

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DOBLE POR HERNIA INTERNA Y EVENTRACIÓN INCARCERADA

Double intestinal obstruction due to internal hernia and incarcerated eventration

Garrido Márquez I, García Pérez PV, Martín Rodríguez JL
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

La obstrucción intestinal es una de las patologías más frecuentes en las urgencias de Radiología, siendo su causa más común las adherencias o bridas postquirúrgicas, con el consecuente riesgo de isquemia y necrosis si se realiza un diagnóstico y tratamiento tardíos. Entre otras etiologías, la hernia interna y la incarceration de una eventración o hernia de pared abdominal son menos habituales, y aún más cuando ocurren ambas a la vez.

Debido a su rareza de presentación y al interés de las imágenes radiológicas, presentamos un caso de una mujer joven que acudió con dolor abdominal y vómitos, con diagnóstico final mediante tomografía computarizada de obstrucción intestinal doble condicionada por una eventración incarcerada y por una hernia interna.

CORRESPONDENCIA

Irene Garrido Márquez / igamar26@gmail.com
Hospital Universitario Clínico San Cecilio - 18016. Granada
Fecha de envío: 07/02/2022 - Fecha de aceptación: 04/04/2022

Palabras clave: obstrucción intestinal, hernia interna, eventración, incarceration.

Abstract

Intestinal obstruction is one of the most frequent pathologies in Radiology emergencies, its most common cause being adhesions or post-surgical fissures, with the consequent risk of ischemia and necrosis if a late diagnosis and treatment are performed. Among other etiologies, the internal hernia and incarceration of an abdominal hernia or eventration of the abdominal wall are less common, and even more so when both occur at the same time.

Due to its rarity of presentation and the interest of radiological images, we present the case of a young woman who presented with abdominal pain and vomiting, with a final diagnosis by computed tomography of double intestinal obstruction conditioned by an incarcerated eventration and internal hernia.

Keywords: bowel obstruction, internal hernia, eventration, incarceration.

Introducción y presentación del caso

Paciente mujer de 46 años con antecedentes personales de obesidad, HTA, ictus isquémico occipital izquierdo y tres intervenciones quirúrgicas previas (hernioplastia umbilical y eventroplastia abdominal intervenida en dos ocasiones), que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso de 14 horas de evolución, localizado en mesogastrio y hemiabdomen derecho, donde presenta gran masa blanda y depresible sugerente de eventración, con vómitos y febrícula asociados.

En la analítica destaca una leucocitosis de 21000/ μ L, LDH de 344 U/L y láctico de 42 mg/dL. Ante la sospecha de nueva complicación de la eventración ya conocida, se solicita una prueba de imagen, realizándose una TC abdominopélvica con contraste intravenoso. En la TC se identifica una gran hernia infraumbilical paramedial derecha con contenido de asas de yeyuno distal e íleon proximal, que presentaban cambio de calibre y dilatación de hasta 5 cm así como marcada hipocaptación de su pared, hallazgos en relación con hernia encarcerada (Figura 1). Igualmente, en hipocondrio derecho, se visualiza un segmento de asas ileales dilatadas e isquémicas con vasos arremolinados, sugestivo de hernia interna (Figura 2).

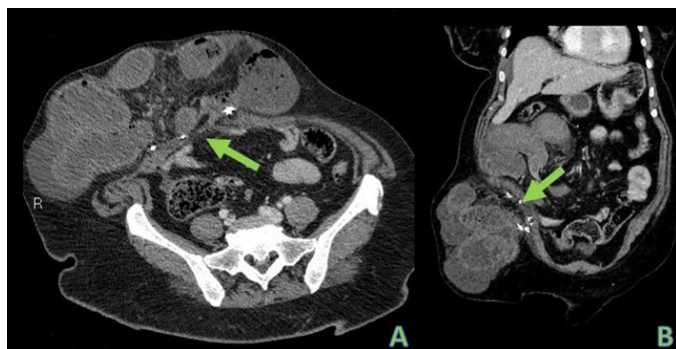


FIGURA 1
TC ABDOMINOPÉLVICA CON CONTRASTE IV EN FASE PORTAL, PLANOS AXIAL (A) Y CORONAL (B). LA FLECHA SEÑALA LA HERNIA DE PARED INFRAUMBILICAL DERECHA CON CONTENIDO DE ASAS DE YEYUNO DISTAL E ÍLEON PROXIMAL, CON HIPORREALCE PARIETAL, SUGERENTE DE INCARCERACIÓN.

Se opera de urgencia resecando un segmento de íleon proximal de un metro de longitud, con anastomosis latero-lateral isoperistáltica mecánica y eventroplastia. Se confirmaron, por tanto, las alteraciones de la TC, observando que la causa de la hernia interna era un apéndice epiploico del ciego adherido al ángulo hepático del colon.

Discusión

La obstrucción intestinal es una emergencia médico-quirúrgica común que ocurre cuando el flujo del contenido intestinal se interrumpe o se ve afectado por una causa mecánica. Su incidencia en pacientes que acuden al servicio

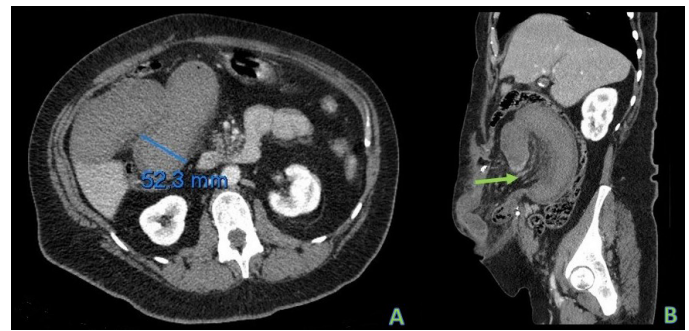


FIGURA 2
TC ABDOMINOPÉLVICA CON CONTRASTE IV EN FASE PORTAL, PLANOS AXIAL (A) Y SAGITAL (B). SE MIDE UN ASA DE ÍLEON DILATADA E HIPOCAPTANTE, DE 52 MM, CON DISPOSICIÓN EN REMOLINO DE LOS VASOS MESENTÉRICOS (FLECHA).

de urgencias se estima entre un 2% y un 8%¹, y está presente en el 20% de todos los ingresos quirúrgicos hospitalarios².

Las causas más comunes de obstrucción intestinal aguda incluyen adherencias, neoplasias y hernias. Las adherencias resultantes de una cirugía abdominal previa son la causa predominante de obstrucción del intestino delgado, y representan del 60% al 75% de casos^{1,2}. Las operaciones abdominales pélvicas (p. ej., cirugía apendicular, colorrectal y ginecológica, reparación de hernias) confieren un mayor riesgo de obstrucción intestinal adhesiva. La obstrucción secundaria a neoplasia es rara y más común en el intestino grueso, si bien es la segunda causa más prevalente, aproximadamente del 13 al 20% de los casos¹. Las hernias se posicionan en el tercer lugar de la lista de etiologías, constituyendo del 2 al 15% de los casos¹. Otras causas incluyen enfermedad inflamatoria intestinal, invaginación intestinal, vólvulo, colección intraabdominal, cálculos biliares y cuerpos extraños.

Meyers et al definieron una hernia interna como una protrusión de vísceras abdominales a través de una abertura dentro de los límites de la cavidad peritoneal, aunque no todas las hernias internas son estrictamente intraperitoneales. Los orificios de las hernias internas pueden ser congénitos o adquiridos. Los orificios congénitos incluyen un foramen normal o fosas peritoneales inusuales o recesos relacionados con la falla de la fusión peritoneal, mientras que los orificios adquiridos son el resultado de un traumatismo, inflamación o cirugía previa³.

En cambio, la hernia o eventración de pared abdominal es una protrusión de parte de su contenido desde la cavidad abdominal a través de una abertura normal o anormal o por debilidad de la pared.

La sintomatología puede ser similar en ambos casos: dolor abdominal, vómitos y estreñimiento y en el caso de las hernias de pared abdominal, masa palpable.

En cuanto a las pruebas de imagen, en la mayoría de los pacientes, la radiografía abdominal en decúbito supino muestra dilatación de múltiples asas del intestino delgado, con escasez de gas en el intestino grueso. Las radiografías

en bipedestación o decúbito lateral pueden mostrar niveles hidroaéreos en una distribución en escalera. Estos hallazgos, junto con la ausencia de gases y heces en colon distal y recto, son altamente sugestivos de obstrucción intestinal mecánica¹.

Aunque la radiografía diagnóstica con precisión la obstrucción intestinal en alrededor del 60% de los casos¹, su uso generalmente se limita a la evaluación inicial. Es por eso que la TC abdominopélvica es la prueba de imagen recomendada por el American College of Radiology, ya que permite un diagnóstico más preciso y revelar la causa de la misma, visualizando el punto de cambio de calibre. Se recomienda la TC con contraste intravenoso del abdomen y la pelvis para pacientes con sospecha de obstrucción de alto grado basada en síntomas clínicos o radiografías simples, cuando la administración de contraste entérico sería mal tolerada y es poco probable que llegue al sitio de la obstrucción. En pacientes con obstrucción parcial, los medios de contraste orales pueden verse atravesando la longitud del intestino sin un área discreta de transición. En pacientes sin obstrucción de alto grado o en quienes el contraste intravenoso está contraindicado, se recomienda la administración oral o por sonda nasogástrica de medios de contraste entéricos isoosmolares solubles en agua¹.

El pronóstico es bueno si bien el diagnóstico y tratamiento no pueden demorarse, ya que en el caso de que exista estrangulación, el flujo vascular estará comprometido y asociado con necrosis y/o gangrena⁴.

El tratamiento será médico o quirúrgico en función de la causa, tiempo de evolución y estado clínico del paciente.

Bibliografía

1. Jackson P, Vigiola Cruz M. *Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2018 Sep 15;98(6):362-367. PMID: 30215917.*
2. Bolívar-Rodríguez MA, Cortés-Ramos MA, Fierro-López R, Cázarez-Aguilar MA, Morgan-Ortiz F. *Obstrucción del intestino delgado por adherencias. Rev Med UAS 2020; 10(1):34-50.*
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. Arias Silva R. *Obstrucción intestinal. Rev Med Sinerg 2016; 10(1):3-7.*