

Hernia interna al ligamento ancho: reporte de un raro caso resuelto con laparoscopia y revisión de la bibliografía

Rocío Fonseca-Coronado,¹ Jose Luis Ledesma-Contreras,² Francisco Javier Robles-Elías,¹ Rogelio Robles-Morales³

RESUMEN

La hernia interna como causa de intervención quirúrgica general es de baja incidencia, se reporta en cifras menores a 1%. En los servicios de Ginecología su ocurrencia es incierta puesto que no se encuentran descripciones de casos similares en la bibliografía nacional, y en la mundial los casos aislados reportados devienen, principalmente, del servicio de Cirugía. Se reporta el caso clínico de una paciente de 38 años de edad que acudió al servicio de Urgencias debido a un síndrome doloroso abdominal de ocho horas de evolución, constante, con aumento progresivo en intensidad, sin acompañarse de fiebre, náusea, vómito o síntomas urinarios. Estreñimiento de 36 horas de evolución. Como primera posibilidad diagnóstica se sugirió apendicitis aguda o complicación de quiste ovárico derecho, del tipo ruptura o torsión. Con la información de los estudios básicos iniciales se decidió una incursión laparoscópica con propósitos diagnósticos y terapéuticos.

Palabras clave: hernia interna, síndrome doloroso abdominal agudo, síndrome de obstrucción intestinal, ligamento ancho de útero, tomografía computada multidetector.

ABSTRACT

We note a specific case report of a 38 year old patient, who presented to an emergency room with an 8-hour history of a continuous and progressive, abdominal pain syndrome. Without fever, nausea, vomiting, or urinary tract symptoms, and with a 36-hour history of constipation. We established as a first possibility the clinical diagnosis of, acute appendicitis vs. an ovarian cyst complication, such as rupture or torsion. After the initial basic diagnostic tests, we decided to do a laparoscopic approach for purposes of diagnosis and treatment.

Key words: Internal hernia, acute painful abdominal syndrome, intestinal obstruction syndrome, broad ligament of the uterus, multi detector computed tomography.

RÉSUMÉ

Hernie interne comme la cause d'une intervention chirurgicale est généralement faibles chiffres d'incidence rappor-

tés chez moins de 1 %. Services de gynécologie dans leur survenance est incertaine car il ya des descriptions de cas similaires dans la bibliographie nationale, et dans des cas isolés signalés dans le monde deviennent principalement un service de chirurgie. Nous rapportons le cas d'une année 38 ans qui est venu à l'urgence en raison de douleurs abdominale évolution du syndrome de huit heures de constante, avec une augmentation progressive de l'intensité, aucun symptôme fièvre, des nausées, des vomissements ou des voies urinaires. Constipation 36 heures d'évolution. En tant que premier suggéré possibilité complication diagnostic d'appendicite aiguë ou droit kyste de l'ovaire, de la rupture ou le type de torsion. Avec les informations provenant des études de base initiales ont décidé d'un raid laparoscopie de diagnostic et à des fins thérapeutiques.

Mots-clés: hernie, syndrome interne abdominale aiguë de la douleur, le syndrome d'obstruction intestinale, large ligament utérin, multidetector tomodensitométrie.

RESUMO

Hérnia interna como a causa da intervenção cirúrgica é geralmente baixos valores de incidência inferiores a 1 %. Serviços de ginecologia em sua ocorrência é incerta desde há descrições de casos semelhantes na bibliografia nacional e, em casos isolados relatados em todo o mundo tornar-se, principalmente, Serviço de Cirurgia. Relatamos o caso de um de 38 anos que chegou ao departamento de emergência por causa da dor abdominal evolução síndrome de oito horas de constante, com aumento progressivo da intensidade, sem febre, náuseas, vômitos ou sintomas urinários. Constipação 36 horas de evolução. Como sugerido primeira possibilidade complicação diagnóstico de apendicite aguda ou cisto no ovário direito, ruptura ou tipo de torção. Com as informações a partir dos estudos básicos iniciais decidiu uma operação por laparoscopia diagnóstica e fins terapêuticos.

Palavras-chave: hérnia, síndrome interna aguda dor abdominal, síndrome de obstrução intestinal, uterina ligamento largo, tomografia computadorizada.

La hernia interna como causa de intervención quirúrgica general es de baja incidencia, se reportan cifras menores a 1%. En los servicios de Ginecología su ocurrencia es incierta puesto que no se encuentran descripciones de casos similares en la bibliografía nacional, y en la mundial los casos aislados reportados devienen principalmente del servicio de Cirugía. Sin embargo, por constituir una condición clínica cuyo retardo en el tratamiento aumenta exponencialmente su morbilidad, llegando incluso a causar la muerte, es una exigencia moderna desarrollar en los servicios de Urgencias un alto índice de sospecha que permita su diagnóstico y atención temprana que no debe omitirse en el ámbito clínico de nuestra especialidad. La importancia de reportar un caso clínico se magnifica al no disponer de reportes previos en la bibliografía nacional ginecológica.

La necesidad del diagnóstico clínico temprano de las hernias internas constituye una exigencia cada vez mayor en la práctica de la medicina moderna por evidencias surgidas en tres rubros principales:

- a) El retardo en el diagnóstico puede llevar a sufrimiento isquémico intestinal y en casos graves hasta la muerte, cuya ocurrencia excede 50% cuando hay estrangulación del intestino delgado.¹
- b) La incidencia se incrementa progresivamente, sobre todo debido a los relativamente nuevos procedimientos quirúrgicos, entre los que destacan los relacionados con la cirugía bariátrica del tipo *bypass* gástrico.²

- c) El retardo en el diagnóstico genera consecuencias funcionales, muerte, incremento de los gastos hospitalarios y tardanza en la reincorporación a la vida productiva; además, puede generar presunción de falta de deber de cuidado médico con la consecuente tendencia al conflicto médico legal.³

La clasificación clásica de las hernias contempla dos grandes divisiones: *a)* externas e *b)* internas. Las primeras representan una tercera parte de las obstrucciones intestinales que se caracterizan por el prolapso de las asas intestinales a través de los defectos de la pared abdominal o de la pelvis. Muestran un descenso estadístico lentamente progresivo por el mayor número de hernioplastias selectivas que escapan del propósito de este reporte.

Las hernias internas se definen como las que tienen su orificio herniario localizado en la cavidad abdominal, sin hacer prominencia hacia el exterior. Su etiología está relacionada fundamentalmente con orificios herniarios internos verdaderos, como consecuencia de malformaciones congénitas y de hernias derivadas de secuelas de bridas y adherencias postquirúrgicas de origen inflamatorio, congénito o neoplásico.⁴ Son responsables de una tercera parte de los casos de obstrucción intestinal.

En este grupo se describen algunos tipos principales⁵ que toman como partida su localización, las más frecuentes son las paraduodenales izquierda y derecha (40 y 13%, respectivamente) y las menos las pericecales (13%), foramen de Winslow (8%), trasmesentéricas y trasmesocólicas (8%) intersigmoideas (6%) y retroanastomóticas (5%). Sin embargo, la variedad reportada en nuestro caso no se describe tradicionalmente como sitio de asiento de orificios herniarios, o se señala como causa aislada, sin generar una frecuencia meritoria de un apartado especial.

Las hernias internas causantes de obstrucción intestinal ocupan un lugar prominente, que recae en el intestino delgado el sitio de obstrucción en aproximadamente 80% de los casos y en el intestino grueso el 20% restante.

Escenario clínico general

La variedad en la presentación clínica de la hernia interna depende, fundamentalmente, de su localización. La severidad del cuadro clínico se relaciona con la duración y la reducibilidad de la hernia; y, desde luego, de la existencia o no de encarcelación y estrangulación de las asas intestinales. Pueden ser asintomáticas o causar molestias significativas y varían desde dolor epigástrico inespecí-

¹ Médico ginecoobstetra.

² Médico cirujano general.

Centro Médico de Sonora, Nogales, Sonora.

³ Médico residente de segundo grado de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Robles Elías
Av. Obregón 1488-101
84055 Nogales, Sonora, México
fjre77@prodigy.net.mx

Recibido: 22 de marzo 2013

Aceptado: 4 de abril 2013

Este artículo debe citarse como: Fonseca-Coronado R, Ledesma-Contreras JL, Robles-Elías FJ, Robles-Morales R. Hernia interna al ligamento ancho: reporte de un raro caso resuelto con laparoscopia y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2013;81:658-664.

www.femecog.org.mx

fico hasta dolor tipo cólico intermitente. En ocasiones se manifiestan con náusea y vómito, sobre todo después de grandes comidas, y “obstrucción intestinal” recurrente. En ocasiones estos síntomas se modifican por cambios posturales por su propensión a reducirse espontáneamente.

El soporte diagnóstico con pruebas de laboratorio convencionales no tiene especificidad ni sensibilidad significativa, y no existe ninguna variante patognomónica o de valor definitivo. La cronicidad del cuadro clínico, o el inicio súbito de la obstrucción intestinal, participan en la variabilidad de los cambios en los parámetros de laboratorio, y pueden encontrarse reportes con signos inespecíficos de inflamación aguda, desequilibrio hidroelectrolítico o algunos otros valores no significativos para el diagnóstico preciso.

Las imágenes radiográficas simples de abdomen son también inespecíficas, y los estudios de imagen de contraste por vía oral anteriormente utilizados con mayor frecuencia en el diagnóstico de hernias internas se encuentran en desuso, emergiendo la tomografía computada como elemento de importante valor diagnóstico dadas sus capacidades multiplanares de reconstrucción de imagen.⁶

CASO CLINICO

Paciente femenina de 38 años de edad que acudió al servicio de Urgencias con antecedentes de importancia limitados a la esfera ginecoobstétrica consistentes en tres cesáreas sin complicaciones. Al interrogatorio directo negó síntomas sugerentes de patología pélvica. Sus menstruaciones habían sido normales, la última 12 días previos a la fecha de consulta, sin uso personal de métodos anticonceptivos por vasectomía de su pareja.

Dolor abdominal de 24 horas de evolución, progresivamente mayor, constante, que no cedió a dosis única de butilhiocina. No refiere náuseas pero sí vómito de contenido gástrico y constipación intestinal de 36 horas de evolución. El dolor lo refiere de inicio leve en el mesogastrio, con posterior exacerbación y generalizado a todo el abdomen. Negó haber tenido síntomas urinarios, o hipertermia, o recientemente haber ingerido alimentos en grandes cantidades o provistos de grasas y condimentos.

A la exploración física la paciente se encontró con frecuencia cardíaca de 68 latidos por minuto, temperatura de 36.6°C, presión arterial de 130/90 mmHg, saturación

de oxígeno de 99%, peso: 74 kg, estatura de 1.64 m e índice de masa corporal de 27.5. Consciente, tranquila, bien orientada e hidratada, sin padecimientos cardiopulmonares, abdomen plano, blando, con dolor referido a la palpación de todo el abdomen inferior, con rebote positivo, más acentuado hacia la fosa iliaca derecha e hipogastrio. Murphy positivo, Rovsing positivo, obturador negativo, psoas positivo, talopercusión positiva, Mac Burney positivo, Giordiano negativo y peristalsis disminuida.

Se decidió hospitalizarla para efectuarle exámenes convencionales, radiografía simple de abdomen de pie y AP de tórax. No se realizó tomografía computada de abdomen y pelvis. Los reportes de interés para el caso fueron los siguientes:

Biometría hemática completa:

- Fórmula roja y plaquetas normales
- Leucocitos totales: 8.35 – diferencial normal, excepto de neutrófilos 72.60. (40.0- 63.6%)
- Radiografía simple de abdomen de pie: (sic) datos radiológicos relacionados con ileo (niveles hidroaéreos)
- PA de tórax: estudio radiológico de tórax dentro de límites normales
- Sonograma abdomino-pélvico: (sic)
 - Estudio de abdomen superior dentro de lo normal.
 - Colección de ecos mixtos en la pelvis, quizá debidos a quiste de ovario hemorrágico, a descartar otros.
 - Útero y ovarios dentro de lo normal.
 - Correderas parieto-cólicas libres, no se demostraron colecciones ni líquido libre intraperitoneal, no se logró identificar el apéndice cecal.
- La primera posibilidad diagnóstica clínica fue apendicitis aguda o complicación de quiste ovárico derecho del tipo ruptura o torsión.

Se decidió practicarle una laparoscopia diagnóstica y terapéutica, con el correspondiente consentimiento informado de la paciente.

Se realizó técnica abierta de Hasan de 5 mm y dos puertos accesorios de 5 mm con los siguientes hallazgos:

1. Síndrome adherencial limitado a segmentos de epiplón adheridos al peritoneo parietal en línea media. (Figura 1)
2. Líquido libre inflamatorio en gran cantidad en el hueco pélvico. (Figura 2)

3. Dilatación de asas intestinales de íleon, edema y cambios isquémicos en 30 cm de longitud, aproximadamente (Figura 3)
4. Liberación por tracción con pinza de grasper del segmento de asa dañada. (Figura 4a) Cambios isquémicos que se revierten al liberar el íleon de su obstrucción por el orificio herniario, con adecuada perfusión y pulsos de buena intensidad (Figura 4b).
5. Identificación del defecto parametrial izquierdo, aproximadamente 2.5 cm en sus dos hojas, varie-



Figura 1. Síndrome adherencial limitado a segmentos de epiploon adheridos al peritoneo parietal en línea media.



Figura 2. Líquido libre inflamatorio en gran cantidad en el hueco pélvico.



Figura 3. Dilatación de asas intestinales de íleon, edema y cambios isquémicos en 30 cm de longitud, aproximadamente.

- dad Tipo 1 de Cilley y Tipo 1 o “fenestrada” de Hunt. (Figura 5)
6. Sutura del defecto del ligamento ancho, nudo intracorpóreo con surgete continuo PDS 00 (Figuras 6a, 6b, 6c)
7. Verificación de la corrección del defecto herniario (visión posterior)

Diagnóstico posquirúrgico: hernia interna encarcelada a través del ligamento ancho izquierdo.

Evolución posquirúrgica: adecuada evolución postoperatoria.

Al siguiente día del procedimiento laparoscópico se inició dieta líquida con adecuada tolerancia; la paciente fue dada de alta del hospital a las 48 horas, libre de síntomas dolorosos.

Acudió al primer control posquirúrgico por consulta externa al séptimo día, asintomática.

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal es un padecimiento frecuente en los servicios de Urgencias, representa 12-16% de los ingresos. Las hernias internas, como causa de obstrucción intestinal, son extremadamente raras, ocurren en menos de 1% de los casos; más raro aún si la causa es una herniación a través de un defecto del ligamento ancho, debido a que estas corresponden sólo a 4-5% del gran total de las hernias internas.^{2,4,5,6}

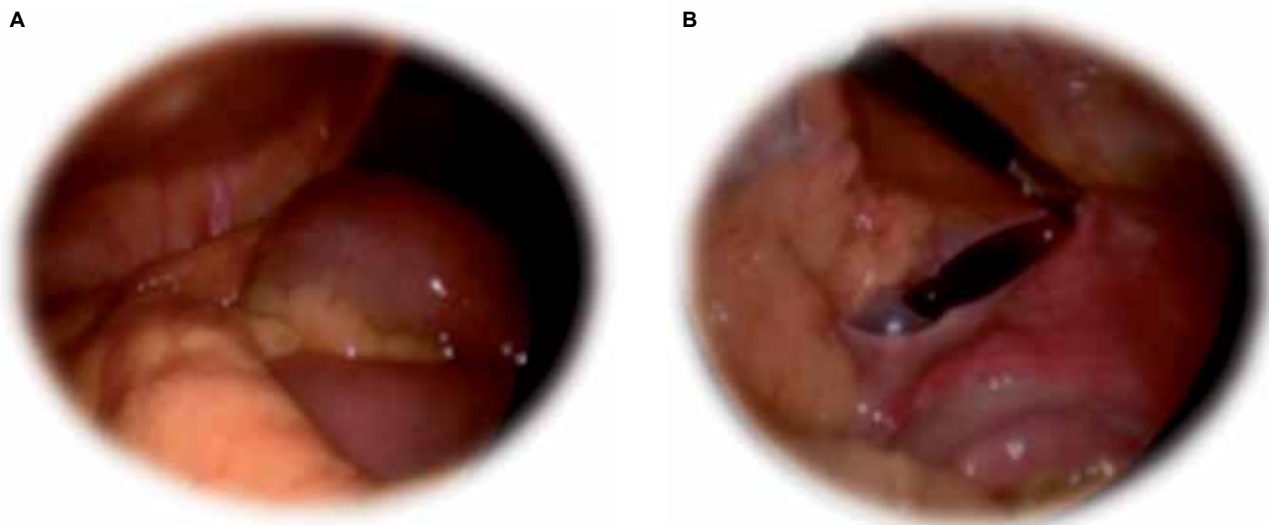


Figura 4. A. Liberación por tracción con pinza de grasper del segmento de asa dañada. B. Cambios isquémicos que se revierten al liberar el íleon de su obstrucción por el orificio herniario, con adecuada perfusión y pulsos de buena intensidad.



Figura 5. Identificación del defecto parametrial izquierdo, aproximadamente 2.5 cm en sus dos hojas, variedad Tipo1 de Cilley y Tipo 1 o "fenestrada" de Hunt.

El ligamento ancho del útero, formado por peritoneo que cubre sus dos superficies, puede tener defectos que involucren una o las dos hojas peritoneales, aunque es más común que ocurra en ambas y en localizaciones diversas. En nuestro caso, la variedad observada fue la tipo 1 o "fenestrada" de acuerdo con la clasificación propuesta por Hunt, que significa que el defecto comprende la hoja

anterior y posterior del ligamento ancho. Esta variedad es perfectamente diferenciable de la variedad Tipo 2 o en "bolsa", donde se afecta una sola capa, anterior o posterior, del ligamento ancho.^{4,7}

De acuerdo con la clasificación topográfica del defecto propuesta por Cilley⁷ nuestro caso se encuentra en variedad Tipo 1 porque el orificio está en la zona más amplia del ligamento ancho, en contraste con el Tipo 2 donde el defecto se localiza a través del mesosalpinx y el mesovario y el Tipo 3 que produce el daño en el meso del ligamento redondo.

Entre los factores etiológicos de los defectos herniarios del ligamento ancho están las causas congénita y adquirida. Estas últimas constituyen 43 a 54%⁸ del total y se generan por la herniación de un segmento de asa intestinal a través de un defecto provocado quirúrgicamente a través del mesenterio, del peritoneo o en sitios de anastomosis. Aunque a menudo son unilaterales pueden también ser bilaterales.

La variedad adquirida obedece a un mecanismo de producción relacionado con trauma del embarazo o parto, enfermedad pélvica inflamatoria o daño quirúrgico por sutura imperfecta del pliegue vesico-uterino prolongado hacia el ligamento ancho al momento de la cesárea. La variedad congénita se relaciona con quistes en el ligamento ancho, remanentes de los conductos mesonéfricos o müllerianos, que al romperse dejan posiblemente un defecto en el ligamento ancho. Esta situación explica los defectos

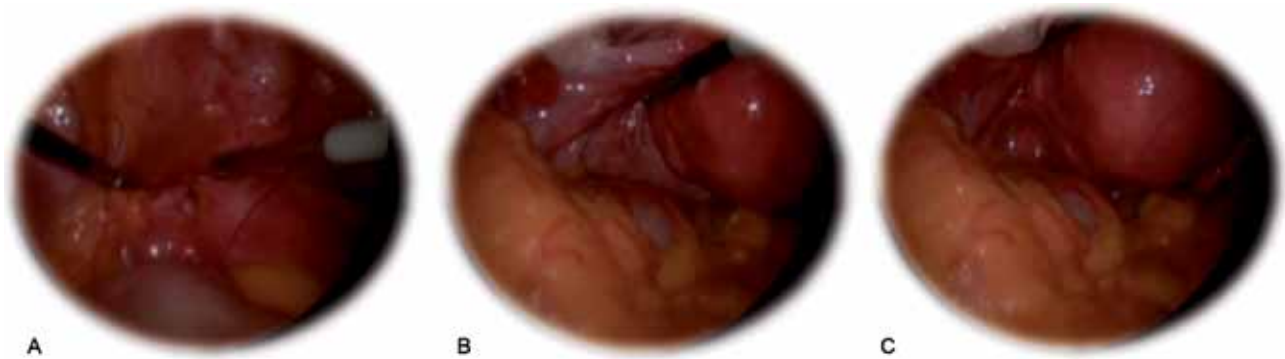


Figura 6. Sutura del defecto del ligamento ancho, nudo intracorpóreo con surgete continuo PDS 00.

en mujeres nulíparas, o en quienes no se han realizado intervenciones quirúrgicas o no tuvieron enfermedad inflamatoria pélvica.⁹

Bernal⁴ y Hola⁵ reportaron, en revisión extensa de la bibliografía, 73 casos de herniación a través de un defecto del ligamento ancho desde que Quain en 1861 describiera el primer caso en estudio post mortem.

Como sucedió en nuestro caso, el íleon es el segmento intestinal más frecuentemente implicado, seguido de: yeyuno, anexo, colon, omento, apéndice y uréter. En nuestro caso la paciente tenía antecedentes de: tres cesáreas sin otros defectos intracavitarios que pudieran sugerir padecimientos congénitos, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis ni otros hallazgos de patología pélvica.

La detección preoperatoria de una herniación a través de un defecto en el ligamento ancho puede ser difícil debido a la ausencia de un cuadro clínico característico; sin embargo, los reportes recientes indican que la tomografía computada de abdomen y pelvis puede sugerir un diagnóstico correcto, aunque no preciso.

CONCLUSIONES

La hernia interna al ligamento ancho es una afección de difícil diagnóstico porque sus signos y síntomas son vagos, poco específicos y el diagnóstico oportuno requiere un alto índice de sospecha cuando se evalúa una paciente con dolor abdominal acompañado de distensión abdominal que generalmente aparece en fases tardías. Los estudios radiológicos suelen reportarse normales o no concluyentes. Los hallazgos tomográficos son sutiles y pueden incluir

signos de obstrucción intestinal, segmentos intestinales dilatados, engrosamiento, apelonamiento de asas, además de distorsión e ingurgitación de vasos mesentéricos. A pesar de todos estos posibles signos, el diagnóstico de hernia interna por tomografía es difícil.

La sospecha clínica, el diagnóstico oportuno y la cirugía temprana afectan favorablemente el pronóstico y evitan complicaciones funcionales, disminuyen las erogaciones económicas, evitan la eventualidad de muerte y desde luego reducen los riesgos de inmiscuirse en el conflicto médico legal.

La hernia interna constituye una urgencia quirúrgica con significativa morbilidad, con retardo del diagnóstico, por esto su reconocimiento temprano es la clave fundamental para el éxito del tratamiento quirúrgico para prevenir la isquemia y perforación inherentes a esta complicación que pueden llevar a la muerte materna.

Desde luego, el retardo en el diagnóstico, con el consecuente menoscabo en la salud, con incremento de costos de hospitalización, retardo en la reincorporación al trabajo o labores convencionales y en el caso de muerte secundaria a isquemia y sus complicaciones se transforman en terreno fértil para llevar el caso a controversia médico legal ante las instancias jurisdiccionales.

REFERENCIAS

1. Martin LC, Merkle EM y Thompson WM. Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *AJR* 2006; 186:703-717.
2. Canadas R y col. Complicaciones de cirugía bariátrica. Hernia interna: una condición potencialmente fatal:

- Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Col Gastroenterol* [online] 2007;22:243-248.
3. Robles FJ. Prevención del conflicto médico legal. México: Nieto Editores, 2011.
 4. Bernal EA, Restrepo MR, Bernal CC, Castaño LR. Foramen congénito del ligamento ancho con hernia enteral interna y sufrimiento intestinal reversible: presentación de dos casos. *Rev Col Gastroenterol* 2012;27.
 5. Hola J, Azolas R, y col. Hernia interna secundaria a defecto del ligamento ancho. *Rev Chil Cirug* 2010;62:13-14.
 6. Motta-Ramírez GA, Alonso-Blancas E, González-Merino LII, Montero y Mota JC. La hernia interna como condicionante del síndrome de obstrucción intestinal: identificación y evaluación por tomografía computada multidetector. *Anales de Radiología México* 2012;3:157-164.
 7. Kunihiko H, Kyoei M, Hiroshi M, Keiichi S, et al. Strangulated hernia through a defect of the broad ligament and mobile cecum: A case report. *World J Gastroenterol* 2006;12:1479-1480.
 8. Guillem P, Cordonnier C, Bounoua F, Adams P, Duval G. Small bowel incarceration in a broad ligament defect. *Surg Endosc* 2003;17:161-162.
 9. García-Oria M, Inglada J, Domingo J, Biescas J, Ching Ch. Small bowel obstruction due to broad ligament hernia successfully treated by laparoscopy. *J Laparoendos Advan Surg Tec* 2007;17:666-668.
 10. Tarek B. Broad ligament disorders updated. Jul 9, 2012. Medscape Reference. Drugs, diseases & Procedures.