

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4329](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4329)

## Hernia abdominal interna, reporte de un caso.

Pedro Banchón Rivas

[pedrobanri@gmail.com](mailto:pedrobanri@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-2038-5721>

Walter Rodríguez Rivadeneira

[walteryadi@hotmail.com](mailto:walteryadi@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-5583-9669>

Edipson Eras Condoy

[edipson\\_erec@hotmail.es](mailto:edipson_erec@hotmail.es)

<https://orcid.org/0000-0002-1890-4919>

Hospital General HOSNAG

Guayaquil - Ecuador

### RESUMEN

**Introducción:** Las hernias abdominales internas son protrusiones cuyo origen se puede atribuir a un defecto congénito o adquirido. La presentación clínica de este tipo de hernias representa un desafío para el profesional médico que trata de diagnosticarlo, la sintomatología puede ser intermitente o constante en otros casos, elevando de esta manera el riesgo de estrangulaciones y por ende de obstrucciones intestinales. **Materiales y métodos:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 41 años de edad acude por emergencia con cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal a nivel de mesogástrico, acompañado de distensión abdominal y masa a nivel de región umbilical, con cambio de coloración de la piel. Se realizó intervención quirúrgica de hernia estrangulada, posterior al procedimiento realizado, se aprecia paciente con palidez generalizada, taquipnea y taquicardia. Se realizó una segunda intervención donde se pudo identificar tejido intestinal invaginado dentro de anillo formado en el propio tejido, de características necróticas con una extensión de 20 cm aproximadamente a nivel de íleon proximal. **Discusión:** La patología herniaria intraabdominal es una de las causas más raras de presentación de un abdomen obstructivo, las cirugías abdominales previas o los traumatismos pasados pueden convertirse en un factor de riesgo, dentro de los exámenes complementarios la tomografía abdominal tiene un gran valor diagnóstico y el tratamiento de estas hernias radica primordialmente en resolver la obstrucción a través de cirugía. **Conclusión:** La sospecha de esta patología permite un curso de acción oportuno que reduce considerablemente la mortalidad de los pacientes.

**Palabras clave:** Hernias; Protrusiones; Defectos; Necrosis.

Correspondencia: [pedrobanri@gmail.com](mailto:pedrobanri@gmail.com)

Artículo recibido 20 noviembre 2022 Aceptado para publicación: 20 diciembre 2022

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar: Banchón Rivas, P., Rodríguez Rivadeneira, W., & Eras Condoy, E. (2023). Hernia abdominal interna, reporte de un caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 13285-13292.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4329](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4329)

## Internal abdominal hernia, case report.

### ABSTRACT

**Introduction:** Internal abdominal hernias are protrusions whose origin can be attributed to a congenital or acquired defect. The clinical presentation of this type of hernia represents a challenge for the medical professional who tries to diagnose it, the symptoms can be intermittent or constant in other cases, thus increasing the risk of strangulation and therefore intestinal obstruction. **Materials and methods:** The clinical case of a 41-year-old patient who came to the emergency room with a clinical picture of 12 hours of evolution characterized by abdominal pain at the mesogastric level, accompanied by abdominal distension and a mass at the level of the umbilical region, with change in skin color. Surgical intervention of strangulated hernia was performed, after the procedure performed, the patient is seen with generalized pallor, tachypnea and tachycardia. A second intervention was performed where it was possible to identify invaginated intestinal tissue within a ring formed in the tissue itself, with necrotic characteristics with an extension of approximately 20 cm at the level of the proximal ileum. **Discussion:** Intra-abdominal hernia pathology is one of the rarest causes of obstructive abdomen presentation, previous abdominal surgeries or past traumas can become a risk factor, within the complementary examinations abdominal tomography has great diagnostic value and The treatment of these hernias lies primarily in resolving the obstruction through surgery. **Conclusion:** The suspicion of this pathology allows an opportune course of action that considerably reduces the mortality of patients.

**Keywords:** Hernias; Protrusions; Defects; Necrosis.

## INTRODUCCIÓN

Desde el año de 1906 Moynihan describía a las hernias internas como un proceso adquirido, que se desarrollaba a consecuencia de un agrandamiento progresivo de repliegue intestinal producto del movimiento silencioso de las asas, sin embargo, autores como Andrews en el año de 1923 atribuían estos defectos a una posible causa congénita (Moreno Egea & Carbonell Tatay, 2012), la cavidad abdominal presenta una anatomía extensa compuesta por gran cantidad de elementos anatómicos que intervienen en el normal funcionamiento del organismo, entre ellos se encuentran los órganos que conforman el sistema digestivo y entre ellos se la presencia de aberturas, que se pueden diferenciar en normales tales como el Hiato de Winslow, paranormales (paraduodenal, fosa supravesical) y anormales como el defecto transomental (Muñoz et al., 2017).

Las hernias abdominales internas son protrusiones que discurren a través de una abertura de las antes mencionadas, su origen como se mencionó anteriormente se puede atribuir a un defecto congénito o adquirido, con la diferencia entre ambas que las primeras serán carentes de saco herniario y las adquiridas poseen un saco herniario. De acuerdo a su frecuencia, los diferentes tipos de hernias abdominales internas son: paraduodenales, pericecales, foramen de Winslow, transmesentéricas, sigmoideas, transomentales y retroanastomóticas

La presentación clínica de este tipo de hernias representa un desafío para el profesional médico que trata de diagnosticarlo, esto debido a que la sintomatología puede ser intermitente o constante en otros casos, elevando de esta manera el riesgo de estrangulaciones y por ende de obstrucciones intestinales, dentro de las manifestaciones se pueden encontrar dolor postprandial recurrente, dispepsias, sensación de distensión abdominal, náuseas y vómitos todas por lo regular después de alimentarse (Mathieu & Luciani, 2004).

Además de las manifestaciones clínicas previamente mencionadas, los exámenes complementarios de imagen contribuyen al diagnóstico de esta patología, entre los de mejor elección se encuentran los estudios baritados y la tomografía computarizada (The HerniaSurge Group, 2018).

El tratamiento de esta patología es quirúrgico, precedido de medidas de soporte que disminuyan el riesgo de complicaciones posteriores, dentro de la cirugía es primordial identificar áreas de isquemia y necrosis (Marenco et al., 2018), la reducción de las asas intestinales puede venir acompañada de la resección de las áreas de necrosis y la posterior anastomosis luego de observar la viabilidad de las asas.

## CASO CLÍNICO

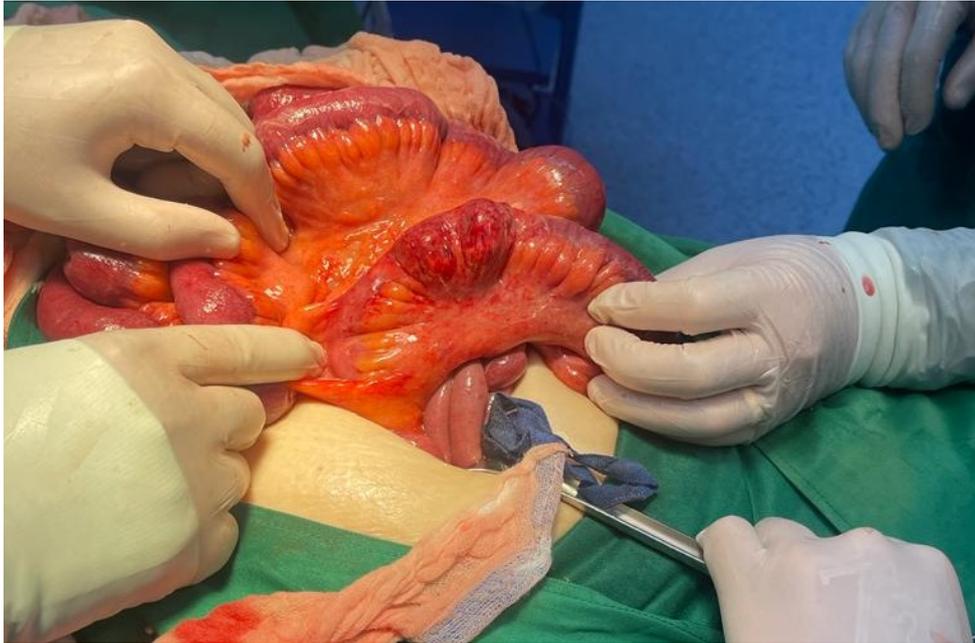
Paciente femenina de 41 años de edad ingresó por el servicio de emergencia con cuadro clínico de aproximadamente 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal a nivel de mesogástrico de intensidad 9/10, sin irradiarse hacia ninguna otra región, que no cede con ninguna posición antiálgica, refirió sensación de náuseas que no llegan al

vómito, dentro de sus antecedentes personales manifiesta que hace dos años le diagnosticaron hernia umbilical.

Al examen físico se evidenció signos vitales anormales con frecuencia cardiaca (FC) aumentada y presión arterial (PA) elevada, facie álgica con una escala visual analógica (EVA) de 9, mucosa oral semihumeda, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos pero aumentados en frecuencia, a nivel del abdomen impresiona distensión abdominal, acompañada de presencia de masa en región umbilical, con cambio de coloración de la piel que la recubre, a la palpación se evidenció consistencia dura, ligeramente móvil, se palpa anillo en el contorno de la misma y es dolorosa, a la auscultación los ruidos hidroaereos se encuentran presentes pero aumentados en frecuencia e intensidad, extremidades simétricas sin edemas.

Ante la impresión diagnóstica de hernia incarcerada se administró antiespasmódico y se intentó reducir la misma sin un resultado positivo, motivo por el cual se decidió pase a quirófano para realizar reducción quirúrgica de la hernia de manera emergente. Dentro de la intervención quirúrgica efectuada se evidenció contenido de asas intestinales que protruían a través de un anillo herniario ubicado a nivel de región umbilical, por lo cual se procedió a reducción de las asas y su posterior revisión, donde se encontró tejido viable por lo cual se procedió únicamente a corregir el defecto herniario y se dejó dren de penrose debido a la presencia de abundante líquido transudado.

Dos días después del procedimiento realizado, se apreció paciente con palidez generalizada, taquipnea y taquicardia, al examen físico abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda, débito del dren mayor a 100 cc en 24 horas, por lo que se decidió realizar ecografía abdominopélvica, misma que reportó líquido libre en cavidad de aproximadamente 750 cc, en los exámenes de laboratorio realizados presentó leucocitosis con desviación de la fórmula a la izquierda, se decidió pase a quirófano para realizar laparotomía exploratoria. Dentro de la segunda intervención realizada se pudo identificar tejido intestinal delgado invaginado dentro de anillo formado en el propio tejido paraduodenal (Figura 1) de características necróticas que se encontraba a nivel de íleon proximal (Mateo De Acosta et al., 2011), con una extensión aproximada de 20 cm (Figura 2), por lo cual se decidió realizar la resección intestinal del tejido necrosado con la posterior anastomosis termino terminal de los extremos intervenidos, además se decidió colocar dren mixto dirigido hacia fondo de saco de Douglas, para un control más estricto del débito de líquidos, pensando en un posible fracaso de la anastomosis.



**Figura 1:** Defecto herniario interno

**Fuente:** Imagen obtenida durante el procedimiento quirúrgico.



**Figura 2:** Necrosis de tejido intestinal contenido en el defecto herniario.

**Fuente:** Imagen obtenido durante el procedimiento quirúrgico.

Posterior al segundo procedimiento realizado la paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos para monitorización y cuidados postoperatorios, luego de 3 días de permanecer en dicha unidad se observó una evolución clínica favorable por lo cual pasó a sala de hospitalización general donde continuó su evolución clínica, destacando

disminución progresiva del débito en dren, ante tal mejoría se decidió su alta médica después de 11 días de hospitalización.

En control realizado una semana después del alta, paciente se encontraba en buenas condiciones clínicas, herida quirúrgica con buen curso de cicatrización, por lo que se procedió a realizar retiro de puntos de sutura y cita a nuevo control en 15 días, después de los cuales se revalora, observando buen curso clínico.

#### **DISCUSIÓN:**

La patología herniaria intraabdominal es una de las causas más raras de presentación de un abdomen obstructivo, el discernimiento de su diagnóstico preoperatorio resulta difícil incluso para el médico residente e incluso para el cirujano (Muñoz De Fuente et al., 2012), de ahí que los riesgos de estrangulación son sumamente elevados, las cirugías abdominales previas o los traumatismos pasados pueden convertirse en un factor de riesgo para sospechar en una obstrucción intestinal secundaria a hernias internas (Fonseca-sosa et al., 2021), sin embargo, en aquellos pacientes que no poseen ninguna condición de las antes mencionadas el diagnóstico y la presentación siguen siendo muy difíciles de detectar.

Dentro de los exámenes complementarios la tomografía abdominal tiene un gran valor (Hernandorena González et al., 2009), permitiendo identificar la localización del defecto o evidenciando signos que nos conduzcan en primer lugar a una obstrucción intestinal de resolución quirúrgica y dentro de esta la identificación de una hernia interna, en este reporte se presenta un caso de hernia paraduodenal, como se mencionó anteriormente una condición muy compleja de diagnosticar (Alejandro et al., 2016).

El tratamiento de estas hernias radica primordialmente en resolver la obstrucción que a su vez viene acompañada de una estrangulación de las asas intestinales delgadas en este caso, su abordaje puede ser a través de cirugía abierta o laparoscópica, debiendo corregir el defecto herniario, para prevenir recidivas (Nobuyuki, Takeyama Takehiko et al., 2005).

Finalmente, este caso devela la importancia de considerar las hernias abdominales internas como parte del diagnóstico diferencial del abdomen agudo, su alto grado de daño intestinal, demanda de una acción oportuna de intervención quirúrgica (Bilder et al., 2017).

#### **CONCLUSIÓN:**

El dolor abdominal sigue siendo hasta el momento un desafío diagnóstico para todos los médicos y las obstrucciones intestinales por hernias internas siguen siendo una causa olvidada con frecuencia. Sin embargo, en el presente artículo se muestra que ante la sospecha diagnóstica de una obstrucción intestinal se decide reintervenir a la paciente en cuestión, que a pesar de que en el momento se encontró un segmento intestinal isquémico (Blanco-garcía & Atencio, 2021), se pudo resolver el mismo y de esta manera reducir una causa de mortalidad que pudo presentarse de no ser atendida de manera oportuna, recordar que las imágenes son un método complementario de gran ayuda y

que el abordaje tanto laparoscópico como abierto brindan al paciente la resolución de su patología con los riesgos y beneficios que cada uno posee (Thompson et al., 2006)

#### BIBLIOGRAFÍA:

- Alejandro, D., Ospina, G., Andrés, C., & Toscano, O. (2016). *Revista Hispanoamericana de Hernia Hernia obturatriz y obstrucción intestinal . Reporte de caso. 4(4)*, 179–183.
- Amanda Morales, J., Dustin, H., & Chaipis, P. (2017). Right Paraduodenal Hernia. *Federal Practitioner*, 33–35.
- Bernal Eusse, A., Restrepo Molina, R., Bernal Cuartas, C., & Castaño Llano, R. (2012). Foramen congénito del ligamento ancho con hernia enteral interna y sufrimiento intestinal reversible : Presentación de dos casos Two cases of congenital foramina in the broad ligament of the uterus with. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 27(1), 56–61.
- Bilder, M. I., Berle, M., Dahlslett, K. H., Kavaliauskiene, G., & Hoem, D. A. G. (2017). Indre tarmbrokk. *MEDISINEN I BILDER*, 5, 396. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0090>
- Blanco-garcía, A., & Atencio, P. (2021). *Hernia interna congénita como causa de dolor abdominal Congenital internal hernia as a cause of abdominal pain a. 4*, 2020–2021.
- Concejo-cutoli, C. M.-álvarez P. (2011). Abdomen agudo secundario a hernia paraduodenal izquierda : diagnóstico por tomografía computarizada multicorte. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 103(1), 38–39.
- Fonseca-sosa, F. K., Cutiño-ocaña, I. R., & Casado-méndez, P. R. (2021). Obstrucción de intestino delgado secundaria a hernia paraduodenal izquierda Small bowel obstruction secondary to left paraduodenal hernia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(73), 344–345. <https://doi.org/https://doi.org/10.30944/20117582.708>
- Hernandorena González, M., Bértolo Domínguez, M., Dosdá Muñoz, R., & Torondel Calaforra, S. (2009). Hernias internas paraduodenales : hallazgos en la tomografía computarizada. *Radiología - Elsevier*, 51(4), 2–3. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2009.02.007>
- Marengo, B., Retamar-Gentil, M., Sánchez-Ramírez, M., Guadalajara-Jurado, J., Cano-Matías, A., & López-Ruiz, J. (2018). Tipos de hernias. Clasificaciones actuales. *Cirugía Andaluza*, 29(2), 77–79.
- Mateo De Acosta, D., Enrique Bello, A., De León, L., Vazquez, D., & Waissbluth, J. (2011). Diagnóstico y manejo de la hernia paraduodenal. *Revista Chilena de Cirugía*, 63(1),

- 102–109.
- Mathieu, D., & Luciani, A. (2004). Internal Abdominal Herniations. *Pictorial Essay*, 183, 397–404.
- Moreno Egea, A., & Carbonell Tatay, F. (2012). Hernias abdominales internas. In Vimar (Ed.), *Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal* (pp. 694–704).
- Motta-ram, G. A., Gonz, L. I., & Montero, C. (2012). La hernia interna como condicionante del síndrome de obstrucción intestinal : identificación y evaluación por tomografía computada multidetector. *Anales de Radiología México*, 3, 157–164.
- Muñoz, A., Flórez, D., Lubinus, F., & Arias, C. (2017). Hernias internas : Presentación de casos clínicos Internal Hernias : Report of Clinical Cases. *Revista Colombiana de Radiología*, 28(4), 4797–4804.
- Muñoz De Fuente, A., Peraza Casajús, J., Bodega Quiroga, I., Martínez Pozuelo, A., & Serrano Muñoz, A. (2012). Hernia interna de Quain como causa de abdomen agudo. *Sanidad Militar*, 68(4), 231–233.
- Nobuyuki, Takeyama Takehiko, G., Yoshimitsu, O., Shûichi, S., Takashi, H., Kiyoshi, H., Hiroshi, K., Makoto, N., Mitsuo, K., & Hirotugu, M. (2005). TC DE HERNIAS INTERNAS. *RadioGraphics*, 25(4).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1148/rg.254045035>
- Sánchez, A. W., Torreblanca, C. B., Martínez, D. G., Romano, R. C., Rivera, F. V., Gutiérrez, C., & Sánchez, A. W. (2009). Tratamiento laparoscópico de hernia paraduodenal complicada. *Cirugía Endoscópica*, 10(3–4), 4–7.
- Sánchez Pérez, M., Muñoz Juárez, M., Luque de León, E., & Moreno Paquetín, E. (2008). Hernia paraduodenal izquierda : una causa inusual de obstrucción intestinal. *Revista Gastroenterología México*, 73(3), 163–167.
- The HerniaSurge Group. (2018). International guidelines for groin hernia management. *OLVG Hospital*, 22, 1–165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>
- Thompson, W. M., Lc, M., Em, M., & Wm, T. (2006). Review of Internal Hernias : Radiographic and Clinical Findings. *AJR*, 185, 703–717.  
<https://doi.org/10.2214/AJR.05.0644>