

# Hernia interna transmesentérica tipo 2: causa infrecuente de obstrucción intestinal

Florez Farfán, Erick Samuel.<sup>1</sup> Barboza Janampa, Amir Yarosh.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>. Médico Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz PNP.

<sup>2</sup>. Residente de Cirugía General y laparoscopia, Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz PNP.

Correspondencia: amiryarosh@hotmail.com

## RESUMEN

**Introducción:** Las hernias internas se definen como una protrusión anormal de una víscera de un compartimento abdominal a otro. Las hernias internas transmesentéricas son poco frecuentes.

**Presentación del caso:** Paciente femenino de 87 años que presenta dolor tipo cólico en región de epigastrio de 6 días de evolución, asociado a vómitos de contenido intestinal, leve distensión abdominal, no eliminación de flatos, no realiza deposiciones, presenta historia de cirugía abdominal previa hace aproximadamente 6 años, neoplasia maligna de mama postoperada hace 25 años, fractura de fémur hace 4 años, portadora de prótesis de cadera. Ante deterioro clínico se realiza laparoscopia exploratoria, la cual revela defecto transmesentérico en región ileocecal de aproximadamente 5cm y herniación de 20cm de íleon distal sin signos de necrosis. Se efectuó devolvulación de meso de íleon, reducción de contenido, liberación parcial de ciego a nivel de

fascia de Toldt, reparación de orificio herniario por vía laparoscópica. La recuperación fue exitosa y fue dada de alta a los tres días después del ingreso.

**Discusión:** Los síntomas clínicos, suelen ser inespecíficos para el diagnóstico de hernias internas, ya que el diagnóstico clínico orienta a obstrucción por bridas y/o adherencias por cirugía previa o apendicitis aguda del anciano. Así mismo, el diagnóstico radiológico presenta una baja sensibilidad y especificidad en este tipo de patología. La cirugía laparoscópica para el diagnóstico y tratamiento en esta patología no es de primera opción.<sup>2,3</sup>

**Conclusión:** Las hernias internas son condicionantes de obstrucción intestinal potencialmente letales en el paciente. Es factible el abordaje laparoscópico para su diagnóstico y tratamiento.

**Palabras clave:** hernia interna, hernia transmesentérica, obstrucción intestinal, abordaje laparoscópico.

## ABSTRACT

**Introduction:** Internal hernias are defined as an abnormal protrusion of a viscus from an abdominal compartment to another. Transmesenteric internal hernias are rare.

**Case report:** An 87-year-old female patient with colicky pain in the epigastric region of 6 days of evolution, associated with vomiting of intestinal content, mild abdominal distension, cannot pass flatus or stool, past medical history of abdominal surgery 6 years ago,

breast cancer operated on 25 years ago, femur fracture 4 years ago, a hip prosthesis carrier. Before in view of clinical deterioration, an exploratory laparoscopy is performed, which reveals a transmesenteric defect at the ileocecal region of approximately 5cm and herniation of 20cm of the distal ileum without signs of necrosis. Devolvulation of the ileal mesentery, content reduction, partial release of the caecum from Toldt's fascia and, laparoscopic orifice repair were performed. Recovery was successful and was discharged three days after admission.

**Discussion:** Clinical symptoms are usually nonspecific for the diagnosis of internal hernias as the clinical diagnosis points to obstruction due to adhesions consequent to previous surgery or acute appendicitis of the elderly. Likewise, radiological diagnosis has a low sensitivity and specificity in this type of pathology. Laparoscopic surgery for diagnosis and treatment in this pathology is not a first option.

**Conclusion:** Internal hernias can cause potentially lethal intestinal obstruction in the patient. Laparoscopic approach can be performed for diagnosis and treatment of this pathology.

**Key words:** internal hernia, transmesenteric hernia, bowel obstruction, laparoscopic approach

## INTRODUCCIÓN

Las hernias internas se definen como una protrusión anormal de una víscera de un compartimento abdominal a otro. Las hernias abdominales internas son raras, su diagnóstico sigue siendo un reto tanto para el clínico como para el radiólogo. La incidencia de hernias internas en autopsias está entre el 0,2 % y el 0,9 %, es a menudo olvidada por los cirujanos; sin embargo, son cada vez más comunes con el advenimiento de la cirugía bariátrica, el trasplante de hígado y otros procedimientos más frecuentes como las anastomosis por resecciones de intestino<sup>1,2</sup>.

Es el factor de origen de entre 2 y 4% de las obstrucciones intestinales. Su tipo y frecuencia son: paraduodenales 53%, pericecales 13%, del hiato de Winslow 8%, transmesentéricas 8%, pélvicas y supravesicales 7% e intersigmoideas 6%,

Estas aperturas herniarias pueden ser secundarias a traumatismos, cambios postquirúrgicos o inflamatorios, pero también, pero pueden ser congénitas, ya sea por un aumento del diámetro de los orificios naturales como el Hiato de Winslow o que se traten de orificios anormales causados por alteraciones en la rotación intestinal<sup>3</sup>.

Se pueden diferenciar tres tipos principales de hernias transmesentéricas:

- Tipo 1: Ocurre en el 0,7- 3,25 % de los casos tras cirugía tipo bypass gástrico en Y de Roux. Representa el 26% de los casos. Llamada transmesocólica.
- Tipo 2: Se produce a través de un defecto en el mesenterio del intestino delgado (71 %). Pueden ser múltiples, pero se localizan en el área ileocecal el 54 %.
- Tipo 3: Se origina a través del mesocolon transversal. Llamada también hernia de Peterson. Ocurren entre el arco vascular formado por la cólica media y la izquierda<sup>4</sup>.

La herniación a través del defecto congénito puede comprometer la irrigación del segmento herniado con obstrucción, estrangulación e isquemia secundarias. En general, la tasa de mortalidad oscila entre 20 % y 75 %; las muertes son causadas en su mayoría por retardos en el diagnóstico, presencia de necrosis intestinal y síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA) asociados a sepsis por infección intraabdominal persistente<sup>1</sup>.

El problema fundamental de las hernias internas radica en el desarrollo a obstrucción intestinal aguda que frecuentemente es precedida por un período variable de malestar abdominal de causa no determinada. Los síntomas cardinales de obstrucción intestinal son dolor, náuseas y vómito, distensión abdominal, disminución de las heces y de flatos<sup>1</sup>.

El dolor es clásicamente cólico, lo que se refleja en una mayor actividad peristáltica, ya que el intestino se distiende en respuesta a la obstrucción. El aumento inicial en la motilidad es sustituido más tarde por la actividad reducida por lo que el dolor tipo cólico puede convertirse en un dolor más constante. Si la obstrucción es más proximal, el dolor puede ser aliviado por el vómito. El dolor de la obstrucción a menudo aumenta lentamente y puede permanecer constante en gravedad. En la obstrucción de asa cerrada, el dolor puede seguir aumentando hasta que el intestino se perfora<sup>1</sup>.

Entonces, paradójicamente, puede haber una breve disminución del dolor a medida que se alivia la distensión, hasta que se desarrollan los signos de peritonitis. El dolor fuera de proporción con el examen físico sugiere estrangulación. Las náuseas y el vómito son síntomas comunes, pero el vómito es más probable y profuso cuanto más proximal es la obstrucción. La distensión abdominal es más pronunciada cuanto más distal es la obstrucción. La obstrucción intestinal baja típicamente produce distensión significativa, mientras que la obstrucción

alta puede producir menos distensión debido a la descompresión generada por el vómito.

El síntoma final de la obstrucción intestinal es la disminución del paso de flatos y heces. La falta de heces líquidas o sólidas es menos específica porque el intestino distal a la obstrucción puede continuar produciendo secreciones mucosas y el colon puede contener una cantidad apreciable de material fecal que puede continuar pasando durante algún tiempo<sup>1</sup>.

También pueden ocurrir síntomas tales como ictericia obstructiva, cólico biliar, pancreatitis secundaria y a veces, masa abdominal palpable. En ocasiones, los pacientes tienen síntomas inespecíficos que duran años. Los síntomas crónicos se evidencian en aproximadamente el 70 % de los pacientes. Sin embargo, el 66 % de todos los pacientes, independientemente de la manifestación de los síntomas, eventualmente desarrollan obstrucción aguda o estrangulación. Si la hernia interna aparece como un abdomen agudo, el problema subyacente suele ser la obstrucción intestinal con una tasa de mortalidad de hasta el 50 %<sup>1,4</sup>.

## REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 87 años de edad, postrada crónica, 64 kilos de peso, talla 172 cm, IMC: 21,6, es llevada por familiar al servicio de urgencias, presenta dolor constante tipo cólico en abdomen superior, de 6 días de evolución, de intensidad moderada. Dicho dolor se localizaba en epigastrio sin irradiación. Familiar refiere que paciente presenta vómitos en múltiples oportunidades de contenido intestinal, además refiere que paciente no elimina flatos, así como no realiza deposiciones aproximadamente 7 días. Sin antecedentes de dolor similar anteriormente. Presenta antecedente de cirugía abdominal previa 6 años atrás, no teniendo conocimiento de lo realizado, y tampoco reporte operatorio previo. Antecedente de cirugía de mama por neoplasia maligna hace 25 años, prótesis de cadera izquierda hace 4 años por fractura de fémur, hipotiroidismo en tratamiento controlado.

Al examen físico se observó en regulares condiciones, leve deshidratación. Los signos vitales registrados al ingreso fueron: presión arterial 116/68 mm Hg, pulso 88/min, frecuencia respiratoria 18/min y temperatura 36.9°C. A la inspección se evidencia distensión abdominal leve, no se evidencia tumoraciones compatibles con hernia inguinal, a la palpación abdominal se encuentra defensa muscular voluntaria, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas en cuadrantes abdominales. Los

resultados de laboratorio fueron: hemoglobina 10,6 g/dL; recuento de glóbulos blancos 8.100/μL, con neutrófilos 72,7 %; plaquetas 276,000/μL; pH 7.37, sodio 140, potasio 3,5, HCO<sub>3</sub> 24,5, pO<sub>2</sub> 75, pCO<sub>2</sub> 42,8, saturación de O<sub>2</sub> 96%. Figura 1, la radiografía de abdomen de decúbito muestra marcada distensión de asas delgadas, que ocupan toda la cavidad abdominal. Figura 2, radiografía de abdomen de pie muestra distensión de la cámara gástrica y niveles hidroaéreos. Se realizó tomografía sin contraste, a nivel de tórax no se evidencia derrame pleural, no signos de consolidación; en abdomen no se evidencia neumoperitoneo, se evidencia cámara gástrica dilatada, asas delgadas dilatadas en toda su extensión, vesícula biliar dilatada sin signos de agudeza, a nivel de hemiabdomen inferior se evidencia colapso de asas gruesas posterior a región ileocecal, así como signo de remolino a nivel de ileón distal, sin presencia de líquido libre. Se ordenó paso de sonda nasogástrica con evacuación de contenido fecaloideo. Se decide iniciar terapia preoperatoria con antibióticos y programar para cirugía a las 12 horas de su admisión al servicio de urgencias. Los hallazgos de la laparoscopia exploratoria fueron defecto herniario a nivel de meso ileal de aproximadamente 5cm por donde pasa ileon distal proximal a defecto de aproximadamente 20cm (brida), marcada dilatación de asas delgadas, colapso de asas distales a zona descrita (colon transversal y sigmoideos). Alrededor de borde encarcerado se observa fibrina, vesícula biliar distendida de aproximadamente 10x6cm sin signos de agudeza de forma visual. Hígado con signos de esteatosis severa. Líquido inflamatorio escaso distribuido en 4 cuadrantes. No se encuentra apéndice cecal, ciego parcialmente móvil en cercanía a hipocondrio derecho.

Se realizó liberación de adherencias, se evacuó el líquido descrito, devolvulación de meso ileal, reducción de contenido intestinal, reparación de defecto herniario con ácido poliglicólico. Evidenciándose posteriormente gas en asas gruesas, desde válvula ileocecal hasta recto. El tiempo quirúrgico fue de 3 horas aproximadamente.

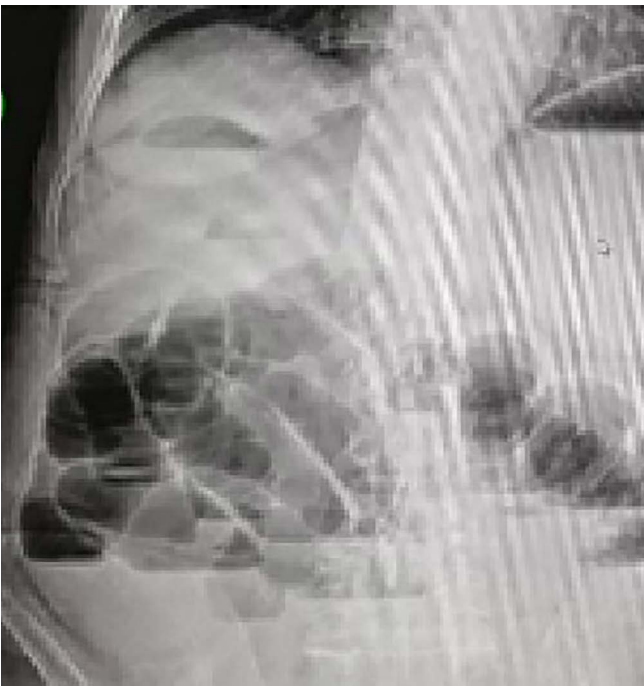
Paciente pasa a recuperación hemodinamicamente estable, extubada, con evolución favorable, donde permaneció aproximadamente 12 horas, posteriormente pasa a servicio de cirugía mujeres.

En su primer día postoperatorio tuvo evolución favorable, tolerando vía oral, no presenta dolor abdominal, elimina flatos. En su segundo día postoperatorio se progresa nutrición. Se da de alta al tercer día post operatorio en buenas condiciones.

**FIGURA 01**  
**Radiografía de abdomen en decúbito**



**FIGURA 02**  
**Radiografía de abdomen de pie**



## DISCUSIÓN

Los síntomas clínicos, suelen ser inespecíficos para el diagnóstico de hernias internas, ya que el diagnóstico clínico orienta a obstrucción por bridas y/o adherencias por cirugía previa o apendicitis aguda del anciano. Por lo tanto, las hernias internas son una causa rara de obstrucción intestinal, su diagnóstico

preoperatorio es complicado, teniendo un alto riesgo de estrangulación y perforación elevadas, así como la tasa de mortalidad se incrementan con paso de las horas.

Tener en cuenta que, si un paciente no presenta factores de riesgo, tales como cirugía abdominal previa, traumatismo o inflamación peritoneal, debe considerarse la posibilidad de obstrucción del intestino delgado secundaria a hernia interna.

El diagnóstico radiológico presenta una baja sensibilidad y especificidad en este tipo de patología, siendo la tomografía el mejor método para detectar hernias internas. Con este método se puede evidenciar la localización de los defectos y/o signos de anomalías congénitas, pero, aun así, hay incertidumbre diagnóstica<sup>5,6</sup>.

Las hernias internas son responsables de menos del 10 % de las obstrucciones intestinales. Suelen manifestarse en la población pediátrica, asociada con frecuencia a anomalías intraabdominales como la atresia intestinal. Pero, puede presentarse en cualquier momento de la vida.

En la actualidad la primera opción para el tratamiento es realizar cirugía abierta, sin embargo, el tratamiento laparoscópico se ha establecido como una alternativa segura y eficaz al abordaje abierto en manos experimentadas<sup>7</sup>.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las hernias internas son condicionantes de obstrucción intestinal potencialmente letales en el paciente. La sintomatología clínica relacionada a hernia interna debe de tener como objetivo realizar una cirugía temprana a fin de evitar el deterioro clínico del paciente, reduciendo su morbimortalidad. El abordaje laparoscópico se puede realizar para diagnóstico y tratamiento de esta patología, ya que brinda al paciente todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

Este caso en especial surge por la necesidad de considerar las hernias internas dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo, por su alto riesgo de encarcelamiento, estrangulación y perforación, por lo cual se requiere una pronta acción para descartar diagnósticos diferenciales más comunes, con el fin de tener en cuenta esta patología y evitar pérdida de tiempo antes de la intervención quirúrgica.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Durán, A. Hernias internas: Presentación de casos clínicos. Revista colombiana de radiología. 2017. Citado el 20 de enero del 2020. Disponible en [https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/1\\_marzo/col/hernias\\_esp.pdf](https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/1_marzo/col/hernias_esp.pdf)
2. Motta Ramirez, G. La hernia interna como condicionante del síndrome de obstrucción intestinal: identificación y evaluación por tomografía computada multidetector. Anales de radiología México. 2012. Citado el 20 de enero del 2020. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2012/arm123e.pdf>
3. Cabrales Vega, R. Hernia transmesentérica. Revisión del tema a raíz de un caso exótico de infarto intestinal en un adulto. IATREIA Colombia. 2015. Citado el 20 de enero del 2020. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v28n4/v28n4a06.pdf>
4. Carbonell, F. Eventraciones. Otras Hernias de pared y cavidad abdominal. Gráficas VIMAR. 2012. Citado el 20 de enero del 2020. Disponible en <https://www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-VII.pdf>
5. Redondo, P. Hallazgos radiológicos de las hernias internas. Sociedad Europa de Radiología. 2012. Citado el 20 de enero del 2020. Disponible en [https://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing\\_poster&task=&pi=111658](https://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&task=&pi=111658)
6. Nobuyuki Takeyama. CT of Internal hernias. RadioGraphics. 2005. Citado el 21 de enero del 2020. Disponible en <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.254045035>
7. Echaïeb, A., Hrarat, L., & Kotobi, H. Tratamiento quirúrgico de las hernias internas. EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo. 2013. Citado el 21 de enero del 2020. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1282912913659590>