

Hernia abdominal paraduodenal izquierda estrangulada

Alejandro Barboza, Joaquín A. Solarana Ortiz, Gonzalo Gayo, Mauricio Pontillo Walerovsky
Hospital del Cerro, ASSE, Montevideo, Uruguay

Palabras clave: hernia interna, hernia paraduodenal izquierda, oclusión intestinal

Key words: internal hernia; left paraduodenal hernia; intestinal obstruction

INTRODUCCIÓN

Las hernias abdominales internas se definen como el pasaje de una víscera a través de una apertura peritoneal o mesentérica que conduce a su atrapamiento dentro de un compartimento en el interior de la cavidad abdominal. Se producen por anomalías en la rotación del intestino durante la gestación intrauterina y se asocian con casos de obstrucción intestinal. Son entidades infrecuentes, constituyendo el 1% de todas las hernias.^{1,2} Dentro de estas hernias, las paraduodenales son las más frecuentes y representan aproximadamente el 50%.² Descritas por primera vez por Neubauer en 1786, existen pocos casos en la bibliografía internacional.²⁻⁴

A pesar de que la incidencia es muy baja, la importancia de estos casos radica en el problema diagnóstico que representan. La clínica es inespecífica, y varía desde cuadros de disconfort abdominal, acompañados de náuseas y vómitos, hasta la presencia de una oclusión intestinal completa, que puede asociar complicaciones como peritonitis por sufrimiento isquémico o perforación.

Presentamos la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de una paciente de sexo femenino de 63 años con un cuadro de oclusión intestinal secundario a una hernia paraduodenal estrangulada.

CASO

Mujer de 63 años, con antecedente de cesárea, sin ningún otro a destacar. Consultó por dolor abdominal cólico difuso

de moderada intensidad, de 72 horas de evolución, asociado a distensión abdominal, vómitos de contenido alimentario reiterados y ausencia de eliminación de materia fecal y gases desde el comienzo del cuadro. Del examen, al ingreso se destacaba una paciente con buen estado general, con una distensión abdominal difusa, ruidos hidroaéreos aumentados y un tacto rectal sin restos al guante. Se solicitaron análisis de sangre que no presentaban alteraciones y estudios de imagen que mostraron hallazgos compatibles con una oclusión intestinal. La radiografía simple de abdomen de pie evidenció niveles hidroaéreos centro abdominales pequeños sugestivos de corresponder al intestino delgado (Fig. 1 A) y la de decúbito dorsal presencia de asas distendidas con la clásica imagen de pila de monedas correspondiente a las válvulas conniventes (Fig. 1 B). La tomografía computada abdominopélvica mostró dilatación de asas yeyunales con niveles hidroaéreos,

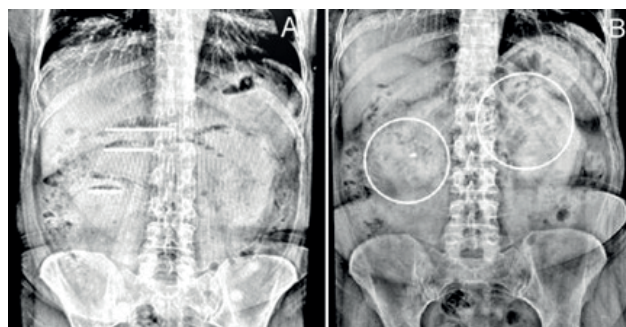


Figura 1. Radiografía simple de abdomen. **A.** De pie. Se observan niveles hidroaéreos centro abdominales pequeños correspondientes a intestino delgado (líneas blancas). **B.** En decúbito dorsal. Asas centroabdominales distendidas, generando la clásica imagen de pila de monedas (círculos blancos).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Alejandro Barboza:** alejandrobambozamartinez@gmail.com

Recibido: 08-03-2024. Aceptado: 27-09-2024

Alejandro Barboza: <https://orcid.org/0009-0001-8828-3628>; Joaquín Solarana: <https://orcid.org/0000-0001-9633-7086>; Gonzalo Gayo: <https://orcid.org/0000-0002-3931-6403>; Mauricio Pontillo: <https://orcid.org/0000-0002-5587-1044>

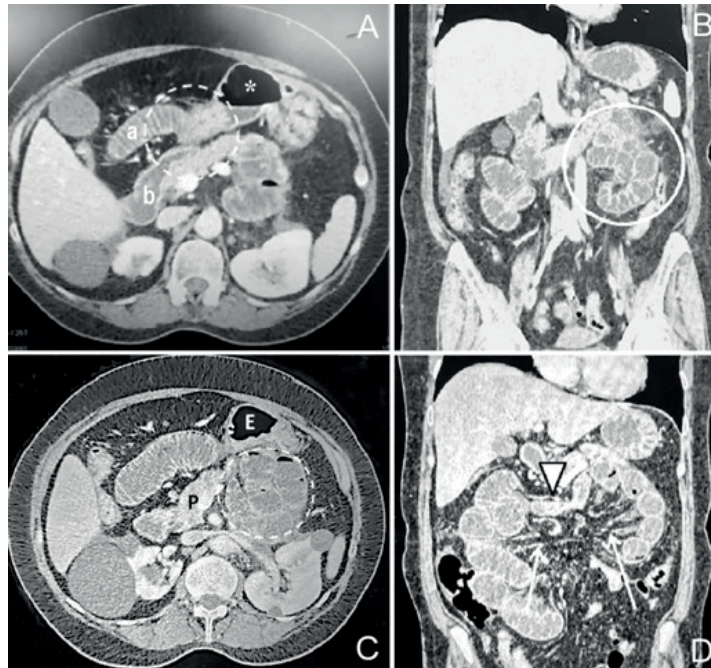


Figura 2. Tomografía computada abdominopelviana. **A.** Corte axial. A nivel centro abdominal se puede observar la zona de transición (círculo blanco) entre la asa aferente distendida (a) y la eferente chata (b). El asterisco marca la presencia de un nivel hidroaéreo. **B.** Corte sagital. Se observa a la izquierda de la línea media un ovillo de asas delgadas distendidas (círculo blanco) en la topografía en que luego en el intraoperatorio se halló la hernia paraduodenal, correspondiendo al contenido del saco herniario. **C.** Corte axial. Marcado con se observa ovillo de asas delgadas distendidas con niveles hidroaéreos en su interior en el sector superior izquierdo del abdomen (círculo blanco), entre el estómago (E) y el páncreas (P). **D.** Corte sagital. Se observan los vasos mesentéricos estirados (flechas) y convergiendo hacia el sitio de herniación. La punta de flecha marca el sitio de transición asa chata-asa distendida.

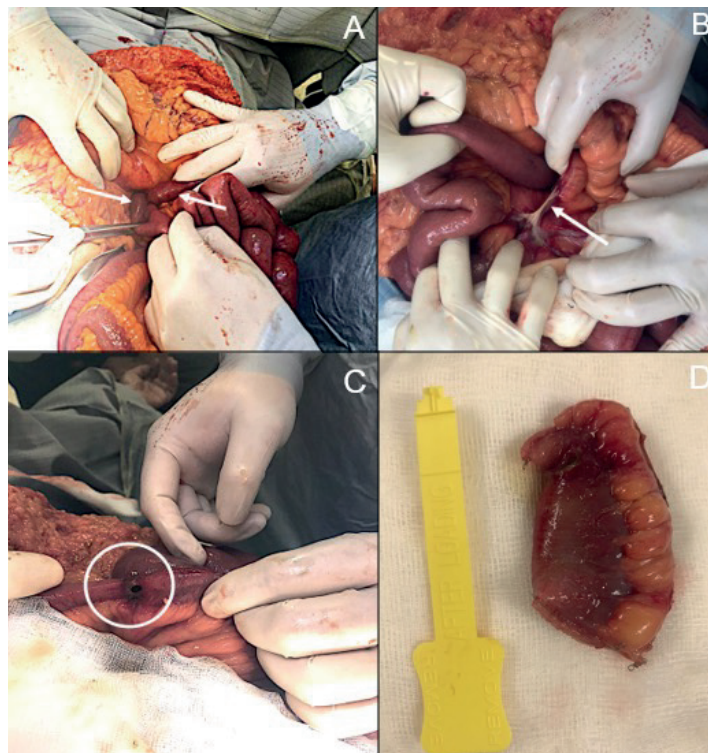


Figura 3. **A.** Hernia paraduodenal izquierda con contenido de asas delgadas. Se ve marcado con las flechas blancas las asas aferente y eferente entrando y saliendo del defecto herniario. **B.** Hernia paraduodenal izquierda. Marcado con la flecha blanca se ve el defecto congénito, fusión del mesocolon con el peritoneo parietal posterior llevando a la formación del saco herniario. **C.** Marcado con un círculo blanco se observa ya reducida la hernia, sobre la zona de transición un sector con sufrimiento isquémico ya perforado de intestino delgado. **D.** Pieza de resección de intestino delgado con sufrimiento isquémico.

y una zona de transición con asas chatas en la región centro abdominal (Fig. 2 A y B). No se identificaron elementos de sufrimiento isquémico como alteración del realce parietal o neumatosis parietal.

Frente a los hallazgos imagenológicos se planteó que correspondiera a un cuadro de oclusión intestinal secundario a bridas, por lo que se instauró un tratamiento médico basado en reposo digestivo, reposición hidroelectrolítica, analgesia y antieméticos intravenosos, asociados a la colocación de una sonda nasogástrica para descompresión del tubo digestivo. Pasadas 72 horas la paciente persistía sintomática y con una radiología abdominal con claros elementos de oclusión intestinal por lo que se decidió realizar una laparotomía exploratoria, hallando una hernia paraduodenal izquierda, con contenido de asas yeyunales (Fig. 3 A y B). Luego de la reducción de la misma, se evidenció sobre el anillo herniario la zona de transición asa fina-asa gruesa, con sufrimiento isquémico y una perforación, con escasa permeación de bilis al interior del saco (Figura 3 C). Se realizó una resección (Figura 3 D) y enteroenteroanastomosis latero-lateral manual.

La paciente presentó una buena evolución en la sala, retomando la vía oral al tercer día postoperatorio y el tránsito intestinal al cuarto día, otorgándose el alta al séptimo día.

DISCUSIÓN

Dado que las hernias internas son defectos raros que suelen presentarse con complicaciones que requieren cirugía, la bibliografía internacional consta mayoritariamente de reporte de casos, por lo que es difícil aportar datos fidedignos referidos a la distribución por sexos y otros elementos demográficos. En 2019, Schizas et al.⁵ publicaron una revisión sistemática que incluyó 115 estudios, la mayoría reportes de caso y 18 series de casos, totalizando 119 pacientes. Se observó que la media de presentación fue de 44 años, con una predominancia masculina de 2:1, a diferencia de lo comunicado en esta presentación. Como es de esperar, todos los pacientes requirieron cirugía dado que se presentaron con una complicación asociada. La mortalidad de estos cuadros puede ser elevada si existe compromiso vascular asociado en las vísceras involucradas, lo que ocurre en hasta el 20% de los casos.^{1,2} Por otra parte, muchas de estas hernias son descubiertas como hallazgos imagenológicos o durante una cirugía.

Estas hernias congénitas son secundarias a una anomalía en el desarrollo de la cavidad peritoneal, por una falta de reabsorción de las bolsas o fositas del mesodermo esplácnico. Esto hace que el mesocolon se fusione con la pared peritoneal posterior, for-

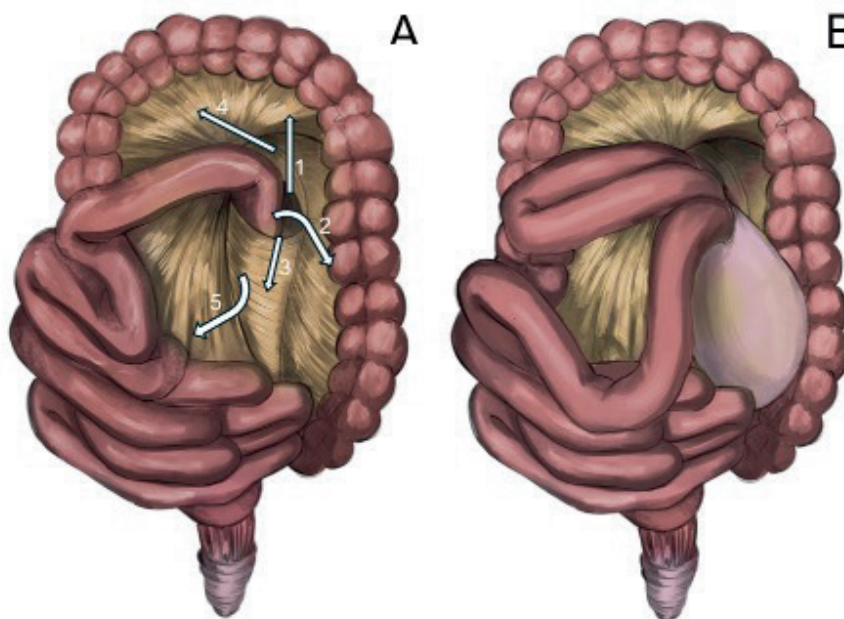


Figura 4. A. Tipos de hernia paraduodenal: fosita de Treitz (1), fosita de Landzert (2), fosita inferior de Treitz (3), fosita de Broesike (4), fosita de Walden (5). B. Hernia paraduodenal izquierda. Saco configurado a la izquierda de la línea media, a nivel del mesocolon transversal. La vena mesentérica inferior forma parte del saco. Figura realizada por la estudiante avanzada en licenciatura en animación y videojuegos de la Universidad ORT, Uruguay, Martina Gubitosi.

mando así el saco herniario (Fig. 3 B).^{1,4} Pueden encontrarse a la derecha o izquierda del duodeno, siendo esta última la forma más frecuente y la que presentaba nuestra paciente.

Respecto del diagnóstico, la clínica es inespecífica (dolor abdominal intermitente, distensión, náuseas y vómitos o cuadros de oclusión intestinal completa). El laboratorio tampoco permite arribar al diagnóstico, radicando su utilidad en la detección de repercusiones que el paciente pueda presentar. Por todo esto, es claro que el pilar de mayor importancia es la imagenología. La radiología puede aportar datos sugestivos de un cuadro de oclusión como ser niveles hidroaéreos centro abdominales pequeños, pero tampoco permiten diagnosticar una hernia interna. La tomografía abdominopélvica aporta más datos, respecto de la topografía de la oclusión y puede en algunos casos diagnosticar esta entidad, aunque su mayor valor está en descartar otras causas y valorar elementos de complicación asociados.⁶

Al momento de analizar las imágenes tomográficas es de suma importancia tratar de identificar ciertos elementos que pueden hacer sospechar este cuadro. En las hernias paraduodenales izquierdas se puede observar un ovillo de asas delgadas sobre el sector superior izquierdo del abdomen, generalmente localizado entre el estómago y el páncreas, que puede desplazar el colon (Fig. 2 A, B y C). Además, puede observarse el estiramiento de los vasos mesentéricos superiores que tienden a converger hacia el sitio de herniación (Fig. 2 D) y en ocasiones puede apreciarse como la arteria y vena mesentérica superior adquieren un trayecto paralelo al sector medial del saco herniario.⁷ Por todo lo esgrimido, es entendible que muchas veces se arribe al diagnóstico definitivo recién en el intraoperatorio. El tratamiento de esta entidad es quirúrgico y tiene como directivas reducir la hernia y tratar el contenido. Puede requerir resección intestinal y anastomosis, dependiendo del compromiso vascular. No es necesario resear el saco y se debe cerrar el defecto para evitar una recidiva.

CONCLUSIONES

Las hernias internas paraduodenales suelen presentarse con una complicación asociada, más frecuentemente un cuadro de obstrucción intestinal proximal, que requiere cirugía. Su baja incidencia amerita una alta sospecha clínica, dado que el arribo precoz a un diagnóstico certero condiciona la evolución y el pronóstico. Los estudios imagenológicos, principalmente la tomografía computada, tienen un rol fundamental y aun así no siempre logran esclarecer el cuadro y el diagnóstico definitivo termina por establecerse en el intraoperatorio.

REFERENCIAS

1. Somé OR, Ndoeye JM, Yohann R, Nolan G, Rocchia H, Dakoure WP, et al. An Anatomical Study of the Intersigmoid Fossa and Applications for Internal Hernia Surgery. *Surg Radiol Anat.* 2017;39(3):243-48.
2. Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. *Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal*. 1ª ed. Valencia: Gráficas Vimar. 2012.
3. Nihon-Yanagi Y, Ooshiro M, Osamura A, Takagi R, Moriyama A, Urita T, et al. Intersigmoid Hernia: Report of a Case. *Surg Today.* 2010;40(2):171-75.
4. Kelahan L, Menias CO, Chow L. A Review of Internal Hernias Related to Congenital Peritoneal Fossae and Apertures. *Abdom Radiol (NY).* 2021;46(5):1825-36.
5. Schizas D, Apostolou K, Krivan S, Kanavidis P, Katsaros I, Vailas M, et al. Paraduodenal Hernias: A Systematic Review of the Literature. *Hernia.* 2019;23(6):1187-97.
6. Kumagai K, Yoshioka M, Iida M, Kudoh K, Uchinami H, Watanabe T, et al. Usefulness of oblique multiplanar images on multi-detector computed tomography for diagnosing intersigmoid hernia. *Visc Med.* 2016;32(6):437-40.
7. Pal NL, Panandiker SD, Katiyar G, Vernekar JA. Unusual Causes of Small Bowel Obstruction: A Review of the Literature and Revisited Cross-Sectional Imaging Checklist. *Emerg Radiol.* 2024;31(5):733-48.

Agradecemos a la Sta. Martina Gubitosi, estudiante avanzada en licenciatura en animación y videojuegos de la Universidad ORT, Uruguay, por su labor en la realización de la Figura 4.