



Comunicación breve

Hernia interna congénita como causa de dolor abdominal

Congenital internal hernia as a cause of abdominal pain



Patricia Atencio^{a,*}, Begoña López-Botet Zulueta^b, Joaquín García-Cañete^a, Antonio Blanco-García^a y Claudia Quispe^a

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

La hernia abdominal interna es definida como la herniación de una víscera a través de una apertura natural o adquirida en la cavidad peritoneal. Si se presenta como dolor abdominal agudo, la causa subyacente suele ser la obstrucción intestinal, con una mortalidad descrita de hasta un 50%¹.

Al servicio de urgencias acudió un varón de 42 años, con antecedentes de cáncer de testículo en remisión completa, y sin cirugía abdominal previa, refiriendo dolor abdominal epigástrico irradiado a ambos hipocondrios de pocas horas de evolución, urente e intermitente. A su llegada el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con dolor leve-moderado, por lo cual se inició analgesia de primer escalón, omeprazol y ranitidina, con resolución completa de los síntomas. La analítica sanguínea fue completamente normal, por tanto, se decidió el alta médica. Tras incorporarse el paciente, el dolor reaparece de forma abrupta, irradiando al resto del abdomen, acompañado de sudoración profusa y palidez cutánea, por lo cual se trasladó al cuarto de críticos, donde se administró cloruro mórfico, y se solicitó una tomografía computarizada de abdomen en la cual se observó la alteración en la disposición de las asas intestinales, con localización de asas de intestino delgado en hipocondrio derecho, anteriores al ángulo hepático del colon y al duodeno, adyacentes al lóbulo hepático izquierdo. Estos hallazgos fueron compatibles con una hernia interna pericecal. También se objetivaron leves signos de edema en el meso con agrupación de

los vasos sin clara torsión. En el caso de nuestro paciente se disponía de tomografías de abdomen previas por el estudio de extensión de seguimiento de su enfermedad. No se pudo realizar la técnica con contraste por haber desarrollado una reacción alérgica al mismo, documentado en su última revisión. Tras la administración de cloruro mórfico, el paciente tuvo un adecuado control del dolor, siendo ingresado en la planta de cirugía general para observación, manteniéndose asintomático durante su estancia hospitalaria, donde posteriormente fue dado de alta sin incidencias.

La hernia interna abdominal es una entidad clínica de diagnóstico complejo, debido a sus síntomas difusos y sus escasos hallazgos en la exploración física².

Estas causan del 0,6 al 6% de las obstrucciones de intestino delgado, y ocurren por defectos congénitos o adquiridos del mesenterio. Myers clasificó las mismas según su localización, siendo las más frecuentes la paraduodenal (53%) y la pericecal (13%), respectivamente^{3,4}. Se presentan habitualmente con dolor abdominal agudo, con o sin distensión abdominal o vómitos, especialmente tras comidas abundantes, que puede desaparecer con cambios posturales. La tomografía computarizada es el mejor método de diagnóstico^{1,5}. Finalmente, en el caso de que haya signos de obstrucción intestinal y/o sufrimiento de asas, el tratamiento consiste en el cierre del defecto con suturas o mallas bioorgánicas o sintéticas¹ (figura 1).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricia.atencio@quironsalud.es (P. Atencio).

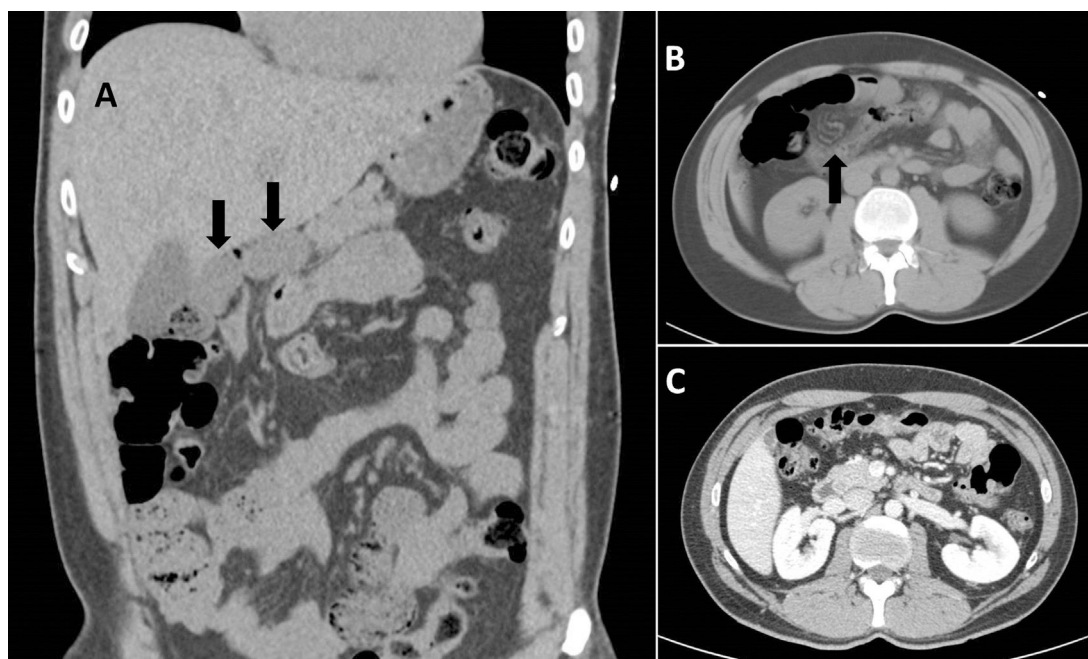


Figura 1. A) TC de abdomen sin contraste en reconstrucción coronal donde se evidencia las asas del intestino delgado contiguas al hígado (flechas). B) Corte transversal con asas de intestino delgado localizadas en hipocondrio derecho anteriores al ángulo hepático del colon y al duodeno, adyacentes al lóbulo hepático izquierdo no presente en TC de abdomen previo (flecha). C) TC de abdomen normal previo.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Autorías

Todos los autores han confirmado su autoría.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación al presente artículo.

Bibliografía

1. Tepeš M, Kirac I, Glavan E, Doko M. Internal Hernias in Acute Abdomen: Review of Literature and Report of four Cases. *Coll Antropol* 2015;39:475–9 [consultado 4 Feb 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26753469>.

2. Berle M, Dahlslett KH, Kavaliauskiene G, Hoem D. Indre tarmbrokk. *Tidsskr Den Nor legeforening* 2017;137 [consultado 3 Feb 2020] Disponible en: <https://tidsskriftet.no/2017/09/medisinen-i-bilder/indre-tarmbrokk>.
3. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: Unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg* 1986;152:279–85 [consultado 4 Feb 2020] Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0002961086902588>.
4. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: Current diagnosis and treatment. *Surgery* 1996;119:133–6 [consultado 4 Feb 2020] Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0039606096801590>.
5. Postgastrectomy complications - UpToDate [consultado 4 Feb 2020] Disponible en: https://www.uptodate.com/m-jfd.a17.csinet.es/contents/postgastrectomy-complications?search=internal%20hernia§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H8245478&source=machineLearning&selectedTitle=5~25&display_rank=5#H8245478.