

CIRUGÍA GENERAL**HERNIA DE RICHTER**

Jorge Luis Ramírez Chacón*

SUMMARY

Richter's hernia is a type of hernia that involves the antimesenteric border of small intestine and causes strangulation of only that part of the circumference of the bowel wall. Its contents involved small intestine and less frequently colon and omentum. It is associated with perforation of incarcerated small bowel loop. The importance of this hernia is to be conscious of its existence and its unclear clinical presentation, which may delay early surgical intervention, resulting in increased morbidity and mortality. The diagnosis can be established with an abdominal X-ray, which may

show bowel dilation and fluid levels, abdominal ultrasound and CT scan, although the patient's clinical status is the main figure of suspicion for this type of hernia. The treatment is surgical, by open or laparoscopic surgery with bowel resection and anastomosis, or primary closure.

Key words: Hernia, Richter

INTRODUCCIÓN

La hernia de Richter es un tipo especial de hernia en la cual el borde antimesentérico de la pared intestinal se encarcela dentro de un saco herniario causando la estrangulación de solo esa parte

de la circunferencia de la pared abdominal. En términos más sencillos, es como "un pellizco" de la pared intestinal afectada. El segmento del intestino más comúnmente encarcelado es el íleon distal, pero cualquier segmento intestinal puede verse afectado.¹ Este tipo de hernia fue observada por primera vez por el Dr. Fabricius Hildanus en 1598, y fue el cirujano alemán August Gottlieb Richter, en 1785, quien realiza la primera publicación de un caso.² Generalmente, son adquiridas y unilaterales, pudiendo aparecer en cualquier localización (orificio inguinal, crural, femoral, umbilical, obturador, flexura esplénica, etc.), aunque son más

* Medico - Cirujano

frecuentes en la región inguinal y femoral; con el desarrollo de la cirugía laparoscópica ha aumentado su incidencia y se han descrito casos de localización en la zona de inserción del trocar umbilical.³ Las hernias que se desarrollan en el sitio del trocar generalmente son resultado de la falta de cierre o cierre inadecuado de la incisión del trocar y en la mayoría de los casos son una complicación prevenible.⁴ En general, es aceptado que los trocáres de 5 mm no requieren el cierre porque la formación de hernia es poco frecuente, aunque ocasionalmente se han reportado. La importancia de las hernias de Richter radica en su conocimiento y en su engañosa presentación clínica, que demora una intervención quirúrgica precoz, lo que origina una mayor morbilidad.^{2,5}

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La presentación clínica es variable y ahí radica su principal inconveniente. Aunque normalmente se presenta como una tumoración dolorosa, es frecuente que se presente como una pequeña tumoración asintomática, o incluso que sin tumoración y que los síntomas sean difusos e imprecisos, sobre todo en pacientes obesos.⁷ Los síntomas de obstrucción intestinal

no son tan frecuentes como en el resto de hernias estranguladas ya que cuando la afectación luminal es menor de dos tercios de la luz, normalmente no producen obstrucción intestinal. Por todo esto, es frecuente que el diagnóstico de la hernia de Richter sea tardío, favoreciéndose así la aparición de complicaciones y aumentando la morbilidad postoperatorio de esta entidad.^{8,9} Anatómicamente, existe una mayor tendencia a la isquemia del asa intestinal de la hernia de Richter encarcelada frente al resto de encarcelaciones herniarias debido a la peor vascularización que presenta el borde anti mesentérico intestinal en comparación con la parte del asa en contacto con el mesenterio, y a la gran presión a la que se ve sometida la pared en el pequeño orificio de la hernia de Richter.¹¹ Las complicaciones son consecuencia del retardo diagnóstico y terapéutico, pudiendo ser incluir gangrena del segmento estrangulado, absceso, fístula enterocutánea, abdomen agudo peritonítico por perforación de víscera hueca.^{2,5}

INCIDENCIA

Este tipo de hernia es más frecuente en pacientes mayores de 60 años, sin diferencias entre sexos. Su localización es múltiple, la mayoría en región femoral e inguinal, aunque también se han

descrito en hernias incisionales, de Spiegel, trocáres de laparoscopia y hernias diafragmáticas.³ A pesar de representar menos del 1% del total de hernias de pared abdominal, alcanza hasta el 14% de las hernias estranguladas.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico es primordialmente clínico, para lo cual hay que tener una alta sospecha clínica dada la vaga sintomatología que suelen presentar estos pacientes. Las pruebas de imagen como la ecografía y la TAC pueden ayudar al diagnóstico, pero demoran la intervención quirúrgica con el consiguiente empeoramiento del pronóstico.^{6,9} El tratamiento es quirúrgico, tratando el defecto herniario mediante herniorrafia o hernioplastia, y realizando un cuidadoso y paciente examen del asa intestinal encarcelada para comprobar su viabilidad, con resección del intestino isquémico si fuera necesario y reanastomosis del mismo. La necesidad de resección intestinal en la hernia de Richter alcanza hasta un 50% de los casos.¹⁰

RESUMEN

La hernia de Richter es un tipo de hernia que compromete el borde anti mesentérico del intestino delgado y que causa la

estrangulación de sólo esa parte de la circunferencia del intestino. Su contenido incluye intestino delgado y con menor frecuencia colon y epiplón. Se asocia con encarcelamiento y perforación del asa de intestino delgado. La importancia de esta patología radica en su reconocimiento y presentación clínica poco clara, la cual demora una intervención quirúrgica oportuna, originando una mayor morbimortalidad. El diagnóstico se establece con la ayuda de una radiografía de abdomen que puede mostrar dilatación intestinal y niveles hidroaéreos, ultrasonido abdominal y la tomografía axial computarizada, aunque el estado clínico del paciente es el principal dato de sospecha de este tipo de hernia. El tratamiento es quirúrgico, mediante cirugía

abierta o laparoscópica, con resección y anastomosis del intestino si fuera necesario o cierre primario.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón del Agua, I; Jiménez Rodríguez, R; Suarez Artacho, G. Hernia de Richter como causa de obstrucción intestinal de difícil diagnóstico. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)*. 2010; (102) 10: 611-612
- Arellano-Borja, A; Mojarra-Estrada, JM; Ungson-Beltrán, G. Hernia de Richter en sitio de puerto de 5 mm posterior a miomectomía laparoscópica, reparada con engrapadora mecánica endoscópica. *Perinatol Reprod Hum*. 2010; 24 (2): 117-121
- Comajuncosas, J; Vallverdu, H; Orbeal, R; Pares, D. Eventración de los orificios de los trocates en cirugía laparoscópica. *Cir Esp*. 2011; 89 (2): 72-76
- Fitzgibbons, R; Cemaj, S; Quinn, T. Abdominal wall hernias En: Mulholland, M; Lillemoe, K; Doherty, G; Maier, R; Simeone, D; Upchurch, G. *Greenfield's surgery: Scientific principles and practice*. 5th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2011; 71: 1159-1197
- Fitzgibbons, R; Filipi, C; Quinn, T. Hernias inguinales En: Brunicaudi, F; Andersen, D; Billard, T; Dunn, D; Hunter, J; Pollock, R. *Schwarz: Principios de cirugía*. 8a ed. México. McGraw-Hill. 2006; 36: 1353-1393
- Helgstrand F; Rosenberg, J; Kehlet, H; Bisgaard, T. Low risk of trocar site hernia repair 12 years after primary laparoscopic surgery. *Surg Endosc*. 2011; 25: 3678-3682
- Hussain, A; Mahmood, H; Shuaib, S; El-Hasani, S. Prevention of Trocar Site Incisional Hernia Following Laparoscopic Ventral Hernia Repair. *JSLs*. 2008. 12: 206-209
- Marco Fisichella, P; Harwell, J; Brosnan, J; Abcarian, H. Richter's hernia through a Spigelian defect of the abdominal wall. *Amer Jour Surg*. 2007 (193) 69-70
- Membreño-Padilla, A. Hernia de Richter: una rara pero posible causa de peritonitis aguda difusa por perforación de víscera hueca. *Rev Med Hond*. 2001; 69: 20-23
- Patil, P; Kamat, M; Hindalekar, M. Richter's Hernia with Unique Presentation as Obstructed Inguinal hernia with Bowel Perforation. *Bom Hosp Jour*. 2012; (54) 155-158
- Rodríguez Hermosa, J. et al; Hernia de Richter como causa de obstrucción de intestino delgado; *CirEsp*. 2001; 69: 65-67