

Cirugía y Cirujanos

Volumen **72**
Volume

Número **3**
Number

Mayo-Junio **2004**
May-June

Artículo:




Hernia transmesentérica congénita

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Hernia transmesentérica congénita

Acad. Dr. Carlos Baeza-Herrera,* Dr. Héctor Sanjuan-Fabián,** Dr. Jesús Salinas-Montes,**
Dr. Luis Manuel García-Cabello,*** Dra. Alejandra I Ortiz-Zúñiga**

Resumen

Introducción: la obstrucción intestinal aguda debida a un defecto congénito del mesenterio del intestino delgado es muy rara. La localización más frecuente del defecto es el mesenterio del íleon terminal.

Material y métodos: presentamos cinco casos de obstrucción intestinal mecánica causada por hernia transmesentérica congénita.

Resultados: cuatro fueron del sexo masculino y todos tuvieron enfermedad obstructiva, gangrena del intestino delgado y diversos grados de peritonitis. Dos del total fallecieron.

Discusión y conclusiones: el diagnóstico es difícil y la mayoría de los casos son hallazgos incidentales durante la operación; el tratamiento operatorio es obligado.

Palabras clave: hernia, necrosis intestinal, abdomen agudo.

Summary

Introduction: Acute intestinal obstruction due to congenital defects in the mesentery of the small bowel are quite uncommon. The most frequent location of the defect is the mesentery of the terminal ileum.

Material and methods: Five cases of small bowel obstruction caused by congenital transmesenteric hernia was reviewed.

Results: Four were male and all patients had an intestinal obstructive disease, small bowel gangrene and peritonitis. Two patients died.

Discussion and conclusions: Diagnosis is difficult and most cases recorded until today are incidental findings on laparotomy and surgical treatment is mandatory.

Key words: Hernia, Intestinal strangulation, Acute abdomen.

Introducción

Las hernias congénitas, independientemente de la variedad que se analice, son un campo extraordinariamente extenso. Dentro de las hernias en las que la obstrucción intestinal es el punto de partida de la enfermedad, hay algunas en las que un segmento del intestino delgado queda atrapado en un anillo rígido formado por el orificio inguinal o por el epiplón⁽¹⁾; al introducirse por el hiato de Winslow⁽²⁾; cuando

el tránsito intestinal queda bloqueado debido a la introducción de un asa por debajo del ligamento falciforme⁽³⁾; por una hernia paraduodenal, con o sin malrotación intestinal⁽⁴⁾, y cuando por alguna razón se forma un agujero en el mesenterio y a través de él pasa un segmento de intestino delgado y causa la obstrucción⁽⁵⁾.

Esta última forma, motivo de este trabajo; es una condición muy rara y el objetivo al presentar este documento es analizar el curso de la enfermedad y detallar nuestra experiencia, que se constituye como la primera serie en nuestro país.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que consistió en el análisis de todos los casos diagnosticados como hernia transmesentérica congénita, observados en los diez últimos años de trabajo en el Departamento de Cirugía de nuestro hospital. Fueron excluidos aquellos niños que efectivamente tuvieron una hernia transmesentérica, con o sin isquemia del tubo digestivo, pero que tenían antecedente de trauma abdominal reciente o laparotomía previa. Para cumplir con el objetivo sólo se estudiaron algunas variables como sexo, edad, hallazgos clínicos, radiológicos, operatorios y pronóstico.

* Académico Titular, Academia Mexicana de Cirugía. Profesor Titular del Curso de Cirugía UNAM. Jefe del Departamento de Cirugía General, Hospital Pediátrico Moctezuma.

** Residente de Cirugía, Hospital Pediátrico Moctezuma.

*** Cirujano Pediatra y profesor ayudante, Hospital Pediátrico Moctezuma.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Carlos Baeza-Herrera,
Oriente 158 número 189,
Col. Moctezuma, Segunda Sección,
15500 México, D. F.
Tel.: 5571 4057 y 5571 1737

Recibido para publicación: 04-03-2004.

Aceptado para publicación: 11-05-2004.

Resultados

Pudimos reunir cinco casos, de los cuales cuatro fueron del sexo masculino. Con relación a la edad, dos tenían un día de vida extrauterina y el resto tenían 36 días, 7 y 14 años de edad, respectivamente, estos últimos sin antecedente de trauma abdominal ni laparotomía previa. Con excepción de la paciente de 14 años, quien presentó dos períodos de obstrucción intestinal previos de resolución espontánea, los demás eran presuntivamente sanos.

Todos los pacientes tuvieron datos de oclusión intestinal, tanto clínicos como radiológicos. Los recién nacidos y el lactante menor tuvieron vómito inicialmente transparente, que se tornó biliar antes de transcurridas 24 horas de ini-

ciado el cuadro clínico. En los dos restantes el tiempo de evolución del cuadro oclusivo fue de 54 y 36 horas, respectivamente; presentaron vómito biliar, dolor abdominal y ausencia de evacuaciones.

Desde el punto de vista radiológico, solamente el paciente de 36 días de vida extrauterina presentó aire libre subdiafragmático. En el resto sólo se observaron niveles hidroaéreos y opacidad pélvica distal, por lo que la primera opción diagnóstica fue atresia intestinal (Figura 1). El lactante de 44 días presentó dilatación de intestino delgado y desplazamiento del estómago hacia el lado izquierdo, lo que hizo sospechar la posibilidad de situs gástrico.

El defecto mesentérico fue el hallazgo quirúrgico en todos los pacientes. Además de este defecto, se encontró

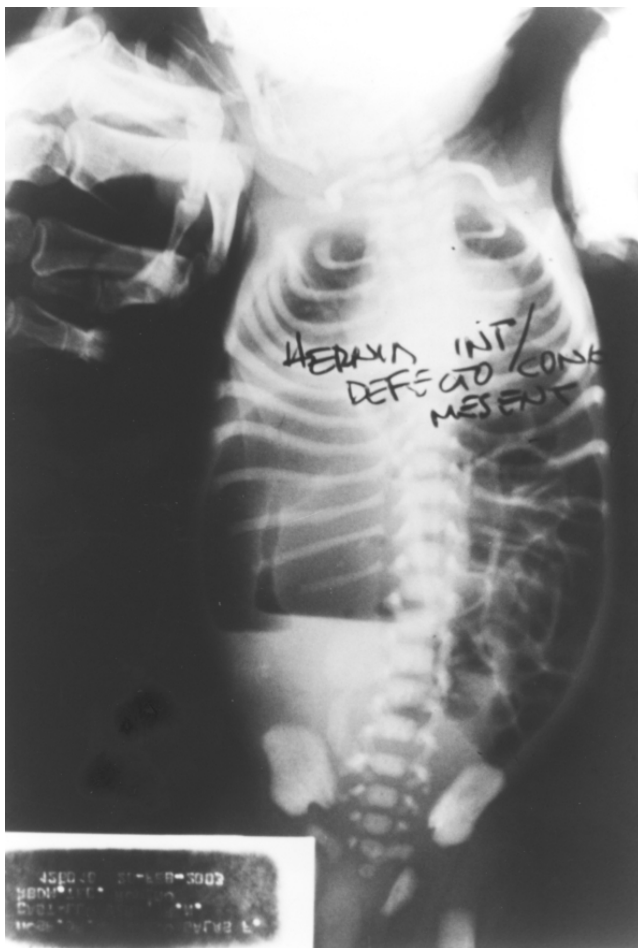


Figura 1. El estudio radiológico simple de abdomen muestra imágenes típicas de una obstrucción intestinal, es decir, niveles hidroaéreos, engrosamiento de la pared intestinal y opacidad pélvica completa. En realidad se trataba de una hernia transmesentérica.



Figura 2. Esta fotografía revela una importante isquemia intestinal que requirió medidas radicales. El contraste entre el intestino normal y el gangrenado es evidente.

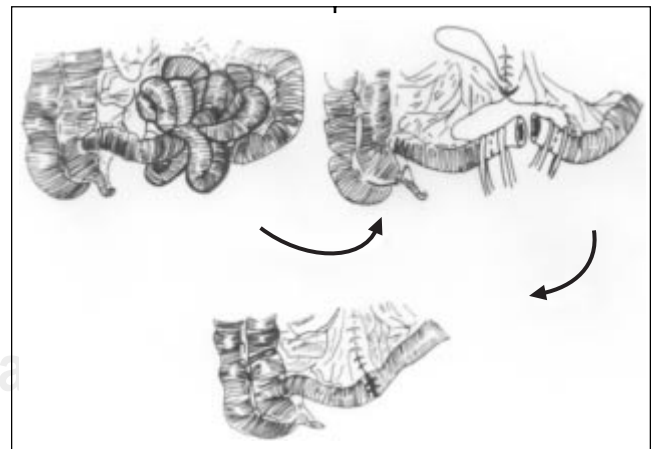


Figura 3. El esquema intenta indicar el espacio a través del cual se introducen segmentos de intestino medio, así como una secuencia terapéutica quirúrgica.

estrangulamiento e infarto del segmento intestinal (Figura 2) involucrado en todos los casos, como consecuencia del paso forzado de un segmento del íleon a través del defecto, dando lugar a un volvulus de intestino medio (Figura 3). Además de la necrosis isquémica, el lactante y uno de los recién nacidos sufrieron perforación intestinal, el último perforación doble. El defecto fue localizado en el íleon terminal y las dimensiones oscilaron entre 2 y 8 cm de diámetro. Independientemente de lo anterior, todos tuvieron grados diversos de peritonitis. En todos se efectuó laparotomía exploradora, resección y anastomosis término-terminal. Dos de los recién nacidos fallecieron, uno en el período transoperatorio y otro 12 horas después de la operación. Los sobrevivientes se encuentran en aparentes buenas condiciones generales.

Discusión

Independientemente de la edad y etiología, la hernia transmesentérica es un evento poco común. El defecto habitualmente está localizado en el intestino delgado y sus dimensiones varían de 2 a 15 cm, pero el promedio es 3 cm. Usualmente es oval o circular y de bordes blandos y peritonizados. Debido a la actividad peristáltica, el orificio permite el paso de asas intestinales y el libre retorno a través de éste, pudiéndose presentar sin mayor problema o matizado por síntomas que sugieren encarceración o estrangulamiento intestinal^(5,6).

Al parecer, la hernia transmesentérica fue descrita por primera vez por Rokitanski en 1836; ocurre en aproximadamente 12% de todos los casos de herniación intraabdominal congénita. La localización más frecuente es el mesenterio del íleon terminal y del total reportado en la literatura se ha visto asociada a atresia intestinal en 5.5%⁽⁷⁾. Se ha observado más comúnmente en varones y alrededor de la mitad de los casos ha sufrido necrosis isquémica⁽⁸⁾ y 35% sucede en la edad pediátrica⁽⁹⁾.

Este defecto es una condición congénita que se observa sólo en raras ocasiones, y hasta donde tenemos conocimiento no hay más de 50 casos pediátricos publicados en la literatura. Aparece generalmente en la etapa neonatal, sin embargo, puede también hacerlo en edades posteriores como se puede constatar en nuestra experiencia.

Se caracteriza por la presencia de un defecto de distintas dimensiones que aparece en algún tramo del mesenterio; se desconoce cómo se forma el agujero por donde se introduce el intestino. No obstante, un fenómeno que determine isquemia muy selectiva durante la etapa de diferenciación pudiera ser la razón. Esta teoría está fundamentada en los hallazgos referidos por Louw y Barnard⁽¹⁰⁾ y porque en la casuística de algunos autores⁽⁸⁾ una buena parte de sus casos se acompaña de atresia intestinal.

Como un pilar de apoyo adicional se encuentra que algunas enfermedades *in utero* cuyo mecanismo de enfermedad principal está determinado por el bloqueo mecánico tanto del contenido intestinal como de la circulación regional, se hacen acompañar de este tipo de defectos. No hace mucho observamos una recién nacida que ingresó con diagnóstico de peritonitis meconial, variedad ascítica, y durante la operación se encontró defecto asintomático en el mesenterio del íleon terminal.

Teorías alternas establecen que el mesenterio de la región ileocecal está constituido por una zona avascular debido a una deficiente anastomosis entre la arteria ileocólica y la última arteria que irriga el íleon terminal. El mesenterio en esta porción del tubo digestivo casi no contiene ganglios linfáticos, tejido graso ni vasos sanguíneos visibles y de ahí la susceptibilidad⁽⁵⁾.

Con relación a los pacientes que nosotros manejamos, obviamente nunca se elaboró el diagnóstico antes de la intervención quirúrgica. Las manifestaciones clínicas observadas fueron las correspondientes a un síndrome de obstrucción intestinal y, por ello, todos fueron etiquetados como posible atresia yeyuno-ileal.

La complicación más temida es que por la presión, el pendulamiento o por una estancia muy prolongada del tramo intestinal en el interior del defecto, éste llegue a sufrir isquemia y ulteriormente infarto y necrosis que conduce a la postre a una perforación intestinal y peritonitis con las consecuencias ya descritas.

Creemos que elaborar el diagnóstico sindromático de abdomen agudo, independientemente de la edad en que se presente el defecto, es lo más importante y que la identificación de certeza difícilmente se podrá hacer antes de efectuar la operación, salvo que se recurra a laparoscopia diagnóstica. No obstante lo anterior, entre los hallazgos radiográficos importantes se encuentra una relativa poca cantidad de aire, bloqueo intestinal y más raramente la presencia de aire en el sistema portal⁽⁸⁾.

La conducta quirúrgica elegida fue la sutura del defecto mediante puntos separados hasta lograr el afrontamiento de los bordes del agujero. La evolución postoperatoria en todos los casos fue hacia la mejoría, pues no habiendo invadido la luz intestinal, no fue necesario prolongar el ayuno por mucho tiempo. Consideramos que complicaciones infecciosas relacionadas con la estancia hospitalaria prolongada fueron responsables de la muerte en los dos neonatos.

Referencias

1. Luchtman M, Berant M, Assa J. Transomental strangulation. *J Pediatr Surg* 1978;13:439-450.
2. Cohen JD, Schoolnik LM. Herniation to the foramen of Winslow. *Dis Colon Rectum* 1982;25:820-822.

3. Miller JB. Falciform ligament aperture causing intestinal strangulation. *Can J Surg* 1981;24:401-402.
4. Blachar A, Federle PM, Dodson FS. Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. *Radiology* 2001;218:68-74.
5. Cutler DG, Scott W. Transmesenteric hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1944;79:509-515.
6. Rivera JLC, Baeza CH. Hernia transmesentérica congénita. Reunión Nacional de Cirugía Pediátrica. San Luis Potosí, México; 1986.
7. Newsom DB, Kukora SJ. Congenital and acquired internal hernias: Unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg* 1986;152: 279-285.
8. Kessler MR, Lentz CJ, Abdenour EG, Poole AC. Mesenteric vascular gas secondary to ischemic bowel transmesenteric hernia. *Radiology* 1981;140:645-646.
9. Murphy AD. Internal hernias in infancy and childhood. *Surgery* 1964;55:311-316.
10. Louw JH, Barnard CN. Congenital intestinal atresia. *Lancet* 1955;269: 1065-1070.

