

Hernia interna de Quain como causa de abdomen agudo

García-Oria M.¹, Muñoz de la Fuente A.², Peraza Casajús JM.³, Bodega Quiroga I.⁴, Martínez Pozuelo A.⁵, Serrano Muñoz A.⁶

Sanid. mil. 2012; 68 (4): 231-233; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 47 años de edad que consulta en urgencias por un cuadro de 8 horas de evolución, de dolor abdominal continuo y difuso, acompañado de vómitos alimentarios al inicio y biliosos después. La paciente presenta estabilidad hemodinámica permaneciendo afebril. El hemiabdomen inferior presenta signos de irritación peritoneal. En los análisis destaca la presencia de neutrofilia y leucocitosis, la radiología simple de abdomen es compatible con suboclusión de intestino delgado, y la TAC de urgencia sugiere la posibilidad de torsión intestinal. La cirugía urgente realizada aprecia una hernia interna de un segmento de íleon de unos 25cm, a través de un orificio patológico en el lado derecho del ligamento ancho del útero. Se realiza resección del asa herniada que sufre necrosis isquémica y se cierra el orificio herniario para evitar la recidiva. El día 11 tras el ingreso, es dada de alta sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Hernia interna, Ligamento ancho, Obstrucción intestinal, Laparoscopia.

Internal hernia of Quain as a cause of acute abdomen

SUMMARY: We present the case of a 47-year-old gravida 2, para 2, with previous 2 caesarean sections. The patient presented to our hospital with a chief complaint of diffuse continuous abdominal pain and vomiting. Her lower abdomen had tenderness and was slightly distended. The patient had no fever and was hemodynamically stable. The laboratory test showed an elevated white blood cell count with a left shift. Plain abdominal X-rays showed a lightly prominent small bowel loops in the left upper quadrant. CT scan suggests the possibility of intestinal torsion. At this stage, we elected to perform an urgent laparoscopic exploration. We discovered 25 cm of ileum strangulated through a defect in the right broad ligament of the uterus. Resection of the necrotic small bowel loop, and closure of the broad ligament were performed. The patient was discharged from the hospital on day 11, with no postoperative complications.

KEY WORDS: Internal hernia, Broad ligament, Intestinal Obstruction, Laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El 20% de los pacientes que consultan en urgencias por dolor abdominal, sufren una oclusión intestinal. Cuando esa oclusión está a nivel de intestino delgado, en el 20% de los casos, la causa es una hernia. En la mayoría de las ocasiones se trata de hernias externas (inguinales, crurales, incisionales, etc), pero en tan solo un 1%¹, la obstrucción puede estar provocada por una hernia interna. Las hernias internas son aquellas en las que el contenido herniario no sale de la cavidad abdominal. Dentro de esa minoría de hernias internas causantes de obstrucción², en tan solo un 5% de los casos la hernia ocurre a través de un defecto en el ligamento ancho del útero. Presentamos un caso de hernia interna a través del ligamento ancho del útero, que se suma a los menos de 90 pu-

blicados en la literatura científica, desde que Quain en 1861 hizo la primera descripción de esta entidad patológica³.

CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años que consulta en urgencias por un cuadro de 8 horas de evolución con dolor abdominal continuo y difuso, junto con vómitos, primero alimentarios y posteriormente biliosos. La paciente tiene únicamente como antecedentes personales, la realización de dos cesáreas. En urgencias presenta una tensión arterial de 122/85 mmHg, una frecuencia cardíaca de 91 latidos por minuto y una temperatura axilar de 35.9 °C. La exploración abdominal revela una cicatriz de laparotomía media infraumbilical, la presencia de ruidos disminuidos, y dolor a la palpación de manera difusa sin claros signos de irritación peritoneal. No existen hernias inguinales o crurales.

En el análisis de sangre destacan tan solo una glucemia de 122 mg/dL, una leucocitosis de 15.240 u/L, junto con neutrofilia del 93%, siendo el resto de parámetros normales. La radiografía simple de abdomen es compatible con suboclusión de intestino delgado, y colelitiasis (Fig. 1). La TAC de urgencias revela la presencia de asas de intestino delgado dilatadas y sugiere la posibilidad de una torsión intestinal (Fig. 2).

Los hallazgos en las exploraciones complementarias, junto con el empeoramiento clínico de la paciente durante el periodo

¹ Doctor en Cirugía. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

² Cte. Médico. Servicio de Anestesiología y Reanimación.

³ Cap. Médico. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

⁴ Cte. Médico Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

⁵ Médico. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

⁶ Col. Médico. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Dr. Miguel García-Oria. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Glorieta del Ejército s/n. 28047. Madrid. mgarse4@oc.mde.es

Recibido: 1 de febrero de 2011

Aceptado: 26 de junio de 2012

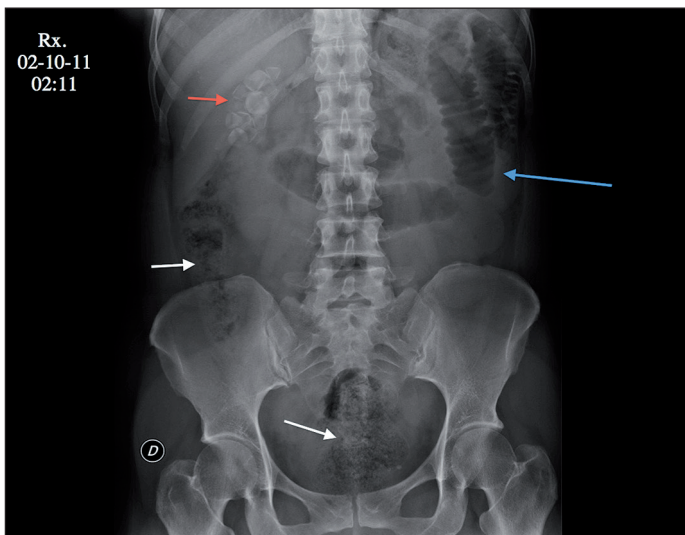


Figura 1. Radiografía simple de abdomen mostrando con flechas (azules) moderada dilatación de asas de intestino delgado, (flecha roja) coleditiatis y (flechas blancas) material fecal en colon derecho y recto.



Figura 2. TAC abdominal que sugiere la presencia de torsión intestinal. Se indica con flecha roja la presencia de un asa de ileon «afilada» en el punto de inicio del estrangulamiento herniario.

de observación y estudio, aumentando los vómitos y el dolor abdominal, así como apareciendo signos de irritación peritoneal en hemiabdomen inferior, hacen que se le proponga una laparoscopia exploradora. La sospecha diagnóstica en ese momento es de oclusión intestinal por bridas, y el tiempo transcurrido desde el ingreso en urgencias, de 16 h.

Bajo anestesia general se realiza laparoscopia exploradora, identificando en la pelvis de la paciente un asa de intestino delgado estrangulada y necrosada, este asa ocupa la derecha de la figura 3 (color morado/negro), la cual es una fotografía intraoperatoria directa del monitor de la cámara laparoscópica. La parte izquierda de esa imagen se corresponde con el ileon pre-herniario (de color rosa normal), entre ambas zonas de ileon

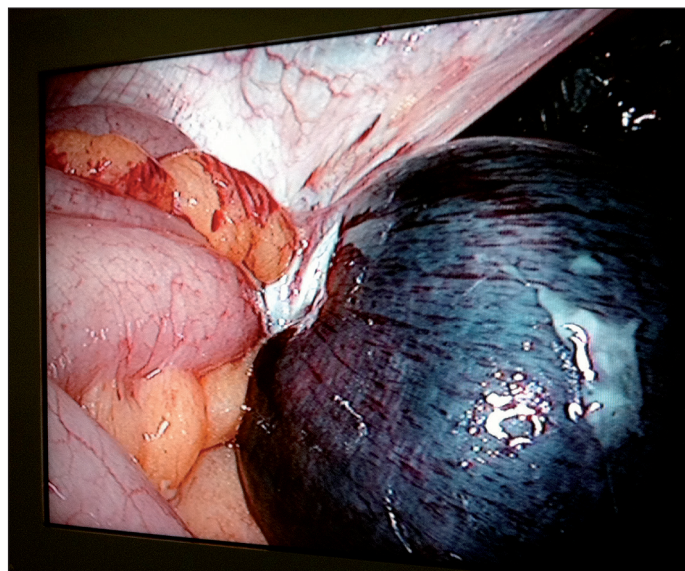


Figura 3. Imagen intraoperatoria del monitor de la cámara laparoscópica. Se aprecia La trompa de Falopio derecha estrangulando un asa de ileon y provocando necrosis isquémica.

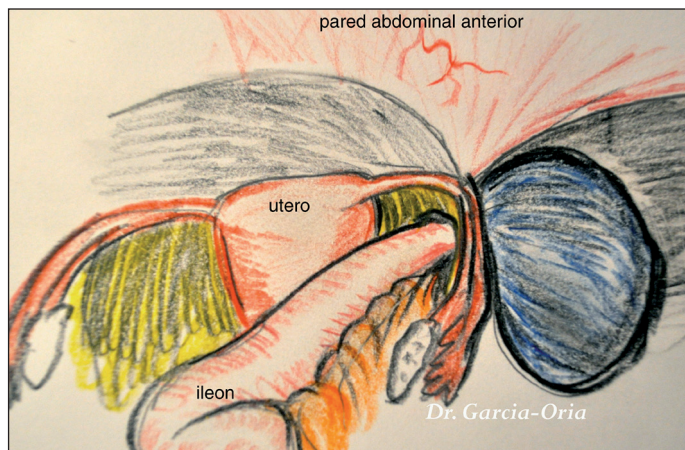


Figura 4. Dibujo esquemático del autor, para representar los hallazgos intraoperatorios y su correspondencia con la imagen laparoscópica. Apréciase el orificio herniario en el ligamento ancho derecho, y la adherencia de la trompa de Falopio derecha a la pared abdominal anterior, constituyendo esta zona el punto de estrangulación.

está la trompa de Falopio derecha (Fig. 3) la cual está adherida a la pared abdominal anterior y bajo ella se extiende el ligamento ancho (no visible en la imagen) y que tendría el orificio a través del cual se produce la herniación, en la figura 4 el autor representa un dibujo esquemático para comprender mejor la anatomía de los hallazgos intraoperatorios (Fig. 4). La gran dilatación de asas de intestino delgado, disminuye mucho el espacio de trabajo necesario para manipular el instrumental quirúrgico por laparoscopia. Ese hecho, junto con el riesgo de perforación al manipular el asa necrosada, así como la imposibilidad de identificar con seguridad las estructuras anatómicas, obligan a una reconversión a cirugía abierta. La reconversión se realiza mediante una laparotomía infraumbilical iterativa y se aprecia que la causa de la obstrucción y estrangulación del ileon, es una hernia interna a través de la hoja derecha del ligamento ancho del útero. Se

procede a la reducción de la hernia, resección de 25 cm de ileon necrosado y reconstrucción con anastomosis termino-terminal manual. Sobre el orificio herniario se realiza el cierre con sutura continua de seda 0/0. El postoperatorio transcurre con normalidad y la paciente es dada de alta con buen estado clínico a los 11 días del ingreso. El control postoperatorio al mes es correcto.

DISCUSIÓN

La etiología de este tipo de hernias permanece bajo discusión, se aceptan como factores favorecedores los antecedentes de cirugía abdominal, especialmente la ginecológica, así como los embarazos. Ambos factores estaban presentes en el caso que hemos descrito. Igualmente se señalan como factores etiopatogénicos, los traumatismos del parto y la enfermedad pélvica inflamatoria, sin embargo existen casos descritos en los que ninguno de esos factores está presente y se sugiere el papel del factor congénito^{4,5} (alteración en la fusión de las hojas embrionarias).

Algunos autores han propuesto distintas clasificaciones de este tipo de hernias. Cilley clasifica en tipo I, II y III en función de la parte del ligamento ancho por la que se producen, tipo I, entre ligamento redondo y trompa de Falopio, tipo II entre trompa y ovario, finalmente tipo III entre útero y ligamento redondo. La clasificación de Hunt considera si la hernia atraviesa las dos hojas del ligamento ancho (*fenestra type*) o tan solo una (*pouch type*)⁶. Estas clasificaciones no tienen una utilidad clínica real, pues el tratamiento seguirá los mismos principios con independencia del tipo de hernia, e irá dirigido en primer lugar a la reducción de la hernia y resección del intestino herniado si procede, y en segundo lugar al cierre del orificio herniario para evitar la recidiva. En nuestro caso, tras la reducción de la hernia fue necesaria la resección intestinal, pues el intestino sufría necrosis isquémica. Con frecuencia encontramos en los casos publicados que la resección intestinal es necesaria y esto se debe a dos circunstancias. Por un lado, el cuadro clínico es poco llamativo al inicio debido a la situación pelviana de la hernia, lo cual hace que no se presente clara irritación peritoneal hasta que se instaura la necrosis, y por otro lado, a la dificultad del diagnóstico preoperatorio por pruebas de imagen⁷. Un diagnóstico preoperatorio establecería una indicación quirúrgica precoz y evitaría la necrosis intestinal, evitando por lo tanto la resección. Son pocos los casos descritos donde se realiza un diagnóstico preoperatorio. En nuestro caso existió la sospecha de «torsión intestinal» pero no pudo concluirse la etiología.

Consideramos al igual que el Dr. Higa⁸, que el tratamiento ideal del orificio herniario en una hernia interna, es el cierre del mismo, con sutura continua de seda, ya que provoca una fibrosis mayor que otros materiales de sutura, y al ser sutura continua deja menos espacios para la recidiva.

La laparoscopia como vía de abordaje, beneficia al paciente de una menor agresión quirúrgica y una más rápida recuperación, y esta vía de abordaje ha demostrado su utilidad en este tipo de hernias, siendo en algunos casos exitoso no solo para el

diagnóstico, sino también para el tratamiento. Para ello es necesario que el cirujano tenga amplia experiencia en cirugía laparoscópica avanzada, aunque no es ese el factor determinante para poder completar la intervención por vía laparoscópica. El primer cirujano en el caso que nos ocupa, cumple los requisitos para solucionar este problema quirúrgico por abordaje laparoscópico, como demuestra la publicación del segundo caso solucionado de ese modo en la literatura científica mundial⁹, sin embargo, ante todo debe primar la seguridad del paciente, y cuando las condiciones intraabdominales no son adecuadas para solucionar el problema por vía laparoscópica, no debe dudarse en la reconversión a cirugía abierta, ya que de otro modo se aumentaría considerablemente la morbilidad, anulando el posible beneficio del abordaje laparoscópico.

ASPECTO ÉTICOS

La paciente fue informada y acepto la posible utilización de la información referente a su caso clínico, para fines docentes o investigadores, lo que dejo de manifiesto con la firma del documento de consentimiento informado en el que se especifica este aspecto.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del servicio de Urgencias, Radiología, Quirófanos y Cirugía General y del Aparato Digestivo, del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», implicado en el tratamiento de nuestra paciente, por su profesionalidad que llevó a la resolución con éxito del problema de nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. MacDonagh T, Jelinek GA. Two cases of paraduodenal hernia, a rare internal hernia. *J Accid Emerg Med* 1996; 13: 64-8
2. Fukuoka M, Tachibana S, Harada N, Saito H. Strangulated herniation through a defect in the broad ligament. *Surgery* 2002; 131: 232-3
3. Quain. Case of internal strangulation of a large portion of the ileum. *Trans Pathol Soc London* 1861; 12: 103-4
4. Ishihara H, Terahara M, Kigawa J, et al. Strangulated herniation through a defect in the broad ligament of the uterus. *Gynecol Obstet Invest* 1993; 35: 187-189
5. Jones TW. Paraduodenal hernia and hernia of the foramen of Winslow. In: Nyhus LM, Harkin HN, eds. *Hernia*. Philadelphia, PA: Lippincott; 1964; 577-601
6. 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
7. Fukuoka M, Tachibana S, Harada N, Saito H. Strangulated. herniation through a defect in the broad ligament. *Surgery* 2002; 131: 232-3
8. Higa KD, Ho T, Boone KB. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: Incidente, treatment, and prevention. *Obes Surg* 2003; 13: 350-4
9. Garcia-Oria M, Inglada J, Domingo J, Biescas J, Ching C. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 2007; 17: 666-8