

OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIA A FOSA PARADUODENAL CONGÉNITA

Y. Núñez-Delgado, J.M. Becerra-Almazán, M. Eisman-Hidalgo, G. López-Martín, P. Gómez-Angulo-Montero, A. Galera-García

Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería.

Resumen

Las hernias internas se definen como el paso de asas de intestino delgado a través de un foramen normal o anormal dentro de la cavidad peritoneal. Los orificios herniarios son generalmente estructuras anatómicas preexistentes, como forámenes, recesos y fosas, o defectos patológicos causados por cirugía, trauma, inflamación y problemas circulatorios¹. Las hernias internas, aunque poco frecuentes, constituyen hasta el 5,8% de todas las obstrucciones de intestino delgado, por lo que deben incluirse en su diagnóstico diferencial^{1,3}. El diagnóstico preoperatorio, tanto clínico como por imágenes es difícil debido a que los síntomas pueden variar desde leve malestar abdominal hasta la obstrucción intestinal aguda y los hallazgos radiológicos pueden ser confusos^{1,4}. La mayoría causan malestar epigástrico, dolor periumbilical y episodios recurrentes de obstrucción intestinal^{1, 2}. Las paraduodenales son el tipo más frecuente, representando el 53% de todos los casos (el 75% son izquierdas y el 25% derechas)².

Palabras clave: Hernias internas. Obstrucción de intestino delgado.

Abstract

Internal hernias are defined as the protrusion of small bowel loops into a normal or abnormal foramen in the peritoneal cavity. Hernial orifices are generally pre-existing anatomical structures, such as foramen, recess and fossa, or pathological defects caused by surgery, trauma, inflammation and circulatory problems^{1,4}. Internal hernias, although rare, are up to 5.8% of all small bowel obstructions, so they should be included in the differential diagnosis of small bowel obstruction^{1,3}. Clinical and imaging preoperative diagnosis are difficult because symptoms can vary from mild abdominal discomfort to acute intestinal obstruction and radiological findings can be confusing^{1,4}. Most of them cause epigastric discomfort, periumbilical pain and recurrent episodes of intestinal obstruction^{1, 2}. Paraduodenal hernias are the most common type, accounting for 53% of all cases (75% being left paraduodenal hernias and 25% right)².

Key words: Internal hernias. Small bowel obstruction.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 46 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos conocidos, que acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de dolor abdominal difuso y diarrea de una semana de evolución, el dolor se intensificó en las últimas 24 horas y se acompañó de vómitos de repetición. En la analítica de urgencias realizada destacaban unas cifras de urea de 88mg/dl, de creatinina de 1.85mg/dl, de sodio de 130 meq/l y un valor de PH (en la gasometría venosa) de 7.23.

CORRESPONDENCIA

Yolanda Nuñez Delgado
Servicio de Radiodiagnóstico
Empresa Pública Hospital de Poniente
Carretera de Almerimar s/n. 04700. El Ejido. Almería. España.
Teléfono móvil: 607 888 224.
yolandadelgado69@hotmail.com



Figura 1 ~~~~~

Rx de abdomen simple: Dilatación de asas de intestino delgado, fundamentalmente yeyuno, así como ausencia de gas en colon distal.

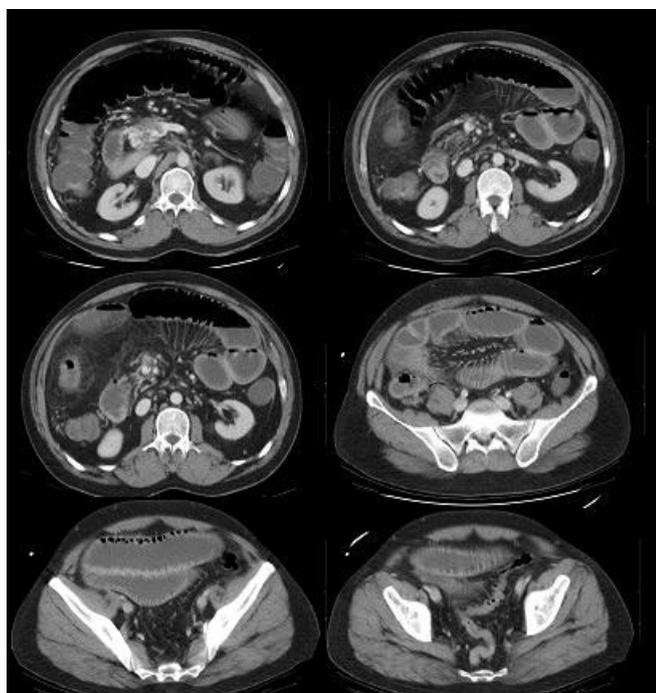


Figura 2 ~~~~~

TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal: Defecto de repleción en vena mesentérica superior, compatible con trombosis de la misma. Engrosamiento y "arremolinamiento" de vasos en la raíz del mesenterio, los cuales convergen a la entrada del orificio herniario. Dilatación de asas de delgado, yeyuno e ileon (hasta ileon terminal).

En la Rx de abdomen simple se apreció una dilatación de asas de intestino delgado, fundamentalmente yeyuno, así como ausencia de gas en colon distal (Figura 1). Ante la sospecha clínica de un cuadro de obstrucción intestinal y la situación clínica del paciente, se realizó una TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal (Figura 2).

El paciente fue intervenido quirúrgicamente, en la cirugía se encontró una fosa paraduodenal congénita bajo el ángulo de Treitz como responsable del cuadro obstructivo.

Discusión

Las hernias internas son una rara causa de obstrucción de intestino delgado con una incidencia reportada de un 0,2%-0,9%^{2,3}. Implican la herniación de una víscera a través de una apertura normal o anormal dentro de la cavidad peritoneal¹⁻³.

La localización más frecuente de las hernias internas es la paraduodenal, 53%, seguida de lejos de la pericecal, 13%².

La TC presenta una alta sensibilidad y especificidad para determinar la presencia de una obstrucción intestinal, así como para demostrar su localización y etiología.

Hallazgos radiológicos generales son la presencia de asas intestinales dilatadas y aparentemente encapsuladas en localización anormal. Además puede haber engrosamiento de vasos mesentéricos convergiendo a la entrada del orificio herniario^{1,2}.

La hernia paraduodenal izquierda en la TC presenta una apariencia característica de agrupación de asas de intestino delgado con una pseudocápsula, localizadas entre el cuerpo o la cola pancreáticos y el estómago, a la izquierda del ligamento deTreitz.

En las hernias paraduodenales derechas la porción proximal de intestino delgado permanece a la derecha de la arteria mesentérica superior y puede quedar atrapada en la fosa de Waldeyer. Las asas intestinales se introducen a través de este receso peritoneal hacia el mesocolon derecho. En laTC se observarán asas de intestino delgado dilatadas y agrupadas en localización lateral e inferior a la segunda porción duodenal.

Deben buscarse signos de isquemia intestinal, valorando el patrón de realce, y la existencia o no de engrosamiento de pared intestinal, líquido mesentérico y gas parietal⁵.

Aunque el diagnóstico por imagen es dificultoso, el reconocimiento de los hallazgos característicos en la TC puede facilitar su diagnóstico y evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y et al. Ct of internal hernias. Radiographics 2005; 25:997-1015.
2. Martin L, Merkle E, Thompson W. Review of internal hernias. Radiographics and clinical findings. AJR 2006; 186:703-717.
3. Blachar A, Federle M, Dodson S. Internal hernia: clinical and imaging findings in 17 patients with emphasis on CT criteria. Radiology 2001; 218:68-74.
4. Miller P, Mezwa D, Feczko P et al. Imaging of abdominal hernias. Radiographics 1995;15:333 - 347.
5. M. Hernandorena González , M. Bertolo Domínguez, R. Dosdá Muñoz y S. Torondel Calaforra: Hernias internas paraduodenales: hallazgos en la tomografía computarizada. Radiología 2009; 51(4):444-446.