

## *Hernia paraduodenal estrangulada*

### A propósito de una observación

Dres. PABLO MATTEUCCI, ANA M. PUIG y LUIS PIEDRA-BUENA \*

El peritoneo que recubre la cuarta porción del duodeno y ángulo duodenoyeyunal, al reflejarse para formar la hoja inferior del mesocolon transversal o al continuarse con la raíz del mesenterio, forma pequeños repliegues, que limitan las fosillas duodenales.

Estas, en número variable y de escasa profundidad, han sido estudiadas y sistematizadas por los anatomistas clásicos (7) debiéndose citar trabajos de Treitz (1857), Jonnesco (1889),

Turnesco, Bröesike (1891), Lord Moynihan (1899). Se describen las siguientes:

1) Fosas duodenales superior e inferior (Fosas de Treitz y Turnesco). Las más comunes, existirían hasta en un 50 % de los casos.

2) Fosa retroduodenal (de Gruber). Se evidencia levantando el ángulo duodenoyeyunal. Sólo se observa asociada con la

3) Fosa paraduodenal (de Landzert). A izquierda del duodeno, la determina un levantamiento determinado por la vena mesentérica inferior.

4) Fosa duodenoyeyunal. Menos común, sólo se ve en el 15 % de los cadáveres examinados. Se evidencia traccionando el mesocolon hacia arriba y el yeyuno hacia abajo.

---

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Ardao. Presentado el 5 de julio de 1972.

\* Docente Adscripto de Cirugía y ex Asistente de la Clínica Quirúrgica del Prof. Ardao; Médico Auxiliar y Médico Colaborador de Clínica Quirúrgica. (Fac. de Med. de Montevideo.)

5) Fosa intermesocolónica (o interduodenomesocolónica de Brösike). Rara. Se encuentra horizontalmente entre mesocolon transverso y última porción de Duodeno IV y ángulo duodeno yeyunal.

6) Más raras aún son las infraduodenal (Jonnesco), mesentéricoparietal (Waldeyer) y parayeyunal.

Algunas veces los vasos de la región, en especial los de la arcada de Treitz y la arteria cólica media, elevan anormalmente el peritoneo formando verdaderos mesos vesculares; en otros casos (6) hay defectos de desarrollo, aposición o fijación de mesos. Debida a estos mecanismos, las fosillas aumentan su profundidad, dando lugar a que vísceras abdominales (habitualmente asas delgadas) se introduzcan y hernien en su interior.

Las hernias paraduodenales así constituidas son muy raras. Según Bartlett (1) en 1923 Andrews había reunido 134 observaciones de la literatura mundial. Jones (4) cita 400 casos en 1967. En nuestro medio Chifflet (3) se ocupó de la anatomía de la región y Larghero (5) publicó una observación necrótica de un enfermo fallecido por una hernia paraduodenal estrangulada. No conocemos ningún caso operado, descrito en la literatura nacional.

Según la mayoría de los autores (4, 6) cursan sin síntomas hasta que se estrangulan, reconociéndose de este modo el 80 % de los casos. Muchos de los enfermos, sin embargo, son portadores de sufrimientos epigástricos portrandiales de naturaleza indeterminada.

## OBSERVACION

C. B. de S. (CASMU 451.450). Mujer de 47 años, sin antecedentes digestivos, que consultó el 11 de mayo de 1972 por un cuadro de epigastralgias y vómitos, de pocas horas de evolución. Al examen físico, mujer obesa con discreto dolor en epigastrio e HD sin palpase vísceras o tumoraciones.

Se pensó en cólico hepático, siendo tratada con hielo, antibióticos y antiespasmódicos.

A la mañana siguiente, aumentaron los dolores y los vómitos. Se realizaron exámenes de urgencia: leucocitosis, orina y amilasemia que fueron normales. La radiografía simple de abdomen (Fig. 1) nos mostraba



FIG. 1.—Radiografía de pie de la enferma.

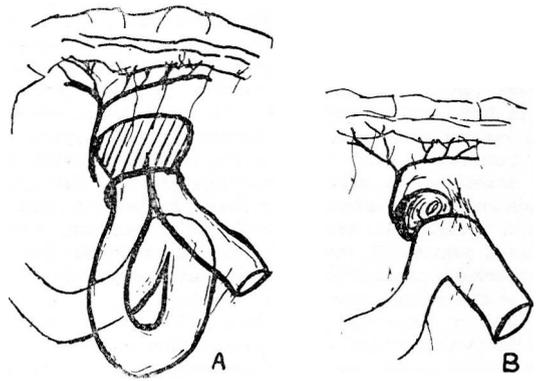


FIG. 2.—Esquemas señalando en A el aspecto de la estrangulación, y en B la imagen de la foseta, una vez reducida la misma.

importante retención gástrica, y se reconocían dos niveles hidroaéreos, que se proyectaban sobre L 2. Se intervino con el diagnóstico de oclusión yeyunal alta, posible íleo biliar.

**Operación.**—Dres. Matteucci, Puig, Piedra Buena. Anestesia general, Dr. Cranwell. Paramediana derecha. Se comprobó que la segunda asa yeyunal estaba estrangulada en la fosa intermesocolónica, encontrándose unos 5 cm. de yeyuno en el espesor del mesocolon transverso (ver Fig. 2). Se ensanchó el anillo, extrayéndose el asa, congestiva, de color violáceo, que se revitalizó con infiltración de xilocaína al 1 % en el meso y lavados con suero caliente. Cierre de la brecha mesocolónica con puntos de lino. Cierre de laparatomía.

En el postoperatorio cuadro respiratorio, siendo tratada en colaboración con el médico internista, Dr. Cazes. Alta al 10º día, en excelentes condiciones.

## COMENTARIO

Como ya ha sido señalado (1, 2, 4, 6) este tipo de oclusión es de difícil diagnóstico, aun en el curso de la laparatomía.

En efecto, al abrir el peritoneo no había líquido en el mismo; las asas delgadas y colon chatos, de color y aspecto normal; el estómago escasamente distendido, ya que la intubación nasogástrica había sido efectiva. Las vías biliares eran normales. Si no hubiésemos ido a buscar el ángulo duodenoyeyunal, esta oclusión nos pasaba desapercibida, oculta por asas sanas con mesos adiposos. Esta situación ha sido señalada por Bartlett (2).

Por el peligro de la estrangulación, y las dificultades diagnósticas, es aconsejable cerrar toda brecha paraduodenal, toda vez que se reconozcan en el curso de laparatomías.

## RESUMEN

Las hernias paraduodenales se ven excepcionalmente, y son debidas a malformaciones que exageran o profundizan las fosillas duodenales. Con frecuencia se manifiestan únicamente al estrangularse en ellas un

asa delgada, tal como la observación que presentan los autores, y que fue tratada quirúrgicamente con éxito.

### RÉSUMÉ

Les hernies paraduodénales se rencontrent exceptionnellement et sont dues à des malformations qui exagèrent ou creusent les fossettes duodénales. Elles se manifestent, avec le plus de fréquence, uniquement par strangulation d'une anse mince, comme dans l'observation qui est présentée ici et qui fut traitée chirurgicalement avec succès.

### SUMMARY

Paraduodenal herniation is a rare disease and is generally due to malformations which exaggerate or deepen duodenal fossae. It only becomes apparent when a thin loop is strangled in them, as in the case presented by the authors. Surgery was successful.

### BIBLIOGRAFIA

1. BARTLETT, J., MARTEL, W. and LINDENAUER, M. (Michigan). Right paraduodenal internal hernia. *Surg. Gyn. Obs.* 132: 443, 1971.
2. BARTLETT, M., CHIN AN WANG and WILLYS, W. (Harvard). The surgical management of paraduodenal hernia. *Ann. Surg.* 168: 249, 1968.
3. CHIFFLET, A. Estudio anatomocirúrgico del ángulo duodeno yeyunal. *Anal. Fac. Med. Montevideo*, 17: 382, 1932.
4. JONES, T. Hernia paraduodenal, p. 733. En NYHUS, W.; HARKINS, H. *Hernia. Ed. Interamericana.* Buenos Aires, 1967.
5. LARGHERO, P. Un caso de hernia duodenal derecha estrangulada y vólvulo parcial del ileon. *Bol. Soc. Cir. del Uruguay.* 3: 165, 1932.
6. MUELLER, E. Congenital internal hernia. *Am. J. Surg.* 97: 201, 1959.
7. TESTUT, L. et JACOB, O. *Traité d'Anatomie Topographique.* Doin, Paris. 1922.