

AUTOR/ES: María Carral Freire/ Marlen Alvite Canosa/ Marta Seoane Vigo/ Jorge Pérez Grobas/ María Berdeal Díaz/ Rosa Álvarez Seoane/Carlos Gómez Freijoso

INSTITUCIÓN: Servicio Cirugía General A , Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

La hernia interna congénita es un cuadro poco frecuente de clínica variable. Supone entre el 0.2% y 0.9% de las obstrucciones de intestino delgado, de las cuales hasta el 50% son hernias paraduodenales congénitas.

A pesar de ser una patología congénita, la edad media al diagnóstico es de 38 años. Presentamos el caso de un paciente intervenido de hernia paraduodenal izquierda congénita incarcerada.

CASO CLÍNICO

Varón de 24 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de tres días de evolución acompañado de náuseas, vómitos y aerofagia. Refiere última deposición hacía tres días. En la exploración física el abdomen está discretamente distendido y timpánico con dolor a la palpación difusa. No se palpan hernias. El tacto rectal no muestra alteraciones. La analítica de sangre es normal. La Rx abdominal muestra niveles hidroaéreos de asas de Intestino Delgado (I D). Se realiza TAC abdominal en el que se aprecia distensión de asas de ID con líquido libre en pelvis en probable relación con herniación interna de íleon distal.

RESULTADOS

Se interviene al paciente de forma urgente hallándose obstrucción intestinal secundaria a hernia paraduodenal izquierda congénita sin datos de sufrimiento intestinal. Se realiza liberación de las asas de ID del saco herniario, con cierre del mismo y fijación del duodeno al mesenterio. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al 6º día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La hernia interna paraduodenal congénita es un cuadro infrecuente que frecuentemente se presenta como episodios de dolor abdominal inespecífico y autolimitado que conlleva a muchas pruebas diagnósticas infructuosas e infradiagnóstico. Tanto el TAC y como el tránsito intestinal son limitados en caso de obstrucción parcial, por lo que raramente se diagnostican de forma preoperatoria. Su diagnóstico debe ser sospechado en paciente joven con clínica de suboclusión / obstrucción sin antecedentes de interés, evitando así complicaciones de la estrangulación herniaria al indicar un tratamiento quirúrgico temprano o, en casos menos agudos, evitando el incorrecto diagnóstico y tratamiento de un paciente crónico.