

Cartas al Director

Hernia interna a través del hiato de Winslow asociada a rotación incompleta del intestino medio

Palabras clave: Hiato de Winslow. Herniación interna. Rotación intestinal incompleta.

Key words: Winslow's foramen. Internal herniation. Incomplete intestinal rotation.

Sr. Director:

Describimos un caso de herniación interna de ciego y colon ascendente a través del hiato de Winslow (HW) asociada a rotación incompleta (RII) del intestino medio.

Caso clínico

Varón de 52 años consultado por dolor epigástrico intenso de 12 horas evolución. Refiere parto prematuro, cardiopatía isquémica y triple by-pass coronario. *Exploración física:* distensión epigástrica; dolor y timpanismo a ese nivel. *Radiografía de abdomen:* distensión aérea epigástrica y anormal distribución del gas intestinal. TC abdominal (Fig. 1). Se sugiere el diagnóstico de herniación interna y RII. *Laparotomía:* paso de derecha a izquierda de todo el colon ascendente a través del HW (Fig. 2). Apendicostomía para aspiración del gas colónico; apendicectomía y reducción del colon herniado que no presentaba daño isquémico. *RII del intestino medio:* el duodeno está más a la derecha de su posición normal, alargado, pero relativamente fijo al retroperitoneo; el intestino delgado se sitúa en la mitad derecha del abdomen, con un mesenterio de longitud intermedia y un discreto desplazamiento a la derecha del ángulo

de Treitz; ciego, unión ileocecal y colon ascendente móviles y en posición central y superior.

Postoperatorio sin complicaciones manteniéndose asintomático a los cuatro años de su intervención.

Discusión

Se han descrito menos de 200 casos de hernia interna a través del hiato de Winslow (HHW), relacionados generalmente con defectos anatómicos congénitos o adquiridos (1,2). La afectación más frecuente corresponde al *colon*, *intestino delgado* y, raramente, a la *vesícula biliar* (2,3). Suele existir oclusión con isquemia de grado variable, pero puede también presentarse como ictericia obstructiva, cólico biliar, pancreatitis secundaria y herniación no sintomática (4,5). Se han relacionado casos con la funduplicatura de Nissen y colecistectomía laparoscópica (4,6).

La llamada "malrotación" o RII rara vez se reconoce como factor causal de la HHW pero su presencia puede facilitar el mecanismo de herniación a través de este espacio anatómico u otros defectos adquiridos (7).

El *hiato de Winslow* o foramen epiploico representa el espacio existente entre la vena porta y la vena cava inferior, comunicación virtual entre la cavidad peritoneal mayor y la transcavidad de los epiplones. Se encuentra obliterado por la propia presión intraabdominal, pero es fácilmente franqueable. Una herniación intestinal a través del HW suele iniciarse de derecha a izquierda y progresar de dos formas: a) disecando el espacio hialal y ocupando la transcavidad de los epiplones con desplazamiento del *estómago hacia delante* y *a la izquierda* (8); o, b) protruyendo la delgada lámina que constituye el epiplón menor hasta romperla, con la consiguiente angulación de la víscera herniada hacia delante dejando al *estómago en situación posterior*, como en el caso descrito (9). Raramente la HHW se desarrolla de izquierda a derecha y, en ellas, la presión de la víscera sobre el epiplón menor permite franquear el hiato y emerger por el lado derecho (5).

El diagnóstico preoperatorio certero o de sospecha de la HHW sólo se obtiene en un 10% de los casos y la rápida indi-

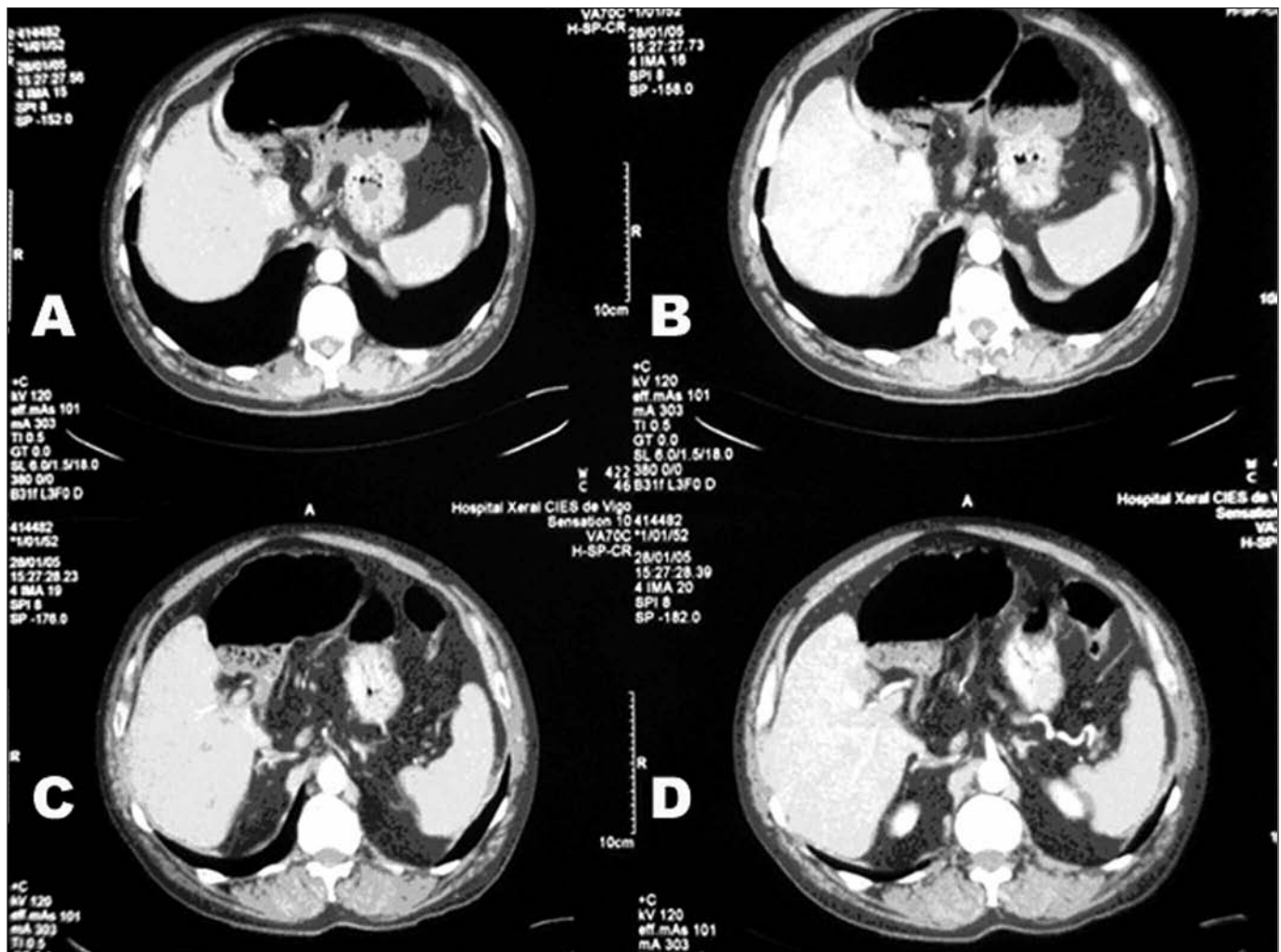


Fig. 1. TAC abdominal. A y B: Gran dilatación del ciego y colon ascendente situándose el estómago en posición posterior. C: Estrechamiento del colon ascendente a nivel del punto de obstrucción. D: El punto de obstrucción se corresponde con la imagen de la arteria hepática común, indicando la posible herniación a través del hiato de Winslow.

cación de cirugía es el único factor que disminuye su importante morbimortalidad (2). En caso de HHW con afectación de colon, la TC puede demostrar niveles hidroaéreos característicos a nivel de epigastrio y/o hilio hepático, ausencia de ciego en fosa iliaca derecha, así como desplazamiento gástrico anterior o posterior y hacia la izquierda (1). El tránsito alto con Gastrografin® y/o enema baritado y la ecografía pueden ser también de utilidad. En nuestro caso, la TC mostraba la presencia de la arteria hepática común a nivel del estrechamiento del colon ascendente en el punto de obstrucción y, en un corte inmediatamente superior, la división de la arteria hepática izquierda (Fig. 1).

La asociación de HHW con diversas anomalías anatómicas (ciego elevado o subhepático, colon ascendente móvil, mesenterio colónico amplio y largo, etc.) puede corresponder realmente a diferentes grados de RII y, aunque no se suele especificar el diagnóstico de "malrotación", creemos que esta podría

subyacer en parte de las HHW asociadas a defectos anatómicos no adquiridos.

La herniación de intestino a través del HW es una rara causa de obstrucción intestinal. Su relación con una RII puede ser más frecuente de lo que reconocemos en la literatura y su diagnóstico mediante radiología simple y TC abdominal puede permitir una rápida actuación quirúrgica y minimizar su morbimortalidad.

M. Iribarren Díaz, A. Rivo Vázquez, G. de Castro Parga, G. Freiria Barreiro, P. Díaz Cardamas, N. Iribarren Lorenzo y P. Gil Gil

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

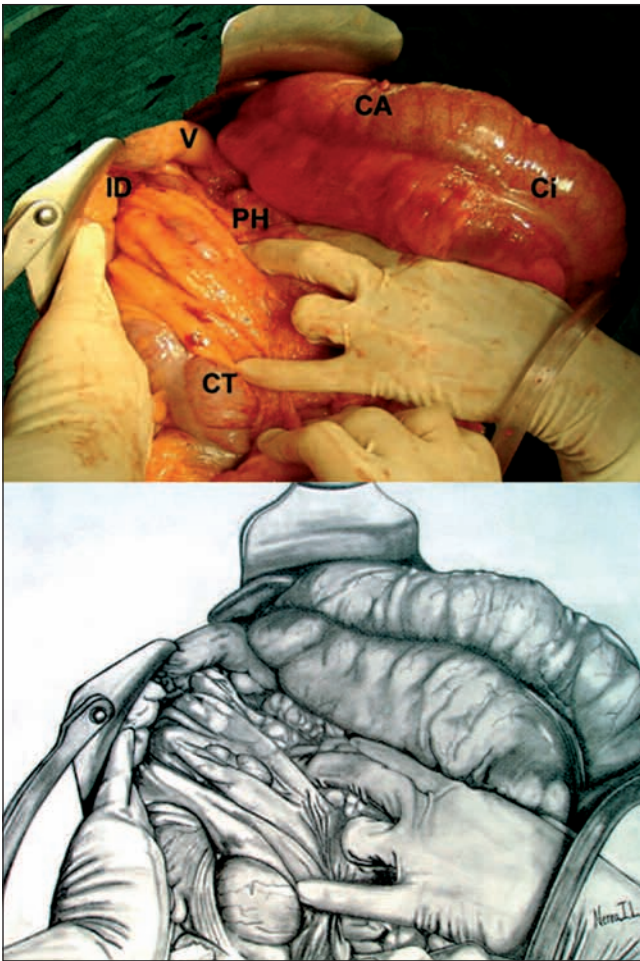


Fig. 2. Campo operatorio antes de la reducción herniaria e ilustración anatómica. Gran dilatación del ciego y colon ascendente (Ci y CA) que comienza a nivel del pedículo hepático (PH), observándose claramente la vesícula biliar (V). El colon transverso (CT) preherniario no presenta dilatación y resulta evidente la amplitud de su mesenterio. La mano derecha del cirujano rechaza asas de intestino delgado (ID).

Bibliografía

1. Gibbaoui H, Arnalsteen L, Bougard V, Glineur D, Salem C, Vernay L, et al. Une occlusion intestinale par hernie à travers l'hiatus de Winslow. *Ann Chir* 2001; 126(5): 493-4.
2. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg* 1986; 152(3): 279-85.
3. Borkar BB, Whelan JG Jr, Creech JL. Herniation of the gallbladder through the foramen of Winslow. *Dig Dis Sci* 1980; 25(3): 228-32.
4. Evrand V, Vielle G, Buyck A, Merchez M. Herniation through the foramen of Winslow. Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(9): 1055-7.
5. Joo YE, Kim HS, Choi SK, Rew JS, Kim HR, Cho CK, et al. Internal hernia presenting as obstructive jaundice and acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37(8): 983-6.
6. Samson TD, Tercero FM, Sato K, Awad ZT, Filipi CJ. Cecal herniation through the foramen of Winslow after laparoscopic Nissen fundoplication. *Surg Endosc* 2001; 15(12): 1490.
7. Dietz DW, Walsh RM, Grundfest-Broniatowski S, Lavery IC, Fazio VW, Vogt D. Intestinal malrotation: a rare but important cause of bowel obstruction in adults. *Dis Colon Rectum* 2002; 45(10): 1381-6.
8. Muffak K, Ramia JM, Palomeque A, García A, Villar J, Garrote D, et al. Hernia a través del hiato de Winslow. *Cir Esp* 2003; 74(6): 357.
9. Rich PB, Burke L, Cairns BA. Hernia of right colon and cecum through the foramen of Winslow and lesser omentum. *J Am Coll Surg* 2002; 194(2): 230.