



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

7. Tehseen S, Rapkin L, Schemankewitz E, Magliocca JF, Romero R. Successful liver transplantation for non-resectable desmoplastic nested spindle cell tumor complicated by Cushing's syndrome. *Pediatr Transplant.* 2017;21. 10.1111/ptr.13000.
8. Garg I, Baladron Zenetti MJ, Kendi AT. Nested stromal-epithelial tumor of liver with recurrent extrahepatic metastasis: role of fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography. *Indian J Nucl Med.* 2017;32:372-3.
9. Meletani T, Cantini L, Lanese A, Nicolini D, Cimadamore A, Agostini A, et al. Are liver nested stromal epithelial tumors always low aggressive? *World J Gastroenterol.* 2017;23:8248-55.
10. Misra S, Bihari C. Desmoplastic nested spindle cell tumours and nested stromal epithelial tumours of the liver. *APMIS.* 2016;124:245-51.

María Pérez Reyes*, Belinda Sánchez Pérez, Francisco Javier León Díaz, Julio Santoyo Villalba y Julio Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.perezreyes1991@gmail.com (M. Pérez Reyes).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.07.004>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Urgencias quirúrgicas no relacionadas con la pandemia COVID-19. Caso clínico: hernia interna yeyunal complicada con necrosis intestinal en el ligamento ancho útero-ovárico



Covid No-related Surgical Emergencies During COVID-19 Time. Case Report: Broad Ligament Internal Hernia With Associated Small Bowel Necrosis

La hernia interna es responsable de menos del 1% de la oclusión intestinal. La herniación a través del ligamento ancho útero-ovárico (LAUO) es una afección rara que constituye menos del 7% de todas las hernias internas¹. Durante la pandemia de la COVID-19 múltiples factores han inducido en la población un estado legítimo de evitar acudir a urgencias y evitar un riesgo conceptualmente más elevado de infección por SARS-CoV-2. Inevitablemente los pacientes tienden a minimizar la gravedad de sus síntomas y llegan al hospital tarde, con una patología urgente y grave.

El objetivo de nuestro artículo es presentar un caso de obstrucción intestinal evolucionada en el que se hubiese podido evitar o minimizar la resección intestinal si la paciente hubiese acudido precozmente a urgencias. En el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 hemos detectado este problema en los servicios de urgencias, con la aparición de casos más evolucionados. Especialmente hemos detectado casos de abscesos periapendiculares y casos de diverticulitis Hinchey 3 y 4 que en nuestro centro solemos encontrar en fase más temprana de la enfermedad.

Se presenta el caso de una paciente de 43 años con antecedentes de resección laparoscópica de quiste uterino 15 años antes. La paciente acude a nuestro hospital tras un cuadro de dolor cólico rápidamente evolutivo y persistente desde 24 h, acompañado de vómitos. A pesar de la intensidad

del dolor abdominal y de la gravedad de sus síntomas, la paciente decidió no acudir al hospital rápidamente.

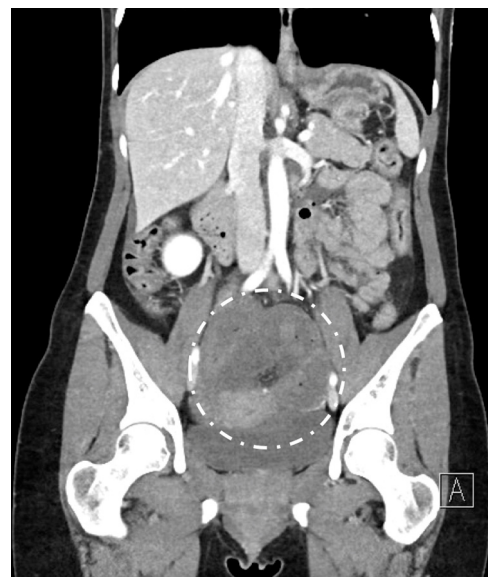


Figura 1 – Tomografía computarizada: imagen de la obstrucción intestinal con sufrimiento del asa de intestino delgado.

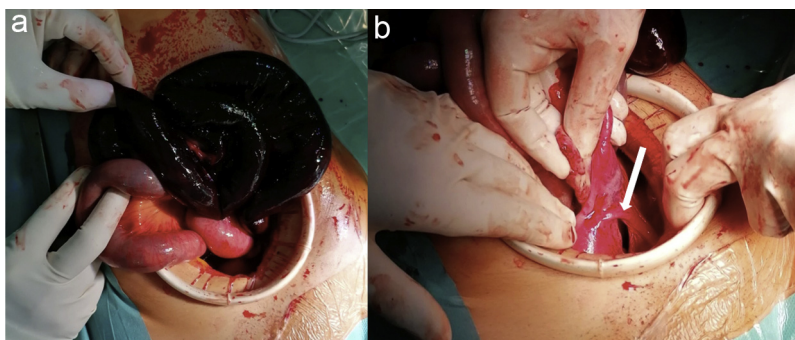


Figura 2 – a) Asa de intestino delgado necrótica. b) Defecto del ligamento ancho (tipo ventana según Hunt, tipo 3 según Cilley).

En urgencias, la paciente presenta distensión abdominal con dolor en el hemiabdomen inferior e irritación peritoneal a la palpación. La analítica muestra un síndrome inflamatorio con leucocitosis moderada (12.460 G/l de glóbulos blancos), una proteína C reactiva normal, LDH a 232 U/l y anemia leve a 10,9 g/dl de hemoglobina. La tomografía computarizada abdominal muestra una obstrucción intestinal mecánica con dilatación y signos de necrosis intestinal (fig. 1) con una sospecha de hernia interna estrangulada con zona de transición localizada en la pelvis. Se decide ingresar a la paciente y realizar intervención, y aplicamos el protocolo COVID-19 de nuestra institución, que conlleva realizar un test nasofaríngeo y una TC torácica; las pruebas complementarias no muestran signos de COVID-19 (resultados negativos).

El abordaje fue laparoscópico, encontrando un segmento intestinal de íleon necrótico de 70 cm debido a una herniación interna de este en un foramen del LAUO izquierdo (fig. 2a). Por laparoscopia localizamos el defecto en el LAUO izquierdo de tipo ventana, según la clasificación de Hunt (fig. 2b)². En vista de la dilatación del yeyuno proximal a la hernia y la necrosis ileal observada, se decidió reconversión en laparotomía pero con una incisión adaptada de 10 cm. Se reseccó el intestino necrótico realizando una anastomosis mecánica latero-lateral a unos 30 cm de la válvula de Bauhin. El defecto del LAUO de 3 cm (tipo 3 según la clasificación de Cilley, fig. 2b)³ se cerró con una sutura de hilo barbado 3-0 no absorbible.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta al tercer día de postoperatorio. El control clínico a un mes postoperatorio ha sido sin particularidad.

Quain describe la primera hernia interna del LAUO en 1861 como un hallazgo de autopsia⁴. En 1934, Hunt propone una clasificación para este tipo de hernia interna. El tipo ventana muestra un defecto completo, es decir, de las dos capas peritoneales a través en el LAUO, y el tipo *pouch* muestra un defecto parcial de una sola capa peritoneal, anterior o posterior².

En 1986, Cilley describió los defectos del ligamento ancho según la localización anatómica: tipo 1 cuando se localizan caudalmente al LAUO, tipo 2 cuando se sitúan por encima del

ligamento redondo, y tipo 3 cuando los defectos están entre el ligamento redondo y el resto del LAUO a través del mesoligamento redondo³.

El diagnóstico es intraoperatorio. Debe sospecharse en pacientes mujeres con síndrome obstructivo y sin antecedentes de laparotomía.

El origen del defecto generalmente es adquirido. Así, el embarazo, el parto, la enfermedad inflamatoria pélvica, la endometriosis o la cirugía son las causas más habituales. Debe sospecharse una causa congénita en pacientes nulíparas sin ningún evento ginecológico previo^{1,5}.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en la reducción de la hernia encarcerada, resección si procede del intestino necrótico y cierre del defecto. La laparoscopia se presenta como una opción segura y con una morbilidad comparable y una recuperación más temprana⁵⁻⁹. El abordaje mínimamente invasivo debe considerarse en el diagnóstico y el tratamiento de la hernia interna.

La hernia del defecto del LAUO es una urgencia quirúrgica a sospechar y añadir a la lista de diagnóstico diferencial en pacientes de sexo femenino con síndrome obstructivo o dolor suprapúbico, y más en pacientes sin ninguna laparotomía previa. El diagnóstico y la cirugía precoz reducen la morbi-mortalidad por estrangulamiento.

Universalmente¹⁰, debido a la pandemia de COVID-19 se ha creado un momento muy especial dentro del cual muchos pacientes demoran su llegada al hospital a pesar de una sintomatología grave y persistente por miedo a contraer la infección por SARS-CoV-2 en el hospital. Esto hace que ciertas afecciones tiendan a agravarse en cuanto a la morbimortalidad normalmente esperada.

Financiación

Declaramos ausencia de financiación para este artículo.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la ayuda del servicio médico de cirugía general y visceral del hospital de Luxemburgo, así como el gran trabajo realizado por el equipo de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karmali S, Zurawin RK, Sherman V. Herniation through the broad ligament. *CMAJ*. 2010;182:174.
2. Hunt AB. Fenestrae and pouches in the broad ligament as an actual and potential cause of strangulated intra-abdominal hernia. *Surg Gynecol Obstet*. 1934;58:906-13.
3. Cilley R, Poterack K, Lemmer J, Dafoe D. Defects of the broad ligament of the uterus. *Am J Gastroenterol*. 1986;81:389-91.
4. Slezak FA, Schlueter TM. Hernia of the broad ligament. En: Nyhus LM, Condon RE, editores. *Hernia*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. p. 491-7.
5. Suzuki M, Takashima T, Funaki H, Uogishi M, Isobe T, Kanno S, et al. Radiologic imaging of herniation of the small bowel through a defect in the broad ligament. *Gastrointest Radiol*. 1986;11:102-4.
6. Agresta F, Michelet I, Candiotti E, Bedin N. Incarcerated internal hernia of the small intestine through a breach of the broad ligament: Two cases and a literature review. *JSLs*. 2007;11:255-7.
7. Toolabi K, Zamanian K, Parsaei AR. Bowel obstruction caused by broad ligament hernia successfully repaired by laparoscopy. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100:e94-6.
8. Ozben V, Aliyeva Z, Barbur E, Guler I, Karahasanoglu T, Baca B. Laparoscopic management of incarcerated broad ligament hernia in a patient with bilateral parametrium defects — a video vignette. *Colorectal Dis*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.15039>.
9. Takeyama H, Kogita Y, Nishigaki T, Yamashita M, Aikawa E, Hoshi M, et al. Broad ligament hernia successfully repaired by single-incision laparoscopy: A case report. *Asian J Endosc Surg*. 2018;11:274-6.
10. Shah SGS, Farrow A. A commentary on “World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)”. *Int J Surg*. 2020;76:128-9.

Beniamino Pascotto*, Virginie Poulain, Barbara Ghistelinck y Juan Santiago Azagra

Departamento de Cirugía General y Visceral, Centro Hospitalario de Luxemburgo, Luxemburgo, Luxemburgo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ben.pascotto@gmail.com (B. Pascotto).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.06.015>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

Tratamiento miniinvasivo de la fístula colouterina de origen diverticular



Mini-invasive treatment of colouterine fistula of diverticular origin

La diverticulosis colónica es una entidad común que causa un proceso inflamatorio agudo en aproximadamente el 20% de los pacientes¹. Alrededor del 20% de los pacientes intervenidos en forma electiva por complicaciones de la diverticulosis lo hacen por una fístula del colon con otro órgano, siendo la fístula colovesical la más frecuente y la colouterina una de las más inusuales². Actualmente el tratamiento miniinvasivo de la enfermedad diverticular incluye la utilización de cirugía videolaparoscópica³ y la aplicación de programas de optimización perioperatoria o ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*)⁴.

Presentamos el caso de una mujer de 65 años con una fístula colouterina secundaria a enfermedad diverticular complicada, tratada mediante resección laparoscópica del colon sigmoideos con preservación del útero en el marco de un programa ERAS⁵.

Se trata de una paciente con cirugía laparoscópica por endometriosis 30 años atrás, colonoscopia reciente que sólo mostraba divertículos en colon sigmoideos, tabaquismo y

obesidad (IMC 32 kg/m²). La paciente consultó por flujo vaginal purulento, sin otras manifestaciones clínicas, dos meses después de haber recibido tratamiento médico por primer episodio de diverticulitis aguda. Al examen colposcópico presentaba salida de pus por cuello uterino y leve dolor a la movilización del mismo.

Se realizó enema opaco con doble contraste que mostró como único hallazgo patológico formaciones diverticulares sin signos de complicación y una resonancia magnética que identificó una fístula entre el colon sigmoide y el útero con características inflamatorias (fig. 1).

La paciente fue incluida en un programa ERAS, realizó preparación intestinal prequirúrgica mediante enema y se administró profilaxis antibiótica durante la inducción anestésica. Se realizó laparoscopia exploradora electiva observándose un proceso inflamatorio entre el colon sigmoideos y el útero. Se procedió al desmontaje de la fístula colouterina mediante el uso de electrocauterio (fig. 2). Se completó