



CARTAS CIENTÍFICAS

Hernia interna a través de defecto en el ligamento ancho



Internal hernia through a broad ligament defect

Las hernias internas se definen como las que tienen su orificio herniario localizado en la cavidad abdominal, sin hacer prominencia hacia el exterior. La incidencia de obstrucción del intestino delgado debido a una hernia interna es rara y representa el 1% de las obstrucciones agudas¹. Las hernias a través de un defecto del ligamento ancho son raras, ya que las de mayor frecuencia son: paraduodenales, pericecales, foramen de Winslow, transmesentérica, transmesocólicas, intersigmoideas y retroanastomóticas². Estos defectos pueden causar que el intestino delgado pase a través de este, lo cual lleva a complicaciones como obstrucción, estrangulación o perforación³. Las hernias internas son difíciles de diagnosticar tanto clínica como radiológicamente, por lo que debe ser considerada como diagnóstico diferencial.

Se trata de una paciente de 30 años de edad, con historia de 2 embarazos y 2 partos, quien acude a Urgencias por presentar dolor y distensión abdominal, náuseas y vómitos de 2 días de evolución. La paciente negaba antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia. En el examen físico la paciente estaba ligeramente deshidratada, taquicárdica (128 lpm) y taquipneica (30 rpm). El abdomen estaba plano, blando, depresible, doloroso a la palpación del abdomen inferior con rebote positivo, acentuado en la fosa iliaca derecha e hipogastrio, y con disminución de ruidos hidroaéreos. El útero estaba intrapélvico. La evaluación rectal no mostró anomalías.

Los exámenes de hematología, orina, electrolitos, el perfil de coagulación y el funcionalismo hepático resultaron normales. La radiografía simple de abdomen mostró niveles hidroaéreos en hemiabdomen inferior y pelvis relacionados con la presencia de íleo sin pneumoperitoneo. El ultrasonido transvaginal mostró escasa colección de líquido pélvico, sin tumoraciones o alteraciones anexas. La tomografía de abdomen y pelvis evidenció signos de obstrucción de asas de intestino delgado en el fondo del saco de Douglas, con escaso líquido libre. Con estos hallazgos se decidió realizar laparoscopia diagnóstica y terapéutica.

Durante la laparoscopia se encontró una pequeña cantidad de líquido libre en la pelvis y una porción del intestino delgado, de aproximadamente 10 cm, herniada a través de defecto de 5 cm de diámetro en el ligamento ancho izquierdo entre el redondo y el útero (fig. 1). La porción del intestino no presentaba signos de distensión, isquemia o perforación, y fue retirado del defecto. Este fue cerrado utilizando sutura monofilamento continua absorbible para evitar futuros eventos. La trompa, el ovario y el anexo derechos estaban normales. La paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dada de alta al tercer día.

Las hernias internas como causa de obstrucción intestinal son extremadamente raras, ya que ocurren en menos del 1% de los casos, y lo son aún más si la causa es un defecto del ligamento ancho, debido a que solo corresponde a un 4-5% de las hernias internas⁴. El ligamento ancho del útero está formado por peritoneo, que cubre sus 2 superficies. Un defecto puede involucrar una o ambas superficies peritoneales, y frecuentemente compromete ambas. La clasificación de los diferentes tipos de hernias internas del ligamento ancho se muestra en la tabla 1^{2,5}. Según esa clasificación el presente caso sería tipo Hunt 1 y Cilley 1.

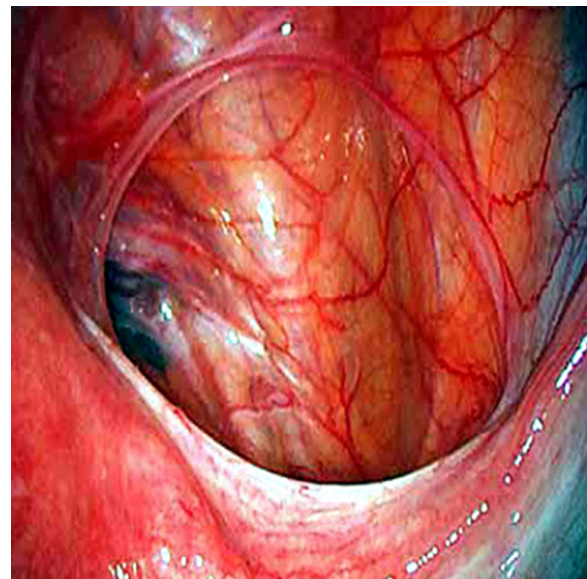


Figura 1 Defecto en el ligamento ancho.

Tabla 1 Clasificación de las hernias internas del ligamento ancho

Hunt	Cilley
Tipo 1 o «fenestrada»	Tipo 1: El orificio está en la zona más amplia del ligamento ancho
Tipo 2 o en «bolsa»	Tipo 2: El orificio se localiza a través del mesosalpinx y el mesovario
	Tipo 3: El orificio se localiza en el meso del ligamento redondo

Los defectos en el ligamento ancho pueden ser adquiridos o congénitos. Las causas adquiridas son traumatismos durante el embarazo o el parto, enfermedad inflamatoria pélvica o cirugía (como la de Webster-Baldy para el tratamiento de la retroversión uterina, que creaba defectos en el ligamento ancho). En pacientes nulíparas, tales defectos pueden deberse a rotura espontánea de estructuras quísticas dentro del ligamento ancho que son remanentes congénitos de los conductos mesonéfricos o müllerianos^{1,6}. La hernia u obstrucción del intestino delgado es la complicación más comúnmente reportada. También se ha comunicado la herniación y obstrucción ureteral y la torsión ovárica con estrangulación gangrenosa dentro de los defectos del ligamento ancho^{6,7}. Es importante destacar que el segmento intestinal comprometido con más frecuencia es el íleon. Sin embargo, otras estructuras, como colon, ovario, epiplón y apéndice, también han sido reportadas⁸.

El diagnóstico preoperatorio necesita de un alto grado de sospecha y es extremadamente difícil debido a la ausencia de signos/síntomas físicos o cuadros clínicos bien establecidos³. La radiografía abdominal simple y el ultrasonido pueden indicar un posible diagnóstico, pero se ha demostrado un alto grado de éxito con la tomografía, aunque es imposible diagnosticar la hernia a través del ligamento ancho^{5,6}. Sin embargo, en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza durante la cirugía.

El tratamiento quirúrgico consiste en la colocación del paciente en posición de Trendelenburg, la reducción del contenido encarcelado y, si es necesaria, la resección del intestino no viable. Para prevenir la recurrencia de la obstrucción del intestino delgado, el defecto puede ser cerrado o el liga-

mento ancho puede ser dividido completamente. Como en el presente caso, la laparoscopia es una opción terapéutica, sobre todo en mujeres mayores sin signos de irritación peritoneal, ya que la corrección del defecto solo requiere la manipulación del ligamento ancho⁵. Se debe tener cuidado con la detección de perforaciones y con la manipulación de los vasos mesentéricos para evitar posibles complicaciones.

Bibliografía

1. Langan RC, Holzman K, Coblenz M. Strangulated hernia through a defect in the broad ligament: A sheep in wolf's clothing. *Hernia*. 2012;16:481-3.
2. Tan GH, Harunarashid H, Das S, Goh YH, Ramzisham AR. Internal hernia through the mesosalpinx: A lesson to learn. *Clin Ter*. 2010;161:533-4.
3. Haku T, Daidouji K, Kawamura H, Matsuzaki M. Internal herniation through a defect of the broad ligament of the uterus. *Abdom Imaging*. 2004;29:161-3.
4. Guillem P, Cordonnier C, Bounoua F, Adams P, Duval G. Small bowel incarceration in a broad ligament defect. *Surg Endosc*. 2003;17:161-2.
5. Leone V, Misuri D, Faggi U, Giovane A, Fazio C, Cardini S. Laparoscopic treatment of incarcerated hernia through right broad ligament in patients with bilateral parametrium defects. *G Chir*. 2009;30:141-3.
6. Karmali S, Zurawin RK, Sherman V. Herniation through the broad ligament. *CMAJ*. 2010;182:174.
7. Nackle AC, Yeko TR. Ureteral displacement associated with pelvic peritoneal defects and endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000;7:131-3.
8. Demir H, Scoccia B. Internal herniation of adnexa through a defect of the broad ligament: Case report and literature review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17:110-2.

Eduardo Reyna-Villasmil^{a,*}, José Prieto Montaña^b,
Ismael Suárez-Torres^a y María Labarca-Acosta^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com
(E. Reyna-Villasmil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.11.006>

Paraganglioma mesentérico simulando una neoplasia ovárica

Mesenteric paraganglioma mimicking an ovarian neoplasm

Los paragangliomas son tumores que derivan de células neuroendocrinas que forman ganglios simpáticos y parasimpáticos del sistema nervioso autónomo que constituyen paraganglios. Están clasificados en funcionantes o no fun-



cionantes, basándose en la producción de catecolaminas¹. El paraganglioma intraabdominal más común es el feocromocitoma de la médula adrenal. Se ha descrito la presencia de paragangliomas extraadrenales en el tracto intestinal, especialmente en el duodeno, y como tumoración mesentérica son extremadamente raros².

Presentamos el caso de una paciente de 51 años que consulta por presentar sangrado poscoital; durante la ecografía se observó de forma accidental tumoración quística bien circunscrita de 6 × 5 cm, con incremento de la vascularidad, ubicada en el ovario izquierdo (fig. 1). El examen físico no mostró ningún tipo de anomalía. Los marcadores tumora-