

CASUÍSTICA

HERNIAS INTERNAS: HALLAZGOS EN TOMOGRAFÍA COMPUTADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Matteoda MR, García Saiz E, Giaccio E

INTRODUCCIÓN

Las hernias internas son protrusiones de vísceras a través del peritoneo o mesenterio hacia un compartimiento en la cavidad abdominal. Los orificios herniarios son generalmente estructuras anatómicas preexistentes, como forámenes, recesos y fosas, o defectos patológicos causados por cirugía, trauma, inflamación y problemas circulatorios¹⁻⁴.

Presentamos el caso de una paciente con esta afección, los hallazgos clínicos y en tomografía computada (TC) y repasamos los signos tomográficos que sugieren el diagnóstico de hernia interna.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina, de 70 años de edad, que se encontraba cursando el segundo día postoperatorio de hemicolectomía izquierda por adenocarcinoma de colon sigmoidees, comenzó con dolor abdominal difuso, a predominio en epigastrio, continuo y vómitos a repetición.

Se le realizó una tomografía computada de abdomen (Fig. 1 a 6) que mostraba dilatación con contenido líquido del estómago y duodeno hasta la tercera porción, y desplazamiento hacia la derecha del ligamento de Treitz, primeras asas yeyunales y vasos mesentéricos.

Con estos hallazgos los diagnósticos diferenciales propuestos fueron vólvulo, torsión intestinal y hernia interna.

En la cirugía se encontró un asa de yeyuno proximal herniada a través de un defecto quirúrgico en mesocolon transversal, lo que constituía una hernia interna.

DISCUSIÓN

Las hernias internas son una rara causa de obstrucción de intestino delgado con una incidencia reportada de un 0,2%-0,9%^{2,3}. Implican la herniación de una víscera a través de una apertura normal o anormal dentro de la cavidad peritoneal^{1,2,3}.

El diagnóstico preoperatorio, tanto clínico como

por imágenes es difícil debido a que los síntomas pueden variar desde leve malestar abdominal hasta la obstrucción intestinal aguda y los hallazgos imagenológicos pueden ser confusos^{1,5}. La mayoría causan discomfort epigástrico, dolor periumbilical y episodios recurrentes de obstrucción intestinal^{1,2}.

Las localizaciones y frecuencia relativa de ocurrencia de hernias internas son: paraduodenal, 53%, pericecal, 13%, foramen de Winslow, 8%, transmesenterica y transmesocolica, 8%, pélvica y supravesical, 6%, mesocolon sigmoidees, 6%, transomental, 1-4%^{1,3,4}, y retroanastomótica, 5%².

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y HALLAZGOS EN TC SEGÚN LOCALIZACIÓN

Paraduodenal: son las más frecuentes, siendo las $\frac{3}{4}$ partes izquierdas, y son más comunes en hombres 3-1¹.

Las del lado izquierdo, se producen a través de la fosa de Landzert, presente en el 2 % de la población, localizada por detrás de la cuarta porción del duodeno^{1,2,3}. Se manifiestan como un grupo de asas intestinales dilatadas localizadas entre el páncreas y el estómago, a la izquierda del ligamento de Treitz. Los vasos mesentéricos que irrigan las asas herniadas se encuentran enrolladas y dilatadas en la entrada del saco herniario^{1,2}.

Las paraduodenales derechas se producen a través de la fosa de Waldeyer, ubicada por detrás de la arteria mesentérica superior y por debajo de la tercera porción del duodeno. En estos casos se observa la arteria y vena cólica derecha en el borde anterior y medial de las asas intestinales encapsuladas y herniadas^{1,4}.

Foramen de Winslow: constituye la vía de comunicación entre el saco menor y la cavidad peritoneal, limitado por la vena cava inferior, el lóbulo caudado y el duodeno¹. Las hernias generalmente contienen intestino delgado, pero el ileon terminal, ciego, colon ascendente y transversal y la vesícula también se pueden herniar^{1,4}.

Las hernias se pueden manifestar como presencia de mesenterio entre la vena cava y vena porta, como colección con nivel hidroaéreo en el saco menor con

¹ Servicio de Neurología. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.
E-mail: esteban_spadaro@hotmail.com

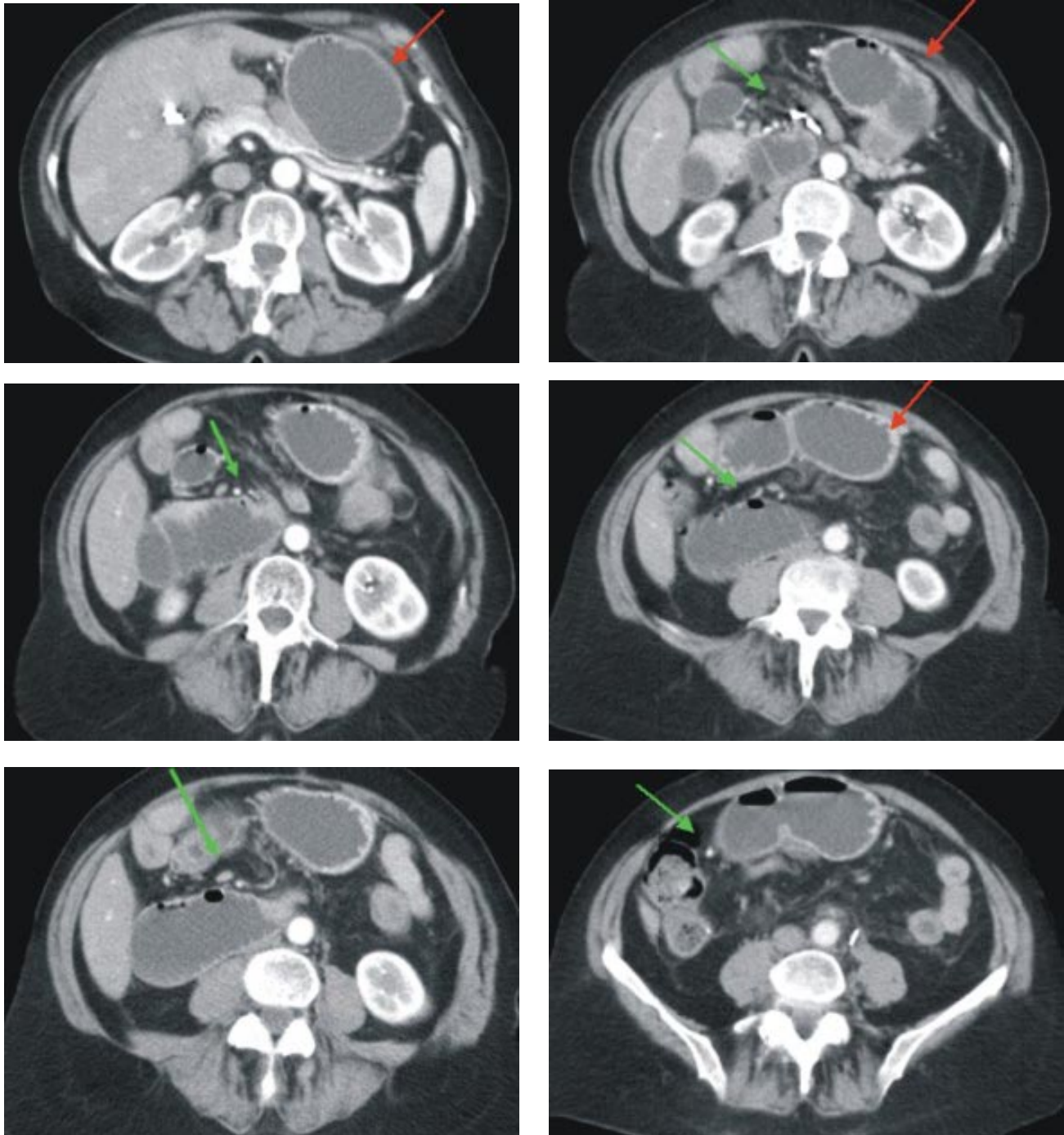


Fig. 1 a 6: TC de abdomen con contraste EV, en donde se observa dilatación con contenido liquido, del estomago y duodeno hasta la tercera porción del mismo (flechas rojas), evidenciándose a ese nivel rarefacción de la grasa mesentérica y desplazamiento del ligamento de Treitz y vasos mesentéricos (flechas verdes).

un pico dirigido hacia el foramen de Winslow¹, o como 2 o mas asas intestinales ubicadas en espacio subhepatico².

Transmesentérica: tienen una distribución bimodal, ocurriendo en población pediátrica y adulta. En niños constituyen el tipo más frecuente de her-

nia interna y se piensa que derivan de un defecto congénito del mesenterio del intestino delgado cerca de la región ileocecal o del ligamento de Treitz².

En la población adulta la causa es secundaria, relacionada a una cirugía abdominal, trauma o inflamación².

Hay tres tipos principales de hernias

transmesentéricas: el primer tipo y mas común es la transmesocolica, ocurriendo en el 0,7-3,25% de bypass gástrico en Y de Roux. El segundo tipo se produce a través de un defecto en el mesenterio del intestino delgado, y el tercer tipo, conocido como Peterson, a través del mesocolon transverso².

Son difíciles de diagnosticar debido a la variabilidad en localización y apariencia. Un hallazgo común es la presencia de asas intestinales agrupadas en la periferia de la cavidad peritoneal, lateral al colon, con desplazamiento central, inferior y posterior del colon transverso². También se puede observar desplazamiento de vasos mesentéricos con enrollamiento y aumento del calibre de los mismos^{2,5}.

Transomental: hay dos tipos, uno a través del omento mayor (+ frecuente) y el segundo tipo a través del ligamento gastrocólico^{1,6}. Los hallazgos son similares a los de la hernia transmesentérica¹.

Pericecal: la fosa pericecal se localiza por detrás del ciego y colon ascendente, limitado por fuera por el pliegue parietocecal y adentro por el pliegue mesentérico cecal. En la mayoría de los casos, las asas intestinales se hernian a través de un defecto en el mesenterio cecal y se ubican en la gotera paracólica derecha, lateral al ciego^{1,2,4}).

Sigmoideas: existen 3 tipos: el más común, el intersigmoideo, se desarrolla por la protrusión hacia la fosa intersigmoidea, formada por 2 segmentos adyacentes de sigmoides y su respectivo mesenterio^{1,2}.

El segundo tipo, transmesosigmoidea, ocurre cuando un asa de intestino delgado se hernia a través de las 2 capas del mesocolon sigmoides^{1,2}.

El tercer tipo y menos común, la intramesosigmoidea, constituye la herniación de una víscera a través de solo una de las capas del mesosigma, por lo que el saco herniario se encuentra dentro del mesocolon sigmoides^{1,2}.

En TC se observan asas dilatadas ubicadas por detrás del aspecto posterior y lateral del mesosigma, el cual se puede encontrar desplazado anteromedialmente².

Pélicas: incluyen las hernias a través del ligamento ancho, que se visualizan como asas dilatadas en pelvis menor, que comprimen la unión rectosigmoidea dorsolateralmente y el útero ventralmente, y hernias a través de la fosa perirrectal (muy infrecuente)^{1,7,8}.

Retroanastomotica: ocurren cuando asas de intestino delgado se hernian posteriormente a través de un defecto relacionado a una anastomosis quirúrgica. Han sido más comúnmente descritas en anastomosis en Y de Roux, siendo mas frecuentes dentro del mes de la cirugía. Los bordes de la apertura generalmente consisten en el mesocolon transverso superiormente, el ligamento de Treitz inferiormente y el sitio de la anastomosis anteriormente².

CONCLUSIÓN

Las hernias internas constituyen una rara causa de obstrucción intestinal con una incidencia del 0,2 – 0,9%. Pueden ser congénitas o adquiridas, teniendo estas ultimas variadas causas, siendo una de ellas, como en nuestro caso presentado, post quirúrgica.

El diagnostico por imágenes es dificultoso, pero presentan signos que pueden sugerir el diagnostico.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y et al. *Ct of internal hernias. Radiographics* 2005;25:997-1015
- 2- Martin L, Merkle E, Thompson W. *Review of internal hernias. Radiographics and clinical findings. AJR* 2006; 186:703-717
- 3- Blachar A, Federle M, Dodson S. *Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. Radiology* 2001; 218:68-74
- 4- Miller P, Mezwa D, Feczko P et al. *Imaging of abdominal hernias. Radiographics* 1995;15:333-347
- 5- Blachar A, Federle M, Brancatelli G et al. *Radiologist performance in the diagnosis of internal hernia by using specific CT findings with emphasis on transmesenteric hernia. Radiology* 2001;221:422-428
- 6- Chou C, Mak W, Wu R et al. *Combined transmesocolic-transomental internal hernia. AJR* 2005;183:1532-1534
- 7- Zarvan N, Lee F, Yandow D et al. *Abdominal hernias: CT findings. AJR* 1995; 164:1391-1395
- 8- Inoue Y, Shibata T, Ishida T. *CT of internal hernia through a peritoneal defect of the pouch of Douglas. AJR* 2002; 179:1305-1306