



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Herniación de intestino delgado a través de defecto en el ligamento ancho de origen idiopático en paciente sin antecedentes quirúrgicos



S. Rojo Novo^{a,*}, M. Pantoja Garrido^a, M. Fernández Ruiz^b, A. Perea Cruz^a
y M.J. Parra Fernández^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Santa María del Puerto, Puerto de Santa María, Cádiz, España

Recibido el 24 de junio de 2019; aceptado el 29 de julio de 2019

Disponible en Internet el 17 de octubre de 2019

PALABRAS CLAVE

Hernia;
Ligamento ancho;
Laparotomía;
Tomografía
computarizada por
rayos X

KEYWORDS

Hernia;
Broad ligament;
Laparotomy;
Computed
tomography

Resumen Las hernias intestinales a través de defectos en el ligamento ancho son un cuadro clínico poco frecuente y de difícil diagnóstico. La sospecha diagnóstica y el tratamiento precoz de esta entidad son de vital importancia. Su etiología está ampliamente relacionada con intervenciones quirúrgicas previas y traumatismos asociados a gestaciones y partos previos. Tanto la clínica como las determinaciones analíticas asociadas a esta patología son inespecíficas; siendo la tomografía axial computarizada la prueba de imagen complementaria de elección para el diagnóstico y valoración de la viabilidad de los órganos afectados herniados. Históricamente la resolución de las hernias se asociaba al abordaje laparotómico. Hoy en día sabemos que las vías de abordaje mínimamente invasivas, como la laparoscópica, son factibles, y deben ser la primera elección, pudiendo además aportar beneficios en términos de recuperación y postoperatorio favorable. Presentamos el caso clínico de una hernia interna de intestino delgado a través de un defecto del ligamento ancho izquierdo, en una paciente sin antecedentes quirúrgicos ni traumáticos previos, cuyo diagnóstico y resolución requirió de la realización de una laparotomía exploradora.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Herniation of the small intestine through a defect in the broad ligament of idiopathic origin in a patient without surgical history

Abstract Intestinal hernias through the broad ligament are a rare entity and difficult to diagnose. The diagnostic suspicion and early treatment are of vital importance. Its aetiology is widely associated with previous surgical interventions and trauma associated with previous pregnancies and deliveries. Both the clinical and the analytical tests associated with this entity

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sararn677@hotmail.com (S. Rojo Novo).

are non-specific. Computed axial tomography is the complementary imaging test of choice for the diagnosis and assessment of the viability of the organs involved in the hernia. Historically, the resolution of hernias was associated with the laparotomy approach. Nowadays, it is known that the use of the minimum invasion by laparoscopy is feasible, and should be of first choice, and may also provide benefits in recovery and a more favourable post-operative period. A clinical case is presented of an internal hernia of the small intestine, through a defect of the left broad ligament, in a patient with no prior surgical or traumatic history, in which the diagnosis and resolution of the condition involved the performing of an exploratory laparotomy. © 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las herniaciones de estructuras abdominopélvicas a través de defectos del ligamento ancho son entidades clínicas extremadamente raras¹, si bien es cierto que tan solo el 1% de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado son secundarias a herniaciones internas; y de estas, solo el 5% implican al ligamento ancho². Su etiología está relacionada fundamentalmente con orificios herniarios internos verdaderos (consecuencia de malformaciones congénitas) o de hernias derivadas de secuelas de bridas y adherencias posquirúrgicas de origen inflamatorio, congénito o neoplásico³. En los casos adquiridos, la multiparidad es el factor predisponente más frecuente¹.

El diagnóstico clínico es difícil, ya que los síntomas son inespecíficos². Puede cursar de manera asintomática o producir molestias significativas, que varían desde el dolor epigástrico inespecífico hasta el de tipo cólico intermitente³. Dada la baja especificidad de síntomas, a menudo este tipo de hernias del ligamento ancho se han diagnosticado accidentalmente durante la realización de cirugías por otros motivos, siendo el diagnóstico preoperatorio de esta entidad bastante poco frecuente⁴. La tomografía computarizada es el método diagnóstico más fiable, además de ser clave en la identificación del órgano afectado y la evaluación de la viabilidad de este². Mientras que el abordaje convencional para tratar una obstrucción de intestino delgado es la laparotomía², la laparoscopia es factible para identificar el defecto del ligamento ancho, además de disminuir la morbilidad asociada a la cirugía¹. La resolución del cuadro depende de la reducción de la hernia, valorar la posible resección parcial del intestino y del cierre del defecto, para evitar posibles recidivas⁵.

Presentamos el caso clínico de una paciente con una hernia de intestino delgado a través del ligamento ancho izquierdo, diagnosticada durante una laparotomía exploradora urgente realizada por sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria, asociada a íleo paralítico.

Caso clínico

Exponemos el caso de una mujer de 41 años de edad que ingresa en la unidad de ginecología general por sospecha de absceso tubárico izquierdo tras acudir a urgencias



Figura 1 Ecografía transvaginal en la que se identifica útero desplazado por estructura tubular de contenido anecoico e hipoeicoico de bajo nivel que se corresponde con el asa de intestino delgado atrapada a través del ligamento ancho izquierdo.

hospitalarias por un dolor abdominal, de predominio en fosa iliaca izquierda irradiado a zona lumbar que se agrava con el movimiento, acompañado de vómitos (motivo por el que acude a urgencias en varias ocasiones, siendo dada de alta sin encontrar causa). Es portadora de un dispositivo intrauterino de cobre y tiene como antecedente obstétrico un parto eutócico previo, sin otros antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. A la exploración destaca un abdomen distendido y doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de peritonismo. En la analítica presenta una leucocitosis con neutrofilia. La ecografía abdominal realizada por el servicio de radiodiagnóstico identifica a nivel de la pelvis izquierda una estructura tubular que finaliza en un fondo de saco, aperistáltica, con líquido en su interior y cambios inflamatorios grasos adyacente, con pequeña cantidad de líquido libre, sugestiva de piosalpinx izquierdo. A nivel de las asas intestinales no se identifican alteraciones. La ecografía transvaginal realizada por el servicio de ginecología reafirma la existencia de una formación anecoica con contenido hipereicoico en la zona paraanexial izquierda, sugestiva de piosalpinx, con útero y ovarios normales y escasa cantidad de líquido libre en Douglas (fig. 1). Se realizan cultivos de exudado vaginal, endocervical y endometrial con resultados negativos. El dolor no cede con analgesia intravenosa y el cuadro no mejora con la antibioterapia administrada, persistiendo la distensión abdominal, asociándose a una

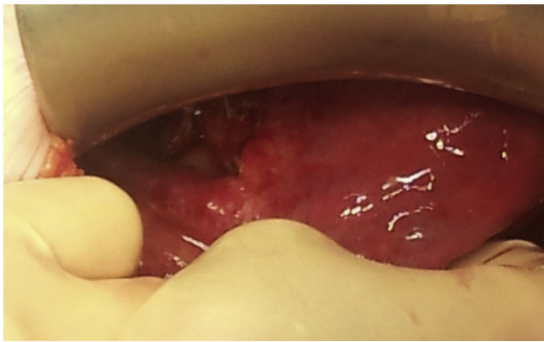


Figura 2 Fotografía que evidencia el defecto (de unos 3 cm) a nivel del ligamento ancho izquierdo tras liberación del asa de intestino delgado encarcelada.

disminución del peristaltismo; por lo que tras 48 h desde el ingreso y dado el empeoramiento del cuadro, se decide realizar una laparotomía exploradora urgente de la cavidad abdominal por sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria e íleo paralítico intestinal. Tras la apertura de la cavidad se evidencia la existencia de una hernia interna de intestino delgado a través del ligamento ancho izquierdo, con un orificio de 3 cm (fig. 2), por lo que se realiza una desrotación de asas intestinales y liberación de las estructuras herniadas sin complicaciones, tras comprobar la viabilidad de dichas asas intestinales; posteriormente se finaliza la intervención suturando el defecto del ligamento ancho izquierdo (fig. 3). La paciente recibe al alta hospitalaria a los 6 días de la intervención, con una recuperación postoperatoria adecuada. Destaca en su historia clínica posterior un ingreso a los 5 meses de la intervención por una obstrucción intestinal secundaria a bridas abdominales, tras comenzar con un cuadro de dolor de 24 h de evolución sin síntomas acompañantes y con un abdomen timpanizado y doloroso de forma difusa, sin peritonismo. Se realiza una radiografía simple y una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal sin contraste, que evidencia una dilatación de intestino delgado proximal sin afectación de la porción distal ni de colon, con zona de transición a nivel de hipogastrio, donde existe a nivel proximal una ingurgitación vascular del mesenterio y curvatura anómala de los vasos, lo que sugiere la existencia de una obstrucción mecánica por una brida. Tras iniciar

un manejo conservador del cuadro no efectivo tras 48 h, se realiza una laparotomía exploradora urgente con adhesiolisis y apendicectomía. Se procede al alta domiciliaria a los 7 días de la intervención con evolución favorable. La paciente no ha vuelto a presentar un cuadro similar en relación con la patología descrita tras 6 años de seguimiento desde la intervención inicial.

Discusión

La obstrucción intestinal es un cuadro común en los servicios de urgencias, representando un 12-16% de los ingresos hospitalarios. Las hernias internas son responsables de una tercera parte de los casos de obstrucción intestinal; siendo el intestino delgado el órgano más frecuentemente involucrado (80% de los casos), implicando al intestino grueso solo en el 20% restante³. La obstrucción del intestino delgado es una causa frecuente de cirugía urgente⁶. Las hernias internas son una rara entidad clínica, responsables del 1-2% de las obstrucciones de intestino delgado¹, siendo extremadamente inusual que ocurra a través del ligamento ancho (4-7% de estos casos)⁵. Aunque el íleon es la estructura más frecuentemente involucrada, también han sido descritas hernias de colon, ovario y uréter^{1,2,5}. En nuestro caso identificamos un atrapamiento intestinal (que comprometía al intestino delgado) a través de un defecto existente en el ligamento ancho, causa que no se había sospechado preoperatoriamente. La etiología más común de las obstrucciones de intestino delgado son las adherencias, que se asocian más comúnmente con cirugías previas en el hemiabdomen inferior y la pelvis; causa del segundo cuadro de obstrucción intestinal que padeció nuestra paciente y que fue subsidiario de cirugía. Otras causas de obstrucción de intestino delgado incluyen las neoplasias/carcinomatosis, los vólvulos, la enfermedad inflamatoria intestinal o las hernias⁶.

El ligamento ancho uterino lo conforman capas de peritoneo que cubren las superficies intestinal y vesical, y que se continúan lateralmente en forma de trípode hacia las paredes laterales de la pelvis⁴. El defecto en este ligamento puede ser de origen congénito o adquirido. La variedad congénita se relaciona con la existencia de quistes en el ligamento ancho (remanentes de los conductos mesonéfricos o müllerianos), que al romperse dejan un defecto a nivel de esta estructura. Esta situación explica

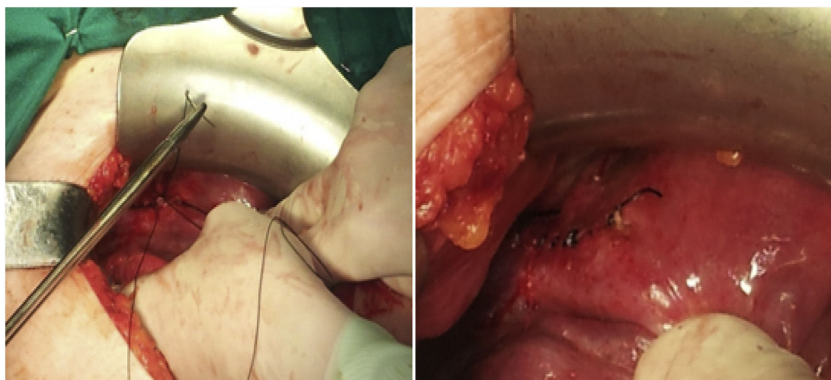


Figura 3 Fotografías en las que se puede advertir la sutura (con hilo reabsorbible lento) del defecto existente a nivel del ligamento ancho izquierdo y el resultado final previo a la finalización de la intervención.

los cuadros hallados en mujeres nulíparas, en las que no se han realizado intervenciones quirúrgicas previas o no presentan antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica. Las causas adquiridas (que constituyen el 43-54% del total)³ son secundarias a traumatismos o lesiones iatrogénicas producidas durante el embarazo-parto, tras una cirugía abdominal o enfermedad inflamatoria pélvica^{1-3,5,7}. Hasta en el 80% de los casos la multiparidad se identifica como un factor predisponente¹, siendo además los defectos del ligamento ancho izquierdo los más frecuentes^{2,8}. En el caso presentado, nuestra paciente, sin historia ni antecedentes quirúrgicos, ni traumáticos en su anterior gestación y parto, podríamos considerar que el defecto del ligamento ancho es de origen congénito; aunque sin poder descartar totalmente la variante adquirida.

Bernal et al.⁹ y Hola et al.¹⁰ reportaron, en una revisión bibliográfica, 73 casos de herniación a través de un defecto del ligamento ancho desde que Quain¹¹ en 1861 describiera el primer caso en un estudio post mortem³. La paciente más joven con una hernia interna de intestino delgado a través del ligamento ancho que se haya descrito fue con la edad de 16 años; mientras que más del 85% de los casos se han presentado en mujeres con hijos⁴.

Existen diversas clasificaciones para catalogar las distintas clases de hernias. La clásica contempla dos grandes divisiones: externas (las que se producen a través de defectos de la pared abdominal o de la pelvis) e internas. En este grupo se engloban las que tienen su orificio herniario localizado en la cavidad abdominal, sin hacer prominencia hacia el exterior³, como en nuestro caso. Según la clasificación de Hunt, que hace referencia a los defectos existentes en el ligamento ancho, el tipo 1 o «fenestrada» representa a las hernias completas que atraviesan las dos hojas del ligamento ancho; es la variante más frecuente, y de la que nuestro caso clínico forma parte. El tipo 2 o «en bolsa» incluye las hernias que implican solo una capa del ligamento ancho^{1-3,12}. La clasificación de Cilley, según la localización anatómica de la herniación, distingue tres tipos: tipo 1, cuando la herniación cruza el espesor total del ligamento ancho (siendo esta la más común); el tipo 2, cuando progresa entre el mesosalpinx y mesoovario; y el tipo 3, cuando se localiza caudal al ligamento redondo^{2,5,13}, como fue nuestro caso.

El diagnóstico clínico de esta entidad es difícil, y en muchas ocasiones se demora; dados los síntomas inespecíficos con los que puede cursar. La variedad en la presentación clínica, así como la severidad del cuadro (en el caso de la hernia interna), depende, fundamentalmente, de su localización, de la duración, de la capacidad de reducir la hernia y de la existencia o no de incarceration/estrangulamiento de las asas intestinales³. Pueden ser asintomáticas o causar molestias significativas; y pueden ser clínicamente tan variables que abarquen desde un dolor epigástrico inespecífico hasta un dolor de tipo cólico intermitente en el hemiabdomen inferior³; pudiendo asociarse a síntomas constitucionales como las náuseas y los vómitos².

El soporte diagnóstico con pruebas de laboratorio convencionales no tiene especificidad ni sensibilidad significativa, y no existe ninguna variante patognomónica o de valor definitivo asociada a la entidad estudiada³. El diagnóstico preoperatorio de este cuadro requiere un tiempo prolongado, siendo de gran utilidad las pruebas de imagen complementarias. La TAC es el método diagnóstico más

fiable en la actualidad². En nuestro caso no se realizó este estudio, ya que tanto los radiólogos como los ginecólogos no sospecharon la existencia de una hernia interna, siendo suficiente la información facilitada por la ecografía abdominal y transvaginal, que de forma errónea les hizo interpretar los hallazgos como sugestivos de enfermedad pélvica inflamatoria. Las imágenes radiográficas simples de abdomen son también inespecíficas. Pueden mostrar signos cardinales de dilatación del intestino delgado (grosor mayor de 3 cm) y escasez de aire a nivel del colon⁶. Sin embargo, los estudios de imagen de contraste por vía oral utilizados hace años para el diagnóstico de hernias internas se encuentran en desuso, emergiendo la TAC como elemento de importante valor diagnóstico. La resolución de la TAC es clave para identificar el órgano involucrado, la localización exacta de la obstrucción y el tipo de hernia desarrollada²; así como también puede mostrar signos más sugestivos de isquemia, incluyendo el engrosamiento intestinal, el edema mesentérico o el realce asimétrico; dadas las capacidades multiplanares de reconstrucción de imagen³. Cuando la TAC evidencia una pérdida de los bucles intestinales, una infiltración del mesenterio, derrame peritoneal o la presencia de neumoperitoneo, es compatible con posible perforación intestinal. Cuando estos signos están ausentes, la viabilidad intestinal no está comprometida y la obstrucción es posible abordarla por vía laparoscópica; en caso contrario, se requerirá de una resección intestinal, frecuentemente por laparotomía².

A pesar de disponer de distintas pruebas de imagen para el estudio preoperatorio, las hernias del ligamento ancho a menudo son hallazgos casuales durante cirugías indicadas por otras razones, siendo el diagnóstico preoperatorio de esta entidad bastante poco frecuente⁴; como ocurrió en nuestro caso.

La laparoscopia es la vía ideal para confirmar el diagnóstico y tratar los defectos del ligamento ancho en ausencia de distensión del intestino delgado; la reconversión a laparotomía es frecuente en casos de visualización inadecuada¹, o de diagnóstico inicial erróneo, como sucedió en nuestro caso, en el que se preveía una intervención complicada por la posible existencia de un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria avanzado. Mientras que el abordaje convencional para tratar una obstrucción de intestino delgado es la laparotomía, la laparoscopia es factible en torno al 50% de los casos, con aceptables tasas de morbilidad; pudiendo las pacientes beneficiarse de una recuperación postoperatoria más rápida y de menores periodos de hospitalización, según corrobora la bibliografía². El tratamiento convencional de las hernias está basado en la excarceración mediante laparotomía. El tratamiento quirúrgico consiste en la colocación del paciente en posición de Trendelenburg, la reducción del contenido encarcerado y, si es necesaria, la resección del intestino no viable. Para evitar recurrencias, es necesario el cierre del defecto (con clips o puntos) o la sección completa del ligamento ancho⁵; procedimiento que se llevó a cabo en nuestra paciente.

Conclusiones

La rareza de esta entidad clínica y su inclusión en el diagnóstico diferencial del dolor abdominopélvico, así como la importancia de un diagnóstico clínico temprano, son

claves para disminuir la morbilidad asociada a una hernia interna de intestino delgado a través de un defecto existente en el ligamento ancho. El conocimiento en profundidad de este cuadro podría llevar a un alto grado de sospecha diagnóstica, reconocimiento clínico rápido e intervención inmediata, que son esenciales para reducir o prevenir las principales comorbilidades de la enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Post IC, Vollebregt A, Bokani N, de Korte N. The complicated Allen-Masters syndrome: small bowel herniation through a broad ligament defect. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211:e3-4.
2. Marraoui W, Petitcolin V, Bros S, Slim K, Garcier JM, Da Ines D. Internal hernia of the broad ligament: CT diagnosis for laparoscopic management. *Diagn Interv Imaging*. 2012;93:621-4.
3. Fonseca-Coronado R, Robles-Elías FJ, Robles-Morales R. Internal hernia to the broad ligament: report of a rare case solved with laparoscopy and review of the literature. *Ginecol Obstet Mex*. 2013;81:658-64.
4. Otani-Takei N, Akimoto T, Sadatomo A, Saito O, Muto S, Kusano E, et al. Bowel obstruction and peritoneal dialysis: a case report of a patient with complications from a broad ligament hernia. *Clin Med Insights Case Rep*. 2016;9:57-60.
5. Karmali S, Zurawin RK, Sherman V. Herniation through the broad ligament. *CMAJ*. 2010;182:174.
6. Cameron M, Janakan G, Birch D, Nazir S. A closed loop obstruction caused by entrapment of the fallopian tube and herniation through the broad ligament. *Int J Surg Case Rep*. 2015;12:57-9.
7. Simstein NL. Internal herniation through a defect in the broad ligament. *Am Surg*. 1987;53:258-9.
8. Slezak FA, Schlueter TM. Hernia of the broad ligament. En: Nyhus LM, Condon RE, editores. *Hernia*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. p. 491-7.
9. Bernal A, Restrepo R, Bernal C, Castaño R. Foramen congénito del ligamento ancho con hernia enteral interna y sufrimiento intestinal reversible: presentación de dos casos. *Rev Col Gastroenterol*. 2012;27:56-61.
10. Hola J, Azolas R, Abedrapo M, Avillo V, Sobron M, Garrido R, et al. Hernia interna secundaria a defecto del ligamento ancho. *Rev Chil Cirug*. 2010;62:13-4.
11. Quain. Case of internal strangulation of a large portion of the ileum. *Trans Path Soc Lond*. 1861;12:103.
12. Hunt AB. Fenestrae and pouches in the broad ligament as an actual and potential cause of strangulated intra-abdominal hernia. *Surg Gynecol Obstet*. 1934;58:906-13.
13. Cilley R, Poterak K, Lemmer J, Dafoe D. Defects of the broad ligament of the uterus. *Am J Gastroenterol*. 1986;81:389-91.