

# Hernia abdominal interna, como causa de oclusión intestinal. Reporte de un caso clínico

Miguel Angel Galván-Ramos,<sup>(1)</sup> Carlos Alberto Mejía-Picasso,<sup>(2)</sup> Gilberto Samaniego Arvizu<sup>(3)</sup>

*drgalvanmiguel@hotmail.com*

## RESUMEN

Se presenta un caso inusual de paciente masculino de 58 años de edad, el cual ingresa al servicio de urgencias con datos sugestivos de oclusión intestinal de 3 días de evolución, acompañado de distensión abdominal, ausencia de evacuaciones, náuseas y vómitos. Por lo que es ingresado al servicio y valorado para su manejo, se realizan estudios de gabinete en el cual se observa por radiografía datos característicos de oclusión intestinal, así como una tomografía simple y contrastada de abdomen donde se identifica el nivel de la oclusión en el paciente. Después de 72 horas de vigilancia y con evolución incierta del cuadro clínico, el paciente es tratado mediante procedimiento quirúrgico, tras la evolución y manejo establecido por el servicio de cirugía general, este es egresado del servicio con notable mejoría de los síntomas y curación de la patología de ingreso.

**Palabras Claves:** *Oclusión intestinal, hernia abdominal interna, hernia transomental.*

## SUMMARY

An unusual case of a 58-year-old male patient is presented, who was admitted to the emergency department with data suggestive of intestinal obstruction for 3 days, accompanied by abdominal distention, absence of bowel movements, nausea and vomiting. Therefore, he is admitted to the service and evaluated for his management, office studies are carried out in which characteristic data of intestinal occlusion are observed by radiography, as well as a simple and contrasted tomography of the abdomen where the level of occlusion in the patient. After 72 hours of surveillance and with uncertain evolution of the clinical picture, the patient is treated with

a surgical procedure. After the evolution and management established by the general surgery service, he is discharged from the service with notable improvement in symptoms and cure of the disease admission pathology.

**Keywords:** *Intestinal occlusion, internal abdominal hernia, transomental hernia.*

## INTRODUCCION

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de demanda de asistencia a los servicios de urgencias. Este síntoma puede ser la manifestación de muchas entidades de distinta gravedad y tratamiento.<sup>1</sup>

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%, 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.<sup>2</sup>

Debida a múltiples patologías pueden estas presentarse con datos inciertos o no característicos en las patologías obstructivas del tracto gastrointestinal.

Una hernia interna se define como aquella protrusión de una víscera a través de una apertura peritoneal o mesentérica, dentro de la cavidad peritoneal, que conduce a su encapsulación dentro de un compartimento en el interior de la cavidad abdominal.

El orificio herniario puede ser una estructura anatómica ya existente (congénito, como forámenes, recesos y fosas), en cuyo caso no presentan saco, u originarse de forma adquirida

<sup>(1)</sup> Residente 3er año Cirugía General Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, Villahermosa, Tabasco, México.

<sup>(2)</sup> Profesor, titular del curso de Cirugía General del Hospital Regional de Alta Especialidad. Dr. Gustavo A. Roviroso, Pérez, Villahermosa, Tabasco, México.

<sup>(3)</sup> Profesor adjunto a la especialidad de Cirugía General, Cirujano General del Hospital Regional de Alta Especialidad. Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, Villahermosa, Tabasco, México.

## CASO CLÍNICO

tras cirugía, trauma, inflamación o problemas circulatorios, en cuyo caso sí existiría un saco herniario. Suelen asociarse a la presencia de otras anomalías congénitas. Se pueden clasificar en dos grandes grupos: las que protruyen a través del peritoneo, y aquellas que lo hacen a través del epiplón o mesenterio. También se podrían clasificar en abdominales y retroperitoneales.<sup>3</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta a nuestro servicio paciente masculino de 58 años de edad, originario de Centro en Villahermosa Tabasco, con antecedentes clínicos ser portador de hipertensión de 10 años de evolución en tratamiento, como antecedentes quirúrgicos solo se refiere fractura en antebrazo derecho, sin alergias u otras patologías.

Inicia su padecimiento actual, el día 24 de abril del 2023 año en curso, al presentar dolor a nivel abdominal difuso, estreñimiento, náuseas y vómitos, por lo que es tratado con analgésicos y antiespasmódicos, sin mejoría alguna, por lo que se decide 72 horas posteriores al inicio del tratamiento acudir por iniciativa propia al servicio de urgencias al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, para su valoración.

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

A su ingreso el paciente se encuentra en las siguientes condiciones, consciente, orientado en tiempo y espacio, neurológicamente íntegro, con facies de angustia, refiere dolor abdominal con EVA 8/10 con discreta palidez de tegumentos, mal hidratado, con mucosas subhidratadas, pulmonarmente sin compromiso, y con saturación de 97 %, cardiológicamente sin compromiso alguno aparente, sin embargo a nivel abdominal lo encontramos con dolor difuso, marcado a nivel de epigastrio y flanco izquierdo, distensión, peristalsis de lucha a nivel de flanco izquierdo y disminución de ruidos en hipogastrio y fosa iliaca derecha, sin datos de rigidez abdominal, extremidades superiores e inferiores íntegras y simétricas, sin edema con pulsos distales presentes y normales.

La presentación clínica de este tipo de hernias representa un desafío para el profesional médico que trata de diagnosticarlo, esto debido a que la sintomatología puede ser intermitente o constante en otros casos, elevando de esta manera el riesgo de estrangulaciones y por ende de obstrucciones intestinales, dentro de las manifestaciones se pueden encontrar dolor postprandial recurrente, dispepsias, sensación de distensión abdominal, náuseas y vómitos todas por lo regular después

de alimentarse.<sup>4</sup>

### Pruebas complementarias

Laboratorios del día 27.04.2023: Hemoglobina 14.50 g/dl, Hematocrito 42 %, Plaquetas 220 000 /mm<sup>3</sup>, Segmentados 74%, Glucosa de 176 mg/dl, Creatinina 1.03 mg/dl, Sodio de 134, Potasio de 3.31, Cloro 98.

Radiografía abdominal: En la cual se observan asas intestinales distendidas y niveles hidroaéreos. (Fig. 1)

Por lo cual se pide una valoración al servicio de cirugía general, para apoyo en valoración, tratamiento y manejo.



Figura. 1 Radiografía de abdomen con asas intestinales aumentadas de volumen y niveles hidroaéreos.

### Manejo y tratamiento

El paciente se deja a evolución, con ayuno como tratamiento reposición de líquidos y electrolitos así como analgésicos, colocación de sonda nasogástrica y vigilancia.

Durante su estancia el paciente refiere leve mejoría y evacuaciones BRISTOL 4, así como canalización de gases durante 24, con un gasto de sonda nasogástrica de 450 mililitros. Posteriormente a las 48 horas comienza nuevamente con cuadro clínico similar y gasto por sonda nasogástrica de 1910 mililitros, por lo que se decide realización de tomografía simple y contrastada de abdomen. Se realiza Tomografía simple y contrastada de abdomen en donde se logra identificar una zona de transición a nivel

de íleon medio y distal, sin presencia de lesión ocupativa, con íleon distal colapsado e íleon proximal con aumento de volumen así como niveles hidroaéreos, a expensas de líquido y gas intraluminal.

Además de las manifestaciones clínicas previamente mencionadas, los exámenes complementarios de imagen contribuyen al diagnóstico de esta patología, entre los de mejor elección se encuentran los estudios baritados y la tomografía computarizada<sup>4</sup>

### Diagnóstico diferencial y diagnóstico definitivo

Las hernias transometales representan el 1-4% de todas las hernias internas; se pueden distinguir dos tipos: En el primero, la hernia protruye a través del epiplón mayor libre, este tipo es el más común y no hay saco presente. En el segundo, el cual es infrecuente, se produce una hernia en el epiplón menor a través del ligamento gastrocólico. El diagnóstico preoperatorio puede representar un reto para el cirujano ya que los síntomas clínicos pueden variar, sobre todo en edades avanzadas en donde las molestias digestivas suelen ser leves e inespecíficas. El diagnóstico diferencial se deberá establecer con hernias sin saco propio como los vólvulos intestinales y hernias transmesentéricas, las cuales son más frecuentes en la edad pediátrica.<sup>5</sup>

### Tratamiento

El manejo de la obstrucción intestinal aguda será adecuado con descompresión del tubo nasogástrico, seguida de laparotomía inmediata. El tratamiento quirúrgico es la reducción de los segmentos intestinales herniados. Si hay necrosis, perforación o isquemia irreversible de las vísceras herniadas, es necesaria una resección intestinal. En secuencia, el defecto del omento debe ser reparado para prevenir la hernia posterior.<sup>4,7</sup>

El tratamiento curativo de una hernia es quirúrgico, pero en algunos casos se puede recomendar una simple vigilancia. El objetivo de la cirugía es reparador con el fin de mejorar los síntomas, evitar el aumento del tamaño de la hernia y su estrangulación, que requeriría una cirugía de urgencia.<sup>7</sup>

Se realiza laparotomía exploratoria en el paciente por los hallazgos sugeridos en estudios de imagen y por evolución clínica, en la cual se observan dilatación intestinal prestenótica por hernia omental, a 90 centímetros del asa fija intestinal, condicionando estenosis del asa intestinal y con íleon distal ocluido en un 60 %, por lo que se realiza la sección de la parte de epiplón, que condiciona cierto defecto, liberando el asa intestinal y realizando el cierre de la cavidad. Figuras 2,3 y 4.

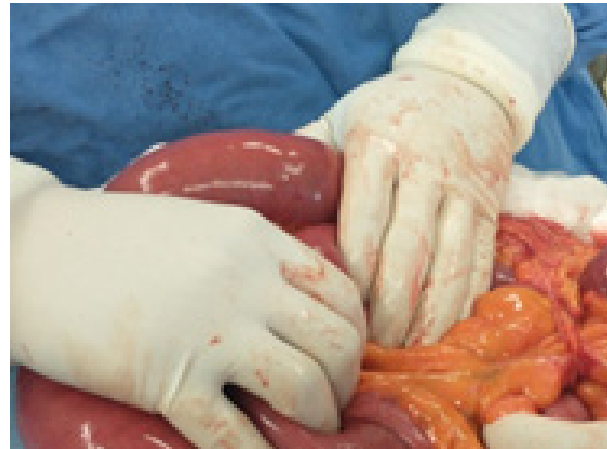


Figura 2. Hernia Interna abdominal transometal.



Figura 3. Epiplón abierto, por donde protruye asa intestinal, la pinza nos permite ver el orificio por donde pasa.



Figura 4. Se realiza sección del defecto y se libera asa intestinal, resolviendo la oclusión intestinal.

**DISCUSIÓN**

Los casos reportados en la literatura son muy escasos debido a la baja incidencia de esta presentación clínica, por lo que se desconocen datos estadísticos de la misma en nuestro país. El objetivo es reconocer la importancia en establecer una adecuada sospecha diagnóstica de esta patología. Ante la duda, el ultrasonido (USG) y la tomografía computada (TC) se han convertido en la técnica de imagen de primera línea debido a su accesibilidad y rapidez, así como a la posibilidad de realizar reconstrucciones multiplanares, además de aportar información adicional sobre el resto de la anatomía. Por tanto, es fundamental reconocer los hallazgos radiográficos sugerentes de esta patología, como la agrupación de asas dilatadas en posiciones anómalas, el desplazamiento de estructuras adyacentes por efecto masa o la alteración de los vasos mesentéricos (torsión, ingurgitación o desplazamiento).<sup>7</sup>

Esta patología es una de las causas más raras de un abdomen obstructivo que se llega a presentar en el paciente quirúrgico, su diagnóstico preoperatorio resulta difícil incluso para el más experimentado cirujano, siendo que el riesgo más importante es la estrangulación de la parte afectada, las cirugías los traumatismos abdominales o las cirugías abdominales previas se convierten en un factor de riesgo importante para sospechar una obstrucción intestinal secundaria a hernias internas, pero en aquellos pacientes que no poseen ninguna condición de las mencionadas, el diagnóstico y la presentación son muy difíciles de detectar.

Los exámenes complementarios de apoyo como son la tomografía abdominal tiene un gran valor, permitiendo la localización del defecto o evidenciando signos que nos conduzcan la obstrucción intestinal, así realizando la resolución quirúrgica de dicha patología y dentro de esta la identificación de una hernia interna, aquí reportamos los hallazgos de una hernia transomental que aunque es de incidencia baja, se puede encontrar en pacientes con obstrucción intestinal.

El tratamiento de las hernias radica en general, es primordialmente la resolución de la obstrucción, que pudiera venir acompañada de una complicación tan grave como lo es la estrangulación de las asas intestinales delgadas, su abordaje puede ser a través de cirugía abierta o laparoscópica, corrigiendo el defecto herniario y evitando así sus complicaciones y recidivas.

En este caso se hace el diagnóstico de la patología, de manera transoperatoria con la sospecha fundada por los estudios de apoyo y las condiciones clínicas del paciente, la importancia de considerar las hernias abdominales internas como parte del diagnóstico diferencial del abdomen agudo, demandan

una acción oportuna de intervención quirúrgica.

**CONCLUSIÓN**

Una valoración y evaluación detallada clínicamente, así como el apoyo en estudios de gabinete y laboratorio son indispensables para la realización de un diagnóstico tan incierto como lo es el de una hernia abdominal interna, por eso es de gran relevancia una muy buena historia clínica y la alta sospecha de la patología en base estudiada, a pesar de que la evolución de nuestro paciente fue no del todo oclusiva totalmente, con periodos de estreñimiento, oclusión y por lapsos evacuación del paciente, el tener la alta sospecha y la decisión de realizar los estudios pertinentes, nos permitieron llegar con el diagnóstico y tratamiento de la patología que le aquejaba al paciente, con una mejoría total y con un tratamiento resolutorio, al instante de la liberación de las asas atrapadas en el orificio que delimitaba dicha hernia.

Aunque el diagnóstico de oclusión intestinal es clínico, debemos entender que hay una gran variedad de fuentes de origen de dicha patología, lo más importante es encontrar el origen y decidir tajantemente el tratamiento. Los estudios de gabinete aunque no son un estándar de oro, nos son de gran apoyo para lograr este objetivo, por eso es de gran ayuda el conocer los datos sugestivos de una oclusión intestinal y los datos tanto radiográficos como de imagen por tomografía.

El tratamiento aunque drástico, en la mayoría siempre va a ser quirúrgico, pudiendo ayudarnos con una sonda para descompresión y alivio del dolor del paciente.

Tras la realización del procedimiento quirúrgico, el paciente se deja en vigilancia y 72 horas y es egresado del hospital con buena evolución y sin recidivas.

**REFERENCIAS**

1. Ostabal Artigas, M. Dolor abdominal en urgencias. *ELsevier* 2002 (40)9.. Elsevier.es. Recuperado el 02 de noviembre de 2023, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-dolor-abdominal-urgencias-13041114>
2. García-Oria, M., Muñoz de la Fuente, A., Peraza Casajús, J.M., Bodega Quiroga, I., Martínez Pozuelo, A., & Serrano Muñoz, A. (2012). Hernia interna de Quain como causa de abdomen agudo. *Sanidad Militar*, 68(4), 231-233. Recuperado en 02 de noviembre de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712012000400006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712012000400006&lng=es&tlng=es).
3. Moreno Egea A, Carbonell Tatay F, Hernias abdominales internas, Eventraciones, otras hernias de pared y cavidad abdominal (57), 694-704, 2 noviembre de 2023, [www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-VII.pdf](http://www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-VII.pdf)
4. Banchón Rivas, P., Rodríguez Rivadeneira, W., & Eras

- Condoy, E. (2023). Hernia abdominal interna, reporte de un caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6),13285-13292. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4329](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4329)
5. Vega Novillo, Viviana; García Caspueñas, Sandra; García Picazo, Alberto; Ortiz Aguilar, Manuel; Rodríguez Cuellar, Elías; Ferrero Herrero, Eduardo; Carmona Gómez, Victoria. Hernia transomental, causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto. *CIR ESP*. 2021;99(Espec Congr 2):1019
6. H. Najah, D. Bouriez, A. Zarzavadjian Le Bian, C. Trésallet, *Hernias abdominales, EMC - Tratado de Medicina*, Volume 25, Issue 1, 2021, Pages 1-8, [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(21\)44690-8](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(21)44690-8). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541021446908>)
7. Leyva-Sotelo, Leslie M., Telich-Tarriba, José E., Ángeles-Gaspar, Daniel, Guevara-Valmaña, Osvaldo I., Victor-Baldín, André, & Rendón-Medina, Marco A.. (2019). Hernia interna estrangulada por plastrón en el tercio distal del apéndice cecal. Reporte de un caso. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 62(6), 24-27. Epub 22 de diciembre de 2020. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.6.03>