

(Trabajo de la Clínica del Prof. Chifflet)

HERNIA INTERNA A TRAVES DE UN ORIFICIO PREFORMADO DEL MESENTERIO (*)

Dres. Manlio E. Chizzola y Uruguay Larre Borges

El caso se refiere a una hernia interna, producida en un defecto mesentérico presuntamente congénito.

Historia Clínica.

M. E. del G. 81907. 29 años. Consulta a la hora 21 en Servicio de Puerta del H. de C. por dolores cólicos, que aparecen 12 horas antes del ingreso y que rápidamente se hicieron difusos y continuos, acompañándose de vómitos, primero de alimentos y luego biliosos. Hay antecedentes de cuadros similares aunque de menor intensidad, el último 15 días antes.

Al examen: Temp. axilar 36.7. Temp. rectal 37.3. Pulso 80. Pr. 12/7. Pleuro pulmonar y cardio vascular s/p.

Abdómen: discretamente balonado en bajo vientre, se moviliza con la respiración, depresible a la palpación, la cual despierta dolor discreto en F.I.D. y flanco. Ingresa en observación.

Evolución: vista por nosotros en Sala al otro día han cesado los dolores espontáneos, mantienen un buen estado general, apirética, sin vómitos. A la palpación existe discreto dolor en hipogastrio y ambas fosas ilíacas.

Examen Genital: sin particularidades.

Tacto Rectal: normal, Douglas libre e indoloro, recto lleno de materias. A la hora 21 vista nuevamente, han reaparecido los dolores localizándose en F.I.D. que es asimismo muy dolorosa a la palpación. Temp. 37.6 ax. 38.4 rectal.

Leucocitosis: 19.000. Tacto rectal incambiado. Se decide la intervención con diagnóstico probable de apendicitis aguda.

Operación: Dr. Chizzola - Dr. Larre Borges.

Anestesia General Pract. Martínez; incisión de Mac Burney: abierto el peritoneo sale abundante cantidad de líquido sero-sanglinolento.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 7 de setiembre de 1960.

Ciego en posición alta, difícil de exteriorizar. Apéndice látero-cecal interno, libre, de aspecto normal. Las asas delgadas que se encuentran en el foco, están dilatadas, congestivas; el mesenterio edematoso y difusamente sembrado de un piqueteado hemorrágico. Se prosigue la exploración del delgado y prontamente nos encontramos que un asa se sumerge en la profundidad, en dirección hacia arriba, izquierda y atrás, estando fija en el plano posterior, no pudiéndose exteriorizar. Ante la imposibilidad de completar la exploración por el Mac Burney, se practica incisión transrectal latero-umbilical D. Continuando la exploración del delgado en sentido retrógado, llegamos al asa fijada y vemos que ella pasa por un orificio del mesenterio, situado más o menos en la mitad de altura del yeyuno-ilión y contra el borde intestinal de meso. Gran parte del delgado distal ha pasado herniándose, por dicho orificio, desde la cara derecha del mesenterio hacia la cara izquierda de este. Reducida la hernia, apreciamos la morfología del defecto. Se trata de un orificio de unos 8-10 cms. de diámetro. El reborde mesentérico del orificio es regular, con una fina banda fibrosa. Los vasos del meso llegan al mismo marginándolo en forma de arcada, pareciendo haber ausencia de vasos rectos. (Fig. 1).

El asa intestinal correspondiente, forma la otra semi circunferencia del orificio, tiene una extensión de unos 16 cms. Se presenta con calibre irregular, sin aspecto de sufrimiento isquémico. Por lo que debería ser su borde libre está unida por un epiplón a la cara anterior del colon descendente, en las cercanías de la inserción del mesocolon. La vascularización del asa delgada le llega evidentemente por ese epiplón. Por constituir el mismo una brida interna, se liga y se secciona. Resolvemos, por el aspecto anormal del asa, de calibre irregular, porque el cierre simple del orificio dejaría un asa muy plegada, y porque su vascularización quedó seguramente muy comprometida después de seccionado el epiplón, practicar la resección de la misma.

Completamos la exploración del resto del abdomen por la posibilidad de la coexistencia de otras anomalías con resultado negativo.

Resección intestinal, anastomosis término-terminal.

Apendicectomía: Drenaje del Douglas.

Cierre de las incisiones, Sonda de Cantor.

Evolución post-operatoria sin incidentes dignos de mención. Alta al octavo día.

Anatomía Patológica:

Segmento de intestino de 15 cms. con sector proximal dilatado en relación al sector distal. Ausencia de meso intestinal, reconociéndose sobre uno de los bordes, tres ligaduras que corresponden a pequeños fragmentos de tejido adiposo. Abierta la pieza, se observa pared delgada, sin otras particularidades.

Histología:

Configuración normal de la pared intestinal, con moderado edema de la submucosa. No hay otras alteraciones.

Comentario:

De la revisión bibliográfica realizada, surge, que la estrangulación de un asa, prolapsada a través de uno de estos orificios mesentéricos, es una condición rara. Brown (2) en 1920 suma 20 casos. Cutler (cit. 7) en 1925 hace la tabulación concerniente a estos casos y agrega 8 mas. Judd (12) y Mac Worther, citado por el mismo, presentan nuevos casos en 1929, así como Willanson (16) en 1932.

Existen además varios casos reportados por distintos autores (4-9) de estrangulación intestinal a través de orificios del epiplón, (Fig. 2) orificios aparentemente preformados y supuestos de origen congénito. Martloff (14) en 1934 hace una revisión de estos casos totalizando 16 casos.

Así también, otra situación relacionable con las anteriores, es la existencia de orificios en los ligamentos anchos.

Varios autores (3-5-6-8-cts.) han publicado casos de estrangulación de delgado, o de hernias del sigmoide, o del ovario a través de tales orificios, generalmente situados en la parte alta del ligamento ancho, donde este es mas fino y que por sus características han sido también considerados como pre-formados. (Fig. 3).

Las causas etiológicas, que se han considerado como relacionadas con estos defectos son: *inflamación*, que podría estar en la formación de ciertas dehiscencias de los mesos; *traumatismo*, anotado como posible factor por algunos autores; y en particular, *defectos congénitos*, responsables al parecer de la mayoría de los casos reportados.

La situación, refiriéndonos a los orificios mesentéricos, es habitualmente en el mesenterio terminal, cerca de la región ileocecal. A ese nivel, en el área demarcada por el arco vascular anastomótico, el meso es a menudo fino, traslúcido y dehiciente. (Fig. 4).

Otras veces como en los casos de Judd y Mac Worther y en el presente caso, el orificio se localiza en la parte media del mesenterio.

En suma, se presenta un caso de hernia interna, a través de un defecto del mesenterio, probablemente congénito.

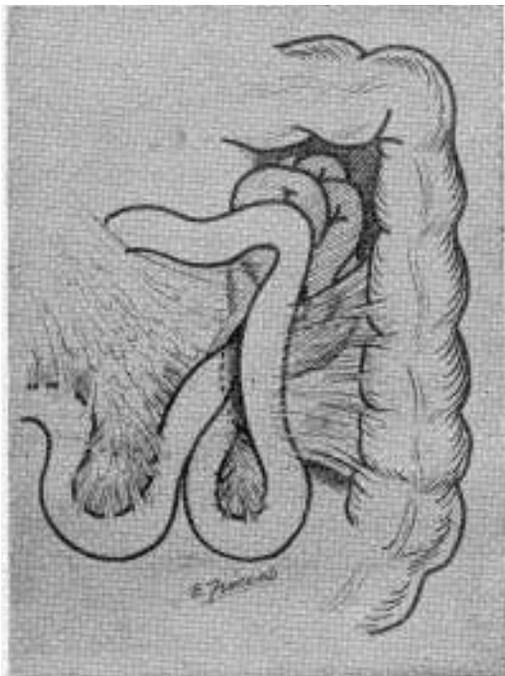


Fig. 1. Representación esquemática del caso presentado.

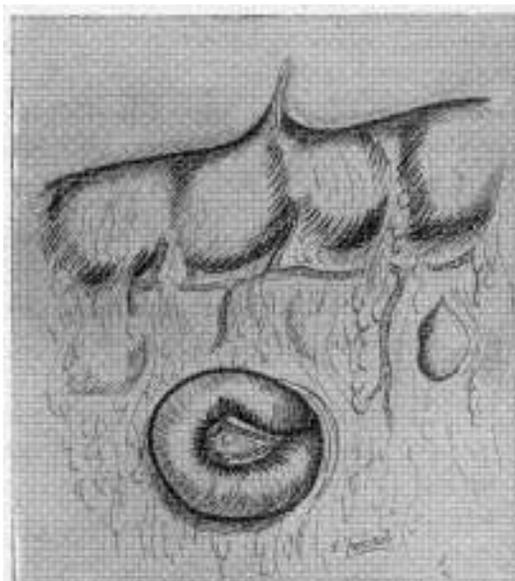


Fig. 2. — Hernia a través de orificio del Gran Epíplon. (Caso de Martzloff).

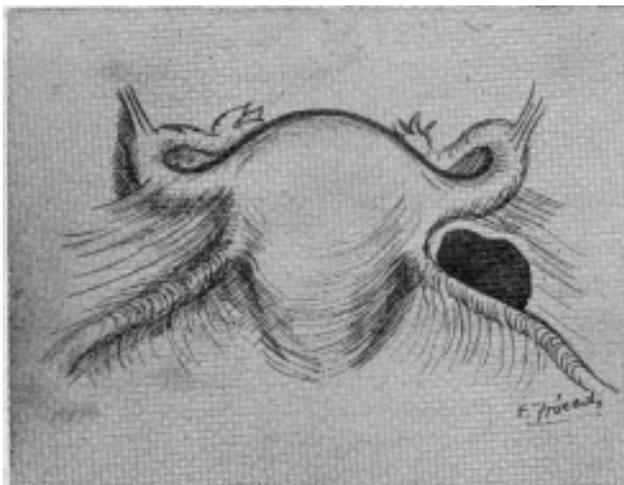


Fig. 3. Orificio en el ligamento ancho. (Esquema del caso de Janes).

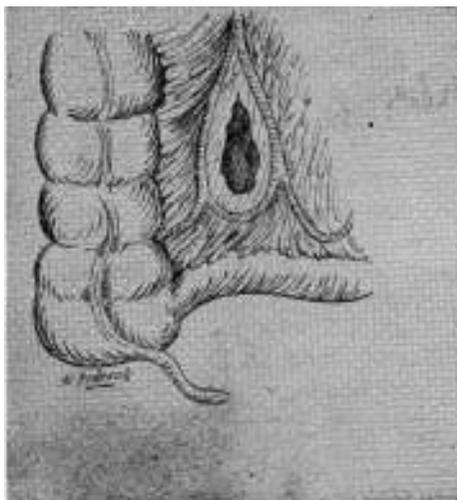


Fig. 4. — Orificio en el mesenterio terminal, en el área de la arcada vascular (Baty).

Se revisa la bibliografía existente sobre el tema, y se hacen breves consideraciones sobre los factores etiológicos y topografía de los mismos.

B I B L I O G R A F I A

- BATY, JOHN A. — Internal strangulation through an aperture in the mesentery — Brit. Med. J. 1: 671, 1938.
- 2 BROWN, HENRY P. — Intra-peritoneal hernia of the ileum through a rent in the mesentery — Ann. Surg. 72: 516, 1920.
- 3 CAPLAN, S. — Strangulated hernia of the broad ligament. — Brit. Med. J. 1: 950, 1930.
- 4 DATTA, J. K. — Acute intestinal obstruction due to strangulation through the great omentum. — Brit. Med. J. 2: 60, 1918.
- 5 DORNAN, E. — Hernia into the broad ligament. — Brit. Med. J. 2: 528, 1928.
- 6 DUNN, LOUIS. — Hernia in the broad ligament from the clinical viewpoint. S. G. O. 42: 398, 1926.
- 7 EDWARDS, CH. REID. — Acute intestinal obstruction. Due to mesenteric defects requiring massive resection. J. A. M. A. 99: 278, 1932.
- 8 FAGGE, C. H. — Two cases of strangulated retroperitoneal hernia into pouches in the broad ligament. Brit. J. Surg. 5: 694, 1917.
- 9 GENTILE, A. — Partial prolapse of the cecum, ileum, and appendix, through a preformed opening in the greater omentum. J. A. M. A. 101: 927, 1933.
- 10 HUNT, A. — Fenestrae and pouches in the broad ligament as an actual and potential cause of strangulated intra-abdominal hernia. S. G. O. 58: 906, 1934.
- 11 JANES, R. — Two cases of intestinal obstruction due to strangulation of a loop of small intestine in an opening of the left broad ligament. Brit. J. Surg. 17: 333, 1929.
- 12 JUDD, JAMES R. — Mesenteric Defects. S. G. O. 48: 264, 1929.
- 13 MASSON J. — and Atkinson W. Hernias into the broad ligament and remarks on other intra-abdominal hernias. Am. J. Obst. and Gynec. 28: 731, 1934.
- 14 MARTZLOFF, K. — Prolapse of the intestine through a preformed opening in the great omentum. S. G. O. 50: 899, 1930.
- 15 WAGENSTEEN O. — Occlusion intestinal.
- 16 WILLIAMSON, LLOYD. — Internal hernia through congenital aperture in mesentery: strangulation. Brit. J. Surg. 20: 684, 1932.