

# HERNIA INTERNA COMPLICADA CON VOLVULACIÓN E ISQUEMIA INTESTINAL PRESENTACIÓN CLÍNICA Y REVISIÓN DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN.

## INTERNAL HERNIA COMPLICATED BY VOLVULATION AND ISCHEMIA. REVIEW OF CLINICAL FINDINGS AND CT SIGNS.

Fernández Conesa M, Títos Vílchez E, Fernández Navarro L

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

### Resumen

Las hernias internas son una causa rara de dolor abdominal agudo y obstrucción intestinal, que se producen por la protrusión de un asa intestinal por una apertura normal o anormal del peritoneo o del mesenterio. Es más frecuente en pacientes con antecedentes quirúrgicos o traumatismos intraabdominales. Pueden complicarse con cuadros de isquemia intestinal y perforación, con alta tasa de mortalidad, por lo que es de gran importancia su diagnóstico precoz.

Presentamos el caso de una mujer sin antecedentes personales de interés, que acudió a urgencias con dolor abdominal inespecífico y leve repercusión analítica, siendo diagnosticada de hernia interna complicada con volvulación de asas de intestino delgado e isquemia intestinal.

**Palabras clave:** Hernia interna, isquemia intestinal, vólvulo de intestino delgado, obstrucción intestinal, TC.

#### CORRESPONDENCIA

Laura Fernández Navarro  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[laurafn2617@gmail.com](mailto:laurafn2617@gmail.com)  
Fecha de envío: 17/06/2021  
Fecha de aceptación: 04/12/2021

### Abstract

Internal hernias are uncommon causes of acute abdominal pain and intestinal obstruction, which are caused by the protrusion of an intestinal loop through a normal or abnormal opening of the peritoneum or mesentery. It is frequently found in patients with a previous history of surgery or trauma. As the possibility of strangulation and ischemia of the affected loops is high, internal hernias represent a life-threatening condition and a surgical emergency that must be recognized and treated quickly.

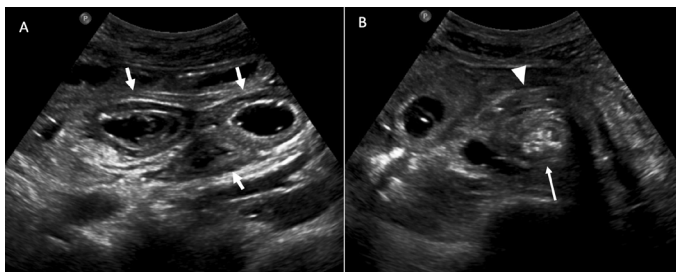
We present the case of a woman with no previous relevant background, who was admitted to the Emergency Department due to non-specific abdominal pain and no significant blood test parameters, evidencing a complicated internal hernia by volvulus and intestinal ischemia.

**Keywords:** Internal hernia, intestinal ischemia, volvulus intestinal, small bowel obstruction, CT.

### Introducción

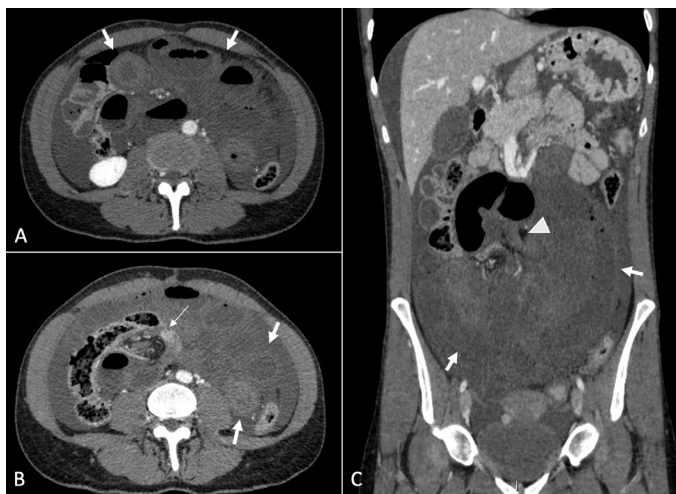
Mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias con dolor abdominal súbito en hipogastrio irradiado a epigastrio, náuseas y vómitos biliosos, sin diarrea ni fiebre. Analíticamente destacaba leve leucocitosis con neutrofilia.

Se realizó ecografía abdominal (Figura 1), donde se observó abundante cantidad de líquido libre peritoneal, con una distribución anormal de las asas intestinales, ligera dilatación de asas de íleon y engrosamiento parietal de las mismas, así como disminución de su peristalsis. Se decidió completar estudio con tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso (iv) (Figura 2), donde se evidenció moderada dilatación y engrosamiento



**Figura 1**

Imágenes de ecografía abdominal. A: se observa ligera dilatación y engrosamiento parietal difuso de asas de intestino delgado localizadas en meso/hipogastrio. B: imagen en remolino del mesenterio (flecha) e íleon terminal (cabeza de flecha) a nivel del hipocondrio derecho.



**Figura 2**

Imágenes de TC abdominopélvica con contraste iv, en plano axial (A y B) y coronal (C), con abundante líquido libre peritoneal, donde además de la ligera dilatación y engrosamiento parietal de asas de intestino delgado, principalmente íleon, se aprecia un menor realce contrastado de la pared de las mismas (flechas gruesas), con punto de transición en íleon terminal donde se identifica el signo del remolino (flecha en B), que se correlaciona con la imagen ecográfica, compatible con volvulación, e imagen sugerente de hernia interna (cabeza de flecha en C).

parietal hipocaptante de asas de íleon, con punto de transición en íleon terminal, donde se observó giro de los vasos mesentéricos y ramas ileales de la arteria mesentérica superior (signo del remolino). Estos hallazgos sugerían una hernia interna con volvulación de asas de intestino delgado, y signos de isquemia intestinal.

La paciente ingresó a cargo de cirugía para laparotomía urgente, donde se identificó hernia interna de asas de íleon con signos de isquemia intestinal que afectaba a un segmento de dos metros de íleon. Se intervino quirúrgicamente realizándose sección de ciego, intestino delgado y meso afectados con anastomosis latero lateral mecánica. Durante el post-operatorio la paciente evolucionó adecuadamente.

## Discusión

Las hernias internas se definen como protuberancias de vísceras abdominales, más comúnmente de intestino delgado, secundarias a defectos del peritoneo o del mesenterio a través de los cuales protruyen vísceras hacia compartimentos abdominales internos<sup>1</sup>.

Su origen puede ser congénito o secundarias a procesos postquirúrgicos, inflamatorios o traumáticos<sup>1-3</sup>.

Se trata de una entidad poco frecuente, a menudo infradiagnosticada debido a que simula otras patologías agudas intraabdominales. Suponen el 5,8% de las causas de obstrucción del intestino delgado<sup>1</sup>.

Según la clasificación de Welch, se pueden identificar hasta ocho tipos de hernias según su distribución topográfica, siendo la más común la de localización paraduodenal<sup>1</sup>. No obstante, las hernias transmesentéricas están aumentando su incidencia en relación con la frecuencia creciente de procedimientos quirúrgicos bariátricos en los que se emplea la técnica en Y de Roux<sup>1</sup>.

Clínicamente son inespecíficas pudiendo cursar con dolor abdominal, náuseas y vómitos o cuadro de obstrucción, con evolución a isquemia intestinal y perforación sin tratamiento<sup>2,3</sup>. La severidad del dolor y la gravedad del cuadro está directamente relacionada con el grado de compromiso vascular<sup>1</sup>. Por su alta tasa de mortalidad secundaria a las complicaciones descritas, es de gran importancia su diagnóstico precoz mediante pruebas de imagen.

En este contexto, la TC abdominopélvica con contraste iv es la prueba de elección, dada su alta disponibilidad, sensibilidad y especificidad diagnósticas. Nos permite conocer la causa de obstrucción y localizar el punto de cambio de calibre, así como los posibles cambios isquémicos secundarios en el intestino afecto y otras complicaciones<sup>1-4</sup>.

La obstrucción del intestino delgado secundaria a una hernia interna suele ser una obstrucción de asa cerrada, en la que un segmento del intestino está ocluido en dos puntos adyacentes. Los hallazgos en TC con contraste iv relacionados con esta entidad incluyen<sup>1-4</sup>:

La presencia de un asa intestinal distendida, en forma de U o C, con distribución radial convergente de vasos mesentéricos hacia la entrada del orificio herniario.

Distribución anormal de asas intestinales, con aglomeración y encapsulación de asas intestinales en un saco herniario, que puede asociar signos de obstrucción intestinal segmentaria proximal<sup>2</sup>.

Anomalías de estructuras vasculares mesentéricas, consistentes en alteración de la distribución y desplazamiento del pedículo vascular, pudiendo encontrar ingurgitación, estrechamiento o giro de la vasculatura.

En ciertos casos el asa herniada puede girar sobre alguno de sus ejes dentro de la bolsa herniaria (volvulación), apreciando el giro de vasos mesentéricos (signo de remolino), con mayor riesgo de oclusión de los mismos, compromiso vascular y evolución a isquemia, necrosis y perforación de segmento intestinal afectado<sup>4</sup>.

En casos de sufrimiento intestinal, apreciamos engrosamiento parietal difuso con realce reducido de la pared intestinal tras la administración del contraste, en el contexto de isquemia. Asimismo, podemos observar signos de neumoperitoneo, discontinuidad focal de la pared intestinal y colecciones organizadas o líquido peritoneal, en el contexto de una perforación intestinal.

El tratamiento de las hernias internas es quirúrgico, con la reducción del intestino herniado, resección de segmento afecto (en casos de isquemia-necrosis intestinal) y el cierre del orificio de la hernia.

## Bibliografía

1. Lanzetta MM, Masserelli A, Addeo G, Cozzi D, Maggialelli N, Danti G, et al. Internal hernias: a difficult diagnostic challenge. Review of CT signs and clinical findings. *Acta Biomed* 2019; 90(5):20-37.
2. Kelahan L, Menias CO, Chow L. A review of internal hernias related to congenital peritoneal fossae and apertures. *Abdom Radiol* 2021; 46(5):1825-1836.
3. Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, Kawasaki M, Shimono T, Yamashita A, et al. Internal Hernias in the Era of Multidetector CT: Correlation of Imaging and Surgical Findings. *Radiographics* 2016; 36(1):88-106.
4. Cox VL, Tahvildari AM, Johnson B, Wei W, Jeffrey RB. Bowel obstruction complicated by ischemia: analysis of CT findings. *Abdom Radiol* 2018; 43(12):3227-3232.