

Hernia de Richter como causa de obstrucción del intestino delgado

J.I. Rodríguez Hermosa, F. Tuca Rodríguez, A. Codina Cazador, J. Gironès Vilà, M.A. Lequerica Cabello, J. Roig García, A. Codina Barreras, M.J. García Oria y J. Blanco Díaz

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (Dr. F. Tuca Rodríguez). Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Resumen

El objetivo del trabajo es presentar 4 casos de hernia de Richter que ocasionan problemas mecánicos intestinales, concretamente oclusión del intestino delgado.

En todos los casos hubo un grave deterioro del estado general y una deshidratación importante, siendo el cuadro clínico lentamente progresivo con una sintomatología en varios casos de distensión abdominal y en otro caso de diarrea persistente.

La demora en su diagnóstico ocasiona una cirugía tardía, con un aumento de la morbimortalidad, por lo que creemos que el adecuado conocimiento de esta rara enfermedad quirúrgica es importante.

Palabras clave: *Hernia de Richter.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 65-67)

RICHTER'S HERNIA PRESENTING AS SMALL BOWEL OBSTRUCTION

The objective of this report is to present four cases of Richter's hernia that provoked mechanical intestinal problems, specifically small bowel obstruction.

All the patients presented a severe deterioration of their general condition and marked dehydration. The clinical situation progressed slowly, with symptoms of abdominal distention in some cases and persistent diarrhea in another.

A delayed diagnosis leads to late surgery, with an increase in the morbidity and mortality rates. For this reason, we consider it important to be properly familiar with this rare surgical disease.

Key words: *Richter's hernia.*

Introducción

La hernia de Richter es un especial tipo de hernia incarcerated con estrangulación de sólo una parte de la circunferencia de la pared intestinal. Es una enfermedad muy poco frecuente. Su diagnóstico es difícil por el inocuo desarrollo de los signos y síntomas (ausencia de obstrucción intestinal o por la poca sintomatología local) y se asocia a una alta morbimortalidad. El conocimiento de esta rara entidad quirúrgica es importante.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 84 años, con antecedentes patológicos de bocio eutiroideo, tuberculosis, neumonía, accidente cerebrovascular e

intervenida de prótesis total de cadera izquierda, que acudió a nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal inespecífico, de una semana de evolución, acompañado de anorexia y deterioro del estado general, con náuseas, vómitos y estreñimiento los últimos 2 días. La paciente presentaba un cuadro de deshidratación importante. En la exploración se apreció dolor abdominal en cuadrantes inferiores sin signos de irritación peritoneal, no se palparon hernias y tenía un peristaltismo conservado sin ruidos metálicos. La analítica fue normal excepto una discreta leucocitosis sin desviación a la izquierda. El estudio radiológico reveló dilatación de asas del intestino delgado en el hemiabdomen inferior (fig. 1).

Se instauró tratamiento conservador mediante sueroterapia y sonda nasogástrica, pero ante la persistencia del cuadro oclusivo, a las 24 h, se decidió intervención quirúrgica urgente. Se realizó laparotomía media infraumbilical, identificándose una hernia de Richter en el borde antimesentérico de un asa yeyunal en el foramen crural derecho; el intestino fue viable y no requirió resección; se realizó reparación herniaria con tapón de malla.

La paciente fue dada de alta a los 7 días, con buen estado general. En los controles posteriores la paciente permanece asintomática, realizando una actividad social acorde con su edad.

Correspondencia: Dr. J.I. Rodríguez Hermosa.
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta.
Avda. de França, s/n. 17007 Girona.
Correo electrónico: josenod@retemail.es

Aceptado para su publicación en mayo del 2000.

Fig. 1. Radiografía simple de abdomen: importante dilatación de asas de intestino delgado.

Caso 2

Mujer de 55 años, con antecedentes patológicos de depresión y estreñimiento crónico, que es remitida desde un hospital comarcal al hospital de referencia por un cuadro de sepsis, posiblemente secundario a una gastroenteritis de 5 días de evolución, con vómitos y diarreas importantes, así como un cuadro confusional no catalogado. La paciente estaba desorientada, confusa y con disartria, presentaba grave deshidratación y estaba anúrica. En la exploración se apreciaron alteraciones neurológicas, distensión abdominal con dolorimiento generalizado, sin palpase hernias y con un peristaltismo aumentado. La analítica reveló discreta leucocitosis, hiponatremia, hipopotasemia, alcalosis metabólica y aumento de la urea y creatinina. Se realizó TC craneal, que fue normal, y TC abdominal, que identificó una dilatación de asas del intestino delgado y colon derecho secundario a una hernia inguocrural izquierda con una asa intestinal atrapada (fig. 2).

Se decidió intervención quirúrgica urgente, realizándose laparotomía media infraumbilical, donde se identificó una hernia de Richter en el borde antimesentérico del íleon terminal en el foramen crural izquierdo, con signos de peritonitis local. Se redujo el pinzamiento lateral intestinal, siendo el intestino viable, y se reparó la hernia crural con un tapón de malla, realizándose lavados de la cavidad abdominal.

Durante el postoperatorio inmediato, la paciente sufrió una parada cardíaca con asistolía que se remontó con maniobras de resucitación cardiopulmonar, ingresando a continuación en la unidad de cuidados intensivos. La paciente precisó sustancias vasoactivas, antibióticos de amplio espectro, nutrición parenteral y ventilación mecánica. Una vez retirada la ventilación mecánica, la paciente presentaba obnubilación y una respuesta lenta a la estimulación.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo más lenta la neurológica, ya que persistía un cierto grado de disartria y una discreta apraxia constructiva, con una TC craneal de control normal. La paciente fue dada de alta a los 17 días del ingreso y precisó un seguimiento por el servicio de neurología.

Caso 3

Mujer de 76 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dispepsia ulcerosa y artropatía periférica, que acu-

Fig. 2. TC abdominal: hernia inguocrural izquierda, que contiene un asa intestinal atrapada.

dió por abdominalgia e intolerancia alimentaria de una semana de evolución, con deterioro de su estado general; la paciente presentaba un cuadro de deshidratación grave. En la exploración se apreció distensión abdominal, con dolor difuso y una hernia crural izquierda incarcerada. En la analítica se apreció leucocitosis, consumo de bases, hiponatremia e hiperpotasemia. La radiografía de abdomen reveló dilatación de asas del intestino delgado en el hemiabdomen inferior.

Se decidió intervención quirúrgica urgente realizándose incisión sobre el área inguinal izquierda, identificándose epiplón con signos de necrosis y un pinzamiento lateral de un asa del intestino delgado en el orificio crural izquierdo; se reseco el epiplón necrosado, siendo el intestino viable; se realizó herniorrafia sin malla.

La paciente fue dada de alta a la semana, sin complicaciones. En los controles posteriores la paciente permanece asintomática, realizando su actividad habitual.

Caso 4

Mujer de 82 años con antecedentes patológicos de valvulopatía aorticomitral e insuficiencia cardíaca, EPOC evolucionado con crisis de broncospasmo, sobreinfección respiratoria, coledocistitis e intervenida de hernia inguinal derecha, que consultó por un cuadro de 3 días de evolución con distensión abdominal, náuseas y vómitos, y que en las últimas 24 h presentó ausencia de deposiciones. La paciente estaba deshidratada. A la exploración presentó un abdomen distendido, con dolorimiento difuso sin signos de irritación abdominal, con un peristaltismo disminuido y no se palpaban hernias. La analítica era normal y la radiografía de abdomen revelaba dilatación de asas del intestino delgado.

Se instauró tratamiento de soporte con sueroterapia, analgesia y sonda nasogástrica, pero tras 36 h la paciente empeoró clínica y radiológicamente, por lo que se decidió cirugía urgente. En la laparotomía media infraumbilical se observó una oclusión del intestino delgado por la introducción de un asa de yeyuno, con pinzamiento lateral de su borde antimesentérico, en el foramen crural derecho, con compromiso vascular de la misma. Se realizó lisis de las múltiples bridas y resección segmentaria con anastomosis terminoterminal. La intervención se completó con la reparación de la hernia crural derecha, por una incisión inguocrural, con un tapón de malla.

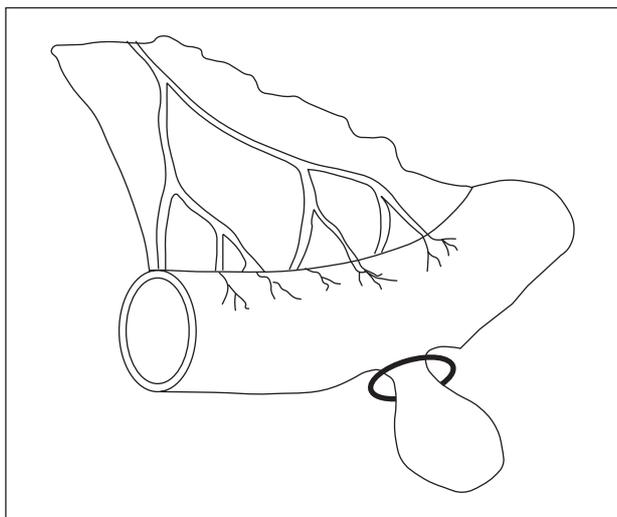


Fig. 3. Hernia de Richter, con el anillo de estrangulación.

En el postoperatorio la paciente presentó íleo paralítico prolongado, infección urinaria y absceso de pared, por lo que su estancia hospitalaria fue de 25 días.

Discusión

La hernia de Richter se produce cuando una porción de la pared antimesentérica del intestino se estrangula dentro de un saco herniario (fig. 3). Dicha hernia fue descrita por primera vez en 1598¹. Estas hernias de Richter suponen menos del 1% de las hernias de la pared abdominal. Afectan por igual a ambos sexos, siendo la edad de presentación la edad adulta (generalmente por encima de los 60 años). Todos nuestros pacientes fueron mujeres, con una edad media de 74 años.

Generalmente, 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 femoral¹; con el desarrollo de la cirugía laparoscópica ha aumentado su incidencia y se han descrito casos de localización en la zona de inserción del trocar umbilical². Los 4 casos presentados se localizaron en el foramen crural.

La sintomatología clínica es inespecífica: molestias abdominales vagas, bultoma en la ingle, íleo paralítico, etc., aunque usualmente no ofrece síntomas de obstrucción intestinal. En esta situación especial de la hernia de Richter no hay obstrucción intestinal completa, pero la porción atrapada de la pared intestinal experimenta gangrena. Si no se reconoce y se trata en una etapa temprana la estrangulación, se produce un absceso³. Así pues, un absceso de la parte medial del muslo en una anciana que, tras la incisión y el drenaje, libera pus con olor fétido, puede indicar la presencia de una hernia de Richter con intestino parcialmente estrangulado. La sintomatología de nuestras pacientes fue diversa, con dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y bultoma en la ingle, destacando una deshidratación importante en todos los casos.

Las complicaciones son consecuencia del retardo diagnóstico y terapéutico, pudiendo ser: encarcelación, estrangulación, gangrena, abscesos, fístulas enterocutáneas e incluso la muerte^{1,3-5}.

Sólo una paciente presentó complicaciones (íleo paralítico, infección urinaria y absceso de pared), resueltas con tratamiento médico y desbridamiento-drenaje de la herida quirúrgica. La mortalidad de nuestros casos fue nula.

El diagnóstico es difícil por la ausencia, en muchas ocasiones, de signos que orienten a una etiología herniaria. En nuestra experiencia, en sólo uno de los 4 casos la exploración física puso de manifiesto un proceso herniario. En otras ocasiones, al no producirse una obstrucción completa de la luz intestinal, el mantenimiento del tránsito digestivo puede dar lugar a confusión en la apreciación diagnóstica, con aparición de síntomas como diarreas. La analítica y la radiografía simple son inespecíficas, traduciendo meramente un cuadro de oclusión intestinal sin mayor información etiológica al respecto. La ecografía, la radiografía con contraste baritado o la tomografía computarizada pueden ser diagnósticas^{6,7}, pero su indicación exige la sospecha clínica de esta variante diagnóstica. En muchos casos, el diagnóstico se establece en el curso de una intervención quirúrgica, ya sea por laparoscopia⁸ o por laparotomía exploradora⁹. La importancia de la consideración de la sospecha clínica de esta entidad radica en que establece indicación para el tratamiento quirúrgico urgente, en oposición a la adopción de la actitud conservadora que puede indicarse en la oclusión intestinal secundaria a patología adherencial.

El tratamiento es quirúrgico, mediante cirugía abierta o laparoscópica, comprobando la viabilidad intestinal, con resección del intestino isquémico si fuera necesario y reanastomosis del mismo (caso 4). Se pueden realizar herniorrafia simple (caso 3) o herniorrafia con malla (casos 1, 2 y 4). Últimamente se han publicado artículos que prefieren la reparación laparoscópica por las siguientes ventajas: mínima morbilidad posoperatoria, menor dolor posquirúrgico y disminución de la estancia hospitalaria⁸. En este caso, si fuera preciso, se puede realizar resección del íleon isquémico y reanastomosis extracorpórea con una pequeña incisión abdominal¹⁰.

En conclusión, la importancia de las hernias de Richter radica en su conocimiento y en su engañosa presentación clínica, que demora una intervención quirúrgica precoz, lo que origina una mayor morbimortalidad.

Bibliografía

- Kadırov S, Sayfan J, Friedman S, Orda R. Richter's hernia: a surgical pitfall. *J Am Coll Surg* 1996; 182: 60-62.
- Williams MD, Flowers SS, Fenoglio ME, Brown TR. Richter hernia: a rare complication of laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5: 419-421.
- Vervest AM, Eeftinck Schattenkerk M, Rietberg M. Richter's femoral hernia: a clinical pitfall. *Acta Chir Belg* 1998; 98: 87-89.
- Limjoco UR, Grubbs JM, Thomas MD. Richter's hernia with bowel perforation. *Am Fam Physician* 1998; 58: 352-354.
- Yip AW, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery* 1993; 113: 266-269.
- Archer RJ, Vaughan M, McArdle JP, Havlat M. Richter's hernia of the splenic flexure: computed tomography appearances. *Australas Radiol* 1994; 38: 66-67.
- Middlebrook MR, Eftekhari F. Sonographic findings in Richter's hernia. *Gastrointest Radiol* 1992; 17: 229-230.
- Kneessy K, Weinbaum F. Hernioscopic retrieval of bowel for evaluation of viability during repair of a Richter's-type incarcerated femoral hernia. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7: 171-172.
- Ziegler DW, Rhoads JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg* 1995; 170: 67-68.
- Miki Y, Sumimura J, Nasegawa T, Mizutani S, Yoshioka Y, Sasaki T et al. A new technique of laparoscopic obturator hernia repair: report of a case. *Surg Today* 1998; 28: 652-656.