

## Hernia de Richter: Reporte de caso

Motta-Ramírez Gaspar Alberto, Hernández-Hernández Artemio, Guzmán-Barcenas Julián, Victorio-Vargas Omar Dimas y Ramos-Díaz Edgar Enrique.

### Autor para correspondencia

Gaspar Alberto Motta Ramírez. Médico Radiólogo, adscrito a la subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, MX. Contacto al correo electrónico: [radbody2013@yahoo.com.mx](mailto:radboddy2013@yahoo.com.mx)

**Palabras clave:** Dolor abdominal, hernia de Richter, obstrucción intestinal.

**Keywords:** Abdominal pain, intestinal obstruction, Richter's hernia.



## Hernia de Richter: Reporte de caso

Motta-Ramírez GA<sup>a</sup>, Hernández-Hernández A<sup>b</sup>, Guzmán-Barcenas J<sup>c</sup>, Victorio-Vargas OD<sup>c</sup>, Ramos-Díaz EE<sup>c</sup>

### Resumen

El síndrome de obstrucción intestinal representa un conjunto de signos y síntomas que se pueden producir por diversas patologías lumenales (bezoares, litos), extraluminales (adherencias) o intramurales (enfermedad de Crohn) del tracto gastrointestinal, peritoneales y sistémicas, que dan como problema clínico principal la imposibilidad de canalizar gases y evacuar el contenido intestinal. Representa un 20% de las admisiones quirúrgicas agudas y es una de las causas de intervención quirúrgica más frecuentes. La hernia de Richter o enteroceles parcial es un especial tipo de hernia encarcelada con pinzamiento del borde antimesentérico del intestino delgado, que causa sólo la estrangulación de esa parte de la circunferencia de la pared intestinal. Es una enfermedad muy poco frecuente. Su diagnóstico es difícil por el desarrollo lento de los signos y síntomas y se asocia con una alta morbilidad. Presentamos el caso de una paciente con dolor abdominal agudo en quien se diagnosticó hernia de Richter.

**Palabras clave:** Dolor abdominal, hernia de Richter, obstrucción intestinal.

## Richter's Hernia: A Case Report

### Abstract

Intestinal obstruction syndrome represents a set of signs and symptoms caused by several gastrointestinal tract pathologies including luminal (bezoar, stones), extraluminal (adherences) or intramural pathologies (Crohn's Disease), peritoneal and systemic. The main clinical problems that arise are impossibility to evacuate gases and intestinal content. This problem represents 20% of surgical admissions and is one of the most frequent causes of intervention. Richter's hernia or partial enterocoele, is a specific type of incarcerated hernia with impingement of the antimesenteric border of the small bowel. It only causes strangulation of that part of the intestinal wall circumference. Richter hernia is a very uncommon sickness. The diagnosis is difficult because signs and symptoms develop slowly and it is associated with high morbidity. We present the case of a patient with acute abdominal pain who was later diagnosed Richter's hernia.

**Key words:** Abdominal pain, intestinal obstruction, Richter's hernia.

a. Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante, Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, MX.

b. Departamento de Radiología e Imagen, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, MX.

c. Departamento de Cirugía General, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, MX.

#### Autor para correspondencia

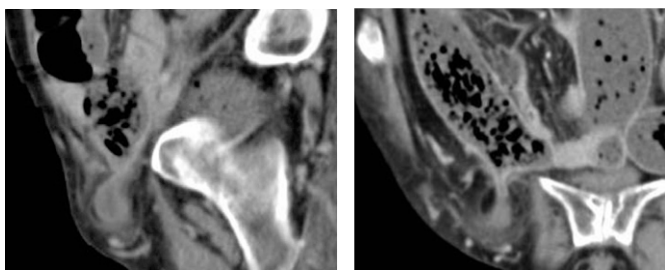
Gaspar Alberto Motta Ramírez. Médico Radiólogo, adscrito a la subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante del Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, MX.

Contacto al correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

## Introducción

El síndrome de obstrucción intestinal representa un conjunto de signos y síntomas que se pueden producir por diversas patologías lumenales (bezoares, litos), extraluminales (adherencias) o intramurales (enfermedad de Crohn) del tracto gastrointestinal, peritoneales y sistémicas, que dan como problema clínico principal la imposibilidad de canalizar gases y evacuar el contenido intestinal. Representa un 20% de las admisiones quirúrgicas agudas y es una de las causas de intervención quirúrgica más frecuentes. Se habla también de íleo mecánico y debe diferenciarse de la detención del tránsito intestinal por falta de peristalsis o íleo paralítico, sin una obstrucción mecánica, generalmente secundaria a una irritación peritoneal o a otras causas más infrecuentes.

Dentro de las causas de obstrucción intestinal, las bridas o adherencias peritoneales son la primera causa de obstrucción del intestino delgado y las hernias la segunda. En nuestro país el íleo biliar es también una causa frecuente, especialmente en mujeres mayores. La causa más frecuente de obstrucción de colon es el cáncer y otras causas menos frecuentes son la enfermedad diverticular complicada, los vólvulos y las



**Figura 1.** A) Tomografía computada abdominopélvica que muestra distensión de asas intestinales de delgado, heces en su contenido y hernias inguinales bilaterales; B) y C) Reconstrucción multiplanar coronal y sagital (con magnificación y rotación del área de interés) muestra heterogeneidad de la grasa del saco herniario derecho y hernia inguinal derecha complicada con un segmento del asa encarnerada.



**Figura 2.** Hernia de Richter a 70 cm de la válvula ileocecal, sin datos de compromiso vascular ni perforación intestinal.

hernias. La hernia de Richter o enteroceles parcial es un especial tipo de hernia encarnerada con pinzamiento del borde antimesentérico del intestino delgado, que causa sólo la estrangulación de esa parte de la circunferencia de la pared intestinal. Es una enfermedad muy poco frecuente. Su diagnóstico es difícil por el desarrollo lento de los signos y síntomas y se asocia con una alta morbilidad y mortalidad.<sup>2</sup>

## Presentación de caso

Se trata de paciente femenino, de 59 años diabética e hipertensa, con antecedentes quirúrgicos tales como artroplastia de rodilla derecha por evento traumático en 1992 por fractura y ruptura de ligamentos de rodilla derecha; fractura de Colles en el 2011, hernia inguinal bilateral; con hemotransfusiones: 1 concentrado eritrocitario en 1992 sin reacción. Grupo y RH desconoce; sin toxicomanías.

Acudió a valoración por síndrome doloroso abdominal agudo y síndrome de obstrucción intestinal de 4 días de evolución, acompañado de náusea y vómito. A su ingreso a la exploración física se encontró abdomen con presencia de heridas quirúrgicas antiguas en línea media, con defectos herniarios que protruyen supra e infraumbilical que no reducían espontáneamente. En los paraclínicos se reportaron leucocitos de 8500/uL, neutrófilos de 64.1% y glucosa de 456 mg/dL.

Se le realizó estudio de tomografía computada abdominopélvica (Figura 1A) que demostró distensión de asas de intestino delgado, heces en su contenido, hernias inguinales bilaterales y en la reconstrucción multiplanar coronal y sagital (con magnificación y rotación del área de interés, Figuras 1B y C) demostró e identificó como causa del síndrome doloroso abdominal y obstructivo intestinal con heterogeneidad de la grasa del saco herniario derecho y a la hernia inguinal derecha complicada con un segmento del asa encarnerada.

La paciente fue sometida a cirugía, laparotomía exploradora como urgencia, con revisión de cavidad y plastia inguinal bilateral preperitoneal. Se evidenció la presencia de hernia de Richter (Figura 2) a 70 cm de la válvula ileocecal, sin datos de compromiso vascular ni perforación intestinal, con lesión advertida puntiforme de vena iliaca externa izquierda con reparación primaria de la misma con prolene 6-0, realizándose plastia inguinal bilateral con técnica preperitoneal. Posteriormente presentó cetoacidosis durante

su posoperatorio resolviendo y evolucionando de manera adecuada.

## Discusión

La hernia de Richter o enterocece parcial es un especial tipo de hernia encarcelada con pinzamiento del borde antimesentérico del intestino delgado, que causa sólo la estrangulación de esa parte de la circunferencia de la pared intestinal. Es una enfermedad muy poco frecuente. Su diagnóstico es difícil por el desarrollo lento de los signos y síntomas y se asocia con una alta morbilidad.<sup>2</sup> Es más frecuente en mayores de 60 años, sin diferencias entre sexos. A pesar de representar menos del 1% del total de hernias de pared abdominal, alcanza hasta el 14% de las hernias estranguladas.<sup>3</sup>

El segmento de intestino delgado más afectado es el íleon terminal. Las características más determinantes para el desarrollo de esta hernia son el tamaño del orificio herniario y su consistencia, ya que debe alcanzar un diámetro lo bastante grande para ser atravesado por la pared del asa intestinal, pero no para permitir el paso completo de ésta, y con una consistencia que impida que la presión ejercida por el contenido herniario permita que pase la totalidad del asa.<sup>2</sup>

Generalmente este tipo de hernias son adquiridas y unilaterales, pudiendo aparecer en cualquier localización (orificio inguinal, crural, femoral, umbilical, obturador, flexura esplénica, etc.), aunque son más frecuentes en la región inguinal y femoral;<sup>2</sup> con el desarrollo de la cirugía laparoscópica aumenta su incidencia y se describen casos de localización en la zona de inserción del trocar umbilical.<sup>4,5</sup>

La presentación clínica es variable, siendo la más común la de un tumor doloroso y los síntomas de obstrucción intestinal no son tan frecuentes como en el resto de hernias estranguladas, predisponiendo a un diagnóstico tardío y aumentando la morbilidad (16 a un 26%). Por lo inespecífico de los síntomas, aunque usualmente no se presenta como cuadro de obstrucción intestinal, en la hernia de Richter no hay obstrucción intestinal completa, pero la porción atrapada favorece el edema local y la dilatación proximal.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se debe practicar un estudio dinámico (maniobra de Valsalva, tos, cambios posturales, compresión), lo que facilita el diagnóstico de pequeñas hernias y permite evaluar si la hernia es o no reductible.<sup>6</sup>

En caso de duda es necesario recurrir a exploraciones de imagen, como el ultrasonido o la tomografía computada. En el ultrasonido se detecta una hernia inguinal o crural, primordialmente, con protrusión herniaria de la pared de un asa de intestino delgado y con posible aparición de signos de sufrimiento y de oclusión. En cuanto a la tomografía computada, se observa la herniación del borde antimesentérico de la pared del intestino delgado, con especial atención a los signos de isquemia, como el engrosamiento mural intestinal, imagen “en diana” en el corte transversal del asa afectada, la anomalía en el reforzamiento de la pared intestinal posterior al medio de contraste, los vasos mesentéricos ingurgitados, la infiltración edematosa del mesenterio, la ascitis, la neumatosi intestinal o la identificación de gas en la porta. Tras la perforación acontece la peritonitis, apreciable en la tomografía computada por un engrosamiento parietal lineal que refuerza tras la inyección de medio de contraste, la heterogeneidad con hipereatenuación de la grasa adyacente, con o sin líquido libre.<sup>6</sup>

Si no se reconoce y se trata en una etapa temprana, se puede producir lesión de ese segmento intestinal lo que agrava el desarrollo de la evolución. 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 postoperatoria de esta entidad.<sup>3,4</sup>

Hay 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 antimesentérico 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. Se pueden producir perforaciones del asa estrangulada, que si abocan al saco herniario pueden desarrollar abscesos, y fistulas enterocutáneas, o si se perforan hacia cavidad peritoneal producir un cuadro de peritonitis aguda.<sup>5,6</sup>

Las complicaciones son consecuencia del retraso diagnóstico y terapéutico, pudiendo ser: encarcelación, estrangulación, gangrena, abscesos, fistulas entero cutáneas e incluso la muerte.

## Referencias bibliográficas

1. Motta-Ramírez GA. Síndrome de obstrucción intestinal y su evaluación por TCMD. Obtenido de <http://es.slideshare.net/betomotta/sindrome-de-obstruccion-intestinal>
2. Steinke W, Zellweger R. Richter's Hernia and Sir Frederick Treves: An original clinical experience, review and historical overview. *Ann Surg.* 2000 November; 232(5): 710-8.
3. Kadirov S, Sayfan J, Friedman S, Orda R. Richter's hernia: a surgical pitfall. *J Am Coll Surg* 1996; 182: 60-62.
4. Williams MD, Flowers SS, Fenoglio ME, Brown TR. Richter hernia: a rare complication of laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5: 419-421.
5. Arellano-Borja A, Mojarrá-Estrada JM, Ungson-Beltrán G. Hernia de Richter en sitio de puerto de 5 mm posterior a miomectomía laparoscópica, reparada con engrapadora mecánica endoscópica. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24(2): 117-121.
6. Navarro-Ballester A, Marco-Domenech SF. Diagnóstico de la hernia de Richter por ecografía y TC: cuando el tiempo sí que es importante. *Rev. Colomb. Radiol.* 2014; 25(2): 3969-3971.