



Tratamiento laparoscópico de hernia paraduodenal complicada

Alejandro Weber Sánchez,* Carlos Bravo Torreblanca,** Denzil Garteiz Martínez,**
Rafael Carbó Romano,** Felipe Vega Rivera,** Carlos Gutiérrez***

Resumen

La hernia paraduodenal es una rara entidad que representa del 30 al 53% de todas las hernias internas. Presentamos el caso de una paciente de 55 años, con múltiples cirugías abdominales, tromboastenia de Glanzmann, con cuadro clínico de oclusión intestinal, el cual no resolvió con manejo médico, por lo que se realizó laparoscopia diagnóstica que evidenció una hernia paraduodenal, realizando liberación del intestino herniado y cierre del orificio herniario. Quince días después presentó nuevamente cuadro de oclusión intestinal. El tránsito intestinal mostró una obstrucción casi completa al paso del medio de contraste en la cuarta porción del duodeno, a pesar de estar resuelta la hernia, la cual no respondió al tratamiento conservador, por ello se realizó nueva laparoscopia en la cual se observó una intensa fibrosis a ese nivel, siendo difícil liberarla debido a la cercanía con la arteria mesentérica superior, por lo cual se realizó gastro-yeyunoanastomosis en Y de Roux por laparoscopia, evolucionando sin complicaciones. Se revisó la literatura de esta patología poco común.

Palabras clave: Hernia paraduodenal, obstrucción duodenal, laparoscopia, hernia compleja.

Abstract

Paraduodenal hernias are a rare entity that represents 30 to 53% of all the internal hernias. The aim of this manuscript is to present the case of a 55-year-old female, with multiple abdominal surgeries, Glanzmann's thrombasthenia, with intestinal occlusion that didn't resolve with medical treatment. A diagnostic laparoscopy was performed which demonstrated a paraduodenal hernia; intestinal liberation and closing of the hernial orifice was performed. Fifteen days later she presented again with intestinal occlusion. The upper gastrointestinal contrast films showed an incomplete obstruction in the fourth portion of the duodenum, in spite of the resolution of the hernia, which did not respond to the conservative treatment; a new laparoscopy was performed in which an intense fibrosis process was observed at this level, being difficult to liberate specially because of the adhesion to the superior mesenteric artery. A laparoscopic Roux in Y gastro-jejunal anastomosis was performed and she was discharged without complications. We reviewed the literature of this uncommon pathology.

Key words: Paraduodenal hernia, duodenal obstruction, laparoscopy, complex hernia.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de una hernia paraduodenal (HPD) fue realizada en 1786.¹ Esta rara entidad representa del 30 al 53% de todas las hernias internas.² La laparoscopia es una opción atractiva para resolver estos casos.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con múltiples cirugías abdominales, tromboastenia de Glanzmann y HPD izquierda, la cual se trató con laparoscopia. Así como revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años de edad, con antecedentes de apendicectomía, colecistectomía y abdominoplastia, que

* Jefe del Departamento de Cirugía General.

** Cirujano General.

*** Diplomado de Cirugía Laparoscópica Avanzada.

Hospital Ángeles Lomas.

Abreviaturas:

HPD: Hernia paraduodenal.

Correspondencia:

Dr. Alejandro Weber Sánchez

Vialidad de la Barranca s/n C410

Valle de las Palmas, Huixquilucan

Estado de México, 52763

México

Tel: 52469527

Correo electrónico: awebersanchez@gmail.com

ingresó al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal epigástrico de 8 horas de evolución, súbito, de intensidad 6/10, acompañado de distensión abdominal, constipación y sin canalizar gases. El dolor aumentó de intensidad hasta llegar a ser 10/10. A su ingreso se encontró con taquicardia, signos de deshidratación, el abdomen globoso a expensas de distensión abdominal, doloroso y timpánico en epigastrio con peristalsis de lucha. La biometría hemática mostró 11,500 leucocitos, resto de los exámenes de laboratorio sin alteraciones, en las placas de abdomen se observó distensión anormal de asas de intestino delgado proximal.

Se inició hidratación intravenosa, descompresión por sonda nasogástrica y analgésico sin tener mejoría por más de 24 horas, por lo que se llevó a quirófano, realizando una laparoscopia diagnóstica en la cual se evidenció que tenía múltiples adherencias de epiplón a pared, así como una parte del intestino herniado en una cavidad paraduodenal (Figura 1) con abundante tejido fibrótico a nivel de ligamento de Treitz. Se realizó liberación del intestino herniado, lisis de las adherencias y cierre del orificio herniario (Figura 2). Durante el procedimiento se observó sangrado anormal en capa, utilizando ácido aminocaproico durante el periodo trans y postoperatorio y se solicitó al día siguiente interconsulta con hematología. Los estudios hematológicos demostraron tromboastenia de Glanzmann. La paciente egresó dos días posteriores a la intervención sin problemas y tolerando la dieta blanda. La paciente evolucionó bien después de la cirugía hasta 10 días después que inició con incapacidad progresiva para tolerar la vía oral, vómito biliar, distensión abdominal y dolor, por lo que se realizó tránsito intestinal (Figura 3), que mostró muy poco paso del medio de contraste más allá de la cuarta porción del duodeno, por lo que se realizó nueva laparoscopia en la que se

observó distensión gástrica y del duodeno, con zona de estrechez a nivel de la cuarta porción del duodeno, con abundante tejido fibrótico con adherencias firmes a la zona de la arteria mesentérica superior, por lo que se realizó gastro – yeyunoanastomosis en Y de Roux para evitar lesionar dicha estructura (Figura 4). La paciente evolucionó satisfactoriamente dándose de alta a los 4 días tolerando satisfactoriamente la dieta. Actualmente la paciente se encuentra asintomática después de 6 meses de su última cirugía.

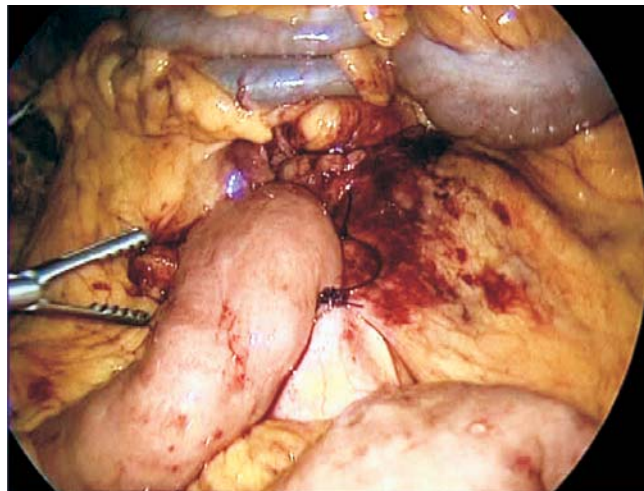


Figura 2. Cierre laparoscópico de hernia.

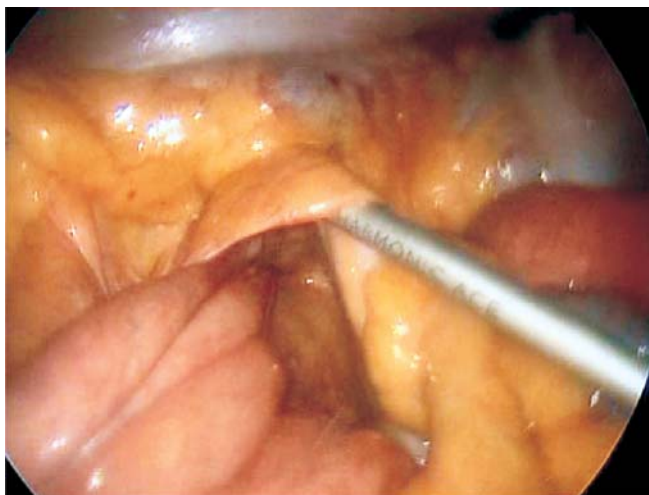


Figura 1. Hernia paraduodenal izquierda.

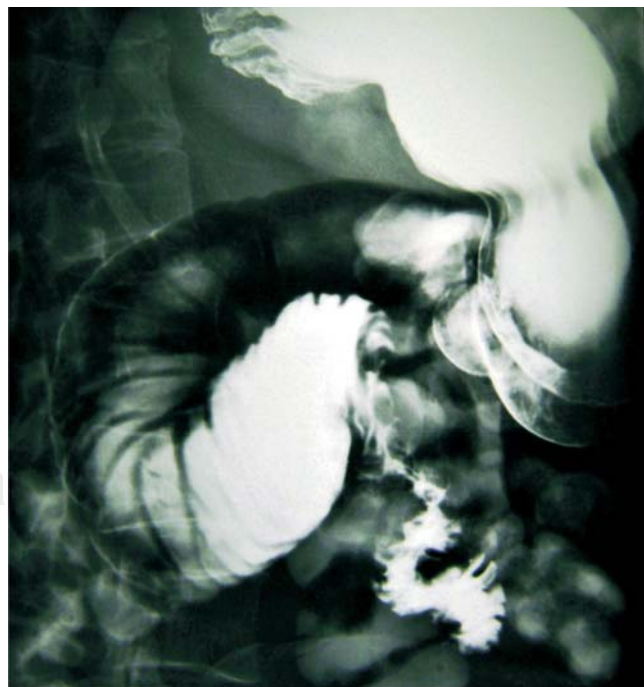


Figura 3. Tránsito intestinal.

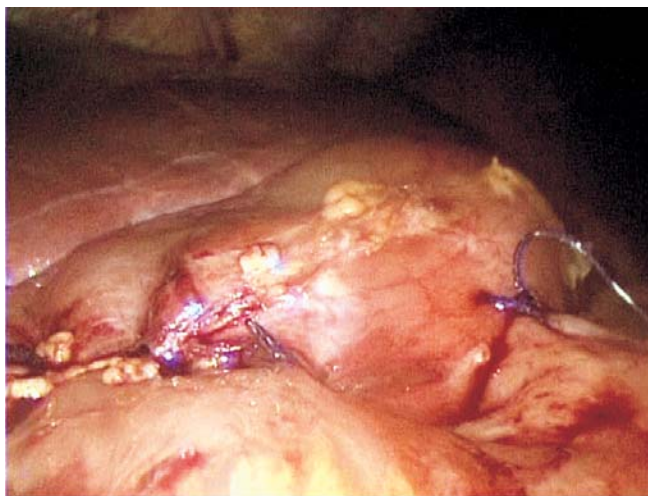


Figura 4. Gastro-yeyunoanastomosis en Y de Roux.

RESULTADOS

Se encontraron 217 artículos con la palabra «hernia paraduodenal»; en la base de datos PubMed, en su mayoría reporte de casos, de los cuales 103 se refieren al tratamiento quirúrgico y sólo 18 casos se reportaron con tratamiento por vía laparoscópica. Ninguno de ellos en idioma español.

DISCUSIÓN

Una hernia interna se define como la protrusión de una víscera a través de un orificio natural o no natural intraabdominal.³ Actualmente las hernias internas se han clasificado por su localización en paraduodenales, del foramen de Winslow, pericecales, intersigmoideas, transmesentéricas, transepiplóicas, retroanastomóticas, pélvicas y supravesicales.^{4,5} Las HPD también denominadas mesocólicas, mesentericoparietocólicas o retroperitoneales son el tipo de hernia interna más frecuente. Las HPD son tres veces más frecuentes en hombres que en mujeres, constituyen del 30 a 53% del total de las hernias internas y representan el 0.5-1% del total de pacientes con cuadro clínico de obstrucción intestinal.²

La primera descripción de una HPD fue realizada por Neubauer,¹ en 1786. En 1889, Jonnesco⁶ describió dos tipos de HPD, derecha e izquierda, siendo la más común del lado izquierdo. Sin embargo Moynihan³ en 1906 reportó nueve diferentes fosas cercanas al duodeno, indicando que la fosa de Landzert es sitio de origen de las HPD izquierdas, mientras que la fosa de Waldeyer es de las hernias del lado derecho. Andrews⁷ en 1923 postuló que el origen de las HPD derechas es debido a una rotación incompleta del intestino durante la etapa embrionaria; mientras que Callander, en 1935 indicó que el origen de las HPD izquierdas es por una falta de fusión entre el perito-

neo parietal y la pared posterior del abdomen, dejando espacios o fosas en las cuales el intestino queda atrapado.⁸ Wilwerth en 1974 describió un tercer tipo llamado HPD transversas, las cuales son muy raras.⁹

Estudios realizados mediante autopsia han observado la presencia de la fosa de Landzert, origen de las HPD izquierdas, en 2% de los casos estudiados.¹⁰

Su presentación clínica más frecuente es la de una obstrucción intestinal alta y completa, como la que se dio en esta paciente, pero también puede ocasionar síntomas vagos e intermitentes manifestados como cuadros repetitivos y autolimitados de obstrucción intestinal parcial caracterizados por náusea, vómito, dolor abdominal postprandial, pérdida de peso, y constipación.²⁻⁴ El promedio de edad al momento del diagnóstico de este problema es en la cuarta década de la vida.¹¹

El diagnóstico suele ser difícil, en especial en los casos en los que existe el antecedente de cirugías previas. Los hallazgos tomográficos característicos de una HPD izquierda son la presencia de asas intestinales atrapadas entre el estómago y el páncreas, a nivel del ligamento de Treitz con distensión de asas y niveles hidroaéreos, mientras que en las del lado derecho generalmente se observa acumulación de asas de intestino delgado en el hemiabdomen superior derecho en estrecha relación con la arteria mesentérica superior.¹² Hallazgos frecuentes de las series esófago-gastroduodenales en estos casos son: posición anormal de la tercera porción duodenal, presencia de un conglomerado ovoideo de asas intestinales y en casos de HPD derechas, la ausencia de imagen de asas intestino delgado a nivel de pelvis.¹³

El tratamiento es quirúrgico en todos los casos, siendo el de la HPD izquierdas la liberación del segmento intestinal afectado y cierre del orificio herniario,¹⁴ sin embargo en algunos casos, como el de nuestra paciente, la intensa adhesión a grandes vasos o procesos fibrosos por cirugías previas constituyen un verdadero reto para el cirujano.

La morbilidad y mortalidad reportada es del 33%,^{3,4} especialmente en los casos en los cuales está comprometida la vascularidad que obliga a resecar grandes extensiones de intestino que puede generar un síndrome de malabsorción.^{14,15}

Esta paciente se ocluyó nuevamente, aunque por un mecanismo diferente y no por recurrencia de la hernia. El intenso proceso fibroso, la cercanía a la arteria mesentérica superior y el diagnóstico efectuado después de la primera cirugía, de tromboastenia de Glanzmann con riesgo de sangrado, favorecieron la opción por una derivación gastrointestinal que resolvió el problema adecuadamente. La paciente se encuentra asintomática, tolerando la vía oral y sin datos de oclusión después de 6 meses de seguimiento. Suponemos que el intenso proceso fibroso que ocasionó el segundo cuadro oclusivo después de haber resuelto la hernia, pudo haberse debido a un sangrado residual en esa zona provocado por su patología hematológica.

CONCLUSIÓN

Las HPD son infrecuentes y de diagnóstico difícil, por lo que el cirujano debe pensar en esta posibilidad en caso de

una oclusión intestinal alta. La cirugía laparoscópica es una opción atractiva para resolver el problema y como en este caso, aun de resolver una complicación posterior como la que sufrió esta paciente por un método miniinvasivo.

REFERENCIAS

1. Neubauer JE. Descriptio anatomica parissimi peritonaei conceptaculi tenuia intestine a reliquis abdominis sedusa tenentis. In: *Opera Anatomica Collecta*. Francofurti: Georgius Conradus Hinder. 1786.
2. Manji R, Warnock G. Left paraduodenal hernia: an unusual cause of small bowel obstruction. *Can J Surg* 2001; 44: 455-457.
3. Khan MA, Lo AY, Vande-Maele DM. Paraduodenal hernia. *Am Surg* 1998; 64: 1218-1222.
4. Finck C, Barker S, Simon H, Marx W. A novel diagnosis of the left paraduodenal hernia through laparoscopy. *Surg Endosc* 2000; 14: 87.
5. Omori H, Asahi H, Inoue Y, Irinoda T, Saito K. Laparoscopic paracecal hernia repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2003; 13(1): 55-57.
6. Jonnesco T. Hernies internes retro-peritoniales ou hernies formées dans les forsettes normales du péritoine. Hernies duodénales. *Hernies pericaecales*. Hernies intersigmoïdes, hernies à travers l'hiatus de Winslow. Paris: G. Steinheil. 1890.
7. Andrews E. Duodenal hernia: A misnomer. *Surg Gynecol Obstet* 1923; 37: 740-750.
8. Catlander LC, Rusy GY, Nemir A. Mechanisms, symptoms and treatment of hernia into the descending mesocolon (left paraduodenal hernia). *Surg Gynecol Obstet* 1935; 60: 1052-71.
9. Wilwerth BM, Zollinger RM, Izant RJ. Congenital mesocolic (paraduodenal) hernia. *Am J Surg* 1974; 128: 358.
10. Peltier J, Le Gars D, Page C, Yzet T, Laude M. The duodenal fossae: anatomic study and clinical correlations. *Surg Radiol Anat* 2005; 27: 303-307.
11. Hansmann GH, Morton SA. Intra-abdominal herniae. Report of a case and review of literature. *Arch Surg* 1939; 39: 973-86.
12. Warshauer DM, Mauro MA. CT diagnosis of paraduodenal hernia. *Gastrointest Radiol* 1992; 17: 13-15.
13. Exner FB. The roentgen diagnosis of right paraduodenal hernia: Report of a case with survey of the literature. *Am J Roentgenol* 1933; 29: 585-99.
14. Dritsas ER, Ruiz O, Kennedy GM, Blackford J, Hasl D. Paraduodenal hernia: A report of two cases. *Am Surg* 2001; 67: 733-736.
15. Uematsu T. Laparoscopic repair of a paraduodenal hernia. *Surg Endosc* 1998; 12: 50-52.