999;3:78-81.
3. Blanc P, Delacoste F, Atger J. A rare cause of intestinal obstruction after laparoscopic colectomy. *Ann Chir.* 2003;128:619-21.
4. Elio A, Veroneses E, Frigo F, Residoni C, Salvato S, Orcalli F. Ileal volvulus on internal hernia following left laparoscopic-assisted hemicolectomy. *Surg Laparosc Endosc.* 1998;8:477-8.
5. Cuschieri A. La cirugía laparoscópica en Europa: ¿hacia dónde vamos? *Cir Esp.* 2006;79:10-21.
6. Manterola C, Pineda V, Vial M. Resección abierta frente a laparoscopia en el cáncer de colon no complicado. Revisión sistemática. *Cir Esp.* 2005;78:28-33.