

Hernia retrocecal (hernia de Rieux)

Oclusión intestinal

Dres. Antonio Farcic, Federico Schneeberger, Alberto Alves,
Mario Montero y Héctor Cardeza *

Se presenta un caso de oclusión intestinal de intestino delgado en la fosa retrocecal, tratada con éxito. Se hacen consideraciones históricas sobre la denominación de Hernia de Rieux aplicada a esta variedad. Se discuten los elementos anatómicos, clínicos y terapéuticos de esta entidad en base a la revisión bibliográfica, en la que no hemos encontrado antecedentes en la literatura nacional.

Palabras clave (Key words. Mots clés) MEDLARS: Hernia / etiology. Intestinal obstruction / etiology.

En la región ileocecoapendicular se han descrito varias formaciones peritoneales que pueden dar lugar a distintas variedades de hernias internas denominadas pericecales. Las retrocecales constituyen una variedad anatómica dentro de ese grupo.

El presente caso es el primero en la literatura nacional consultada.

OBSERVACION

E.G.M. 92 a. sexo fem. Reg.: 177.371 (Hosp. Central FF. AA.).

Consulta por detención del tránsito intestinal.

Comienza dos días antes con dolores cólicos difusos, detención del tránsito para materias y gases y distensión abdominal. Antes del ingreso aparece dolor en fosa ilíaca derecha y algunos vómitos biliosos.

A.P.: Ausencia completa de sintomatología, intervenciones quirúrgicas o traumatismos abdominales.

Examen: Buen estado general. Apirética. Abdomen: moderadamente distendido. Dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha, sin dolor a la decompresión. Orificios herniarios normales. Ruidos hidrogaseosos aumentados. Tacto Rectal: Fondo de saco de Douglas indoloro. Resto del examen: normal.

Luego del ingreso, reanuda el tránsito intestinal. cesan los vómitos, el dolor y la distensión abdominal. A las 48 hs. reinstala la sintomatología oclusiva inicial,

Departamento de Cirugía. Hospital Militar Central de las FF.AA. Montevideo.

persistiendo en apirexia. El par radiológico de abdomen muestra: dilatación gaseosa de asas delgadas en proyección umbilical y pelvis superior, con numerosos niveles hidrogaseosos de delgado. Se realiza laparotomía exploradora con el diagnóstico de oclusión mecánica de delgado bajo.

Incisión paramediana látero-rectal interna. Asas delgadas distendidas hasta la proximidad del ángulo ileocecal. Buscando la zona de oclusión, se levanta el ciego, apareciendo un orificio de bordes netos de 2,5 cm de diámetro en el cual se introduce un asa delgada. Extraída suavemente, muestra un aspecto congestivo, con irrigación y motilidad conservadas y con una impresión lineal marcada por el borde del anillo de la foseta retrocecal.

El resto de la exploración abdominal es negativa. El anillo está limitado: lateralmente por ambos ligamentos parieto-cecales (interno y externo); en el sector pósterio-inferior por un repliegue seroso de 1 cm, que forma un umbral de borde firme y en el superior otro repliegue surgido de la cara posterior cecal.

Comprobada la buena vitalidad del asa, se cierra el orificio de la foseta con surget de lino. Cierre parietal. Buena evolución, alta al 6º día.

COMENTARIO

La hernia retrocecal recibe el nombre de hernia de Rieux (27) por haber sido este autor quien por primera vez trató con éxito varios casos de la misma (8, 19, 20, 21, 30).

Santorini (29) en 1775 estudia la anatomía de la región y describe una fosa "pericecal". Huschke (7) en 1844 describe la "fosa cecalis" situada detrás del ciego. Bellocq describe la primera hernia retrocecal cuyo contenido era el apéndice (21).

En los numerosos trabajos realizados sobre hernias internas, se destaca la rareza de esta variedad (5, 9, 12, 17, 21, 26, 31).

El grado de acolamiento y la disposición vascular determinan en la región ileocecoapendicular distintos repliegues peritoneales y foseas. No existe uniformidad en la denominación de algunas de ellas. Se describen las siguientes variedades (15, 19, 22).

Retrocecal: corresponde a este caso (Fig. 1). La existencia del umbral es inconstante. Su

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de julio de 1975.

* Cirujano del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Cirujanos del Depto. de Cirugía y del Depto. de Urgencia del Hospital Central de las FF.AA. Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA.

Dirección: Av. J. Batlle y Ordóñez 2410, Montevideo (Dr. Farcic).

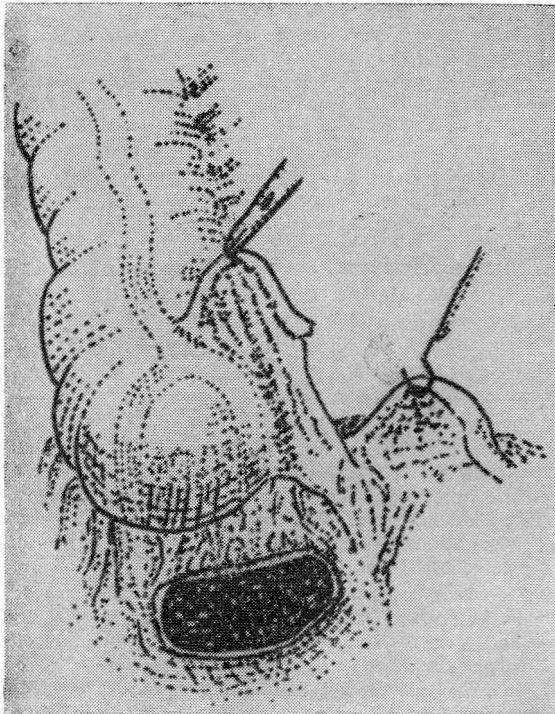


FIG. 1.—Fosita retrocecal.

profundidad puede ser tal que rebase al ciego colocándose por detrás del colon, para llamarse retrocólica.

Retroileocecal: el orificio de entrada, ampliado por ausencia del ligamento parietocecal interno, la sitúa por detrás del ileon terminal.

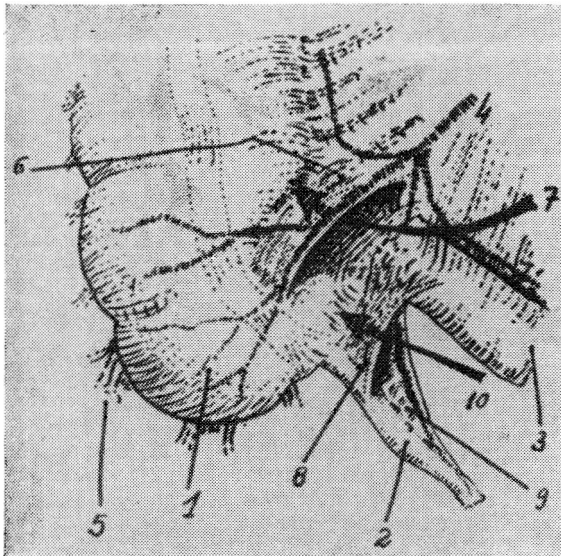


FIG. 2.—Fositas anteriores señaladas con flechas: superior y pliegue mesentérico cecal, inferior y repliegue ileo apendicular.

Paracólica derecha o paracecal: Constituida por un defecto de acolamiento del pliegue parietocólico, en el borde externo del colon ascendente. De escasa profundidad, su orificio de entrada es pequeño y abierto hacia afuera y abajo. Las hernias en esta localización se denominan de Short-Mondor (1, 16).

Ileocecales: (Fig. 2). Existen dos variedades: la superior, limitada adelante por el repliegue vascular mesentérico-cecal, detrás por el ileon y el mesenterio. La inferior, situada entre el mesoapéndice por detrás y el repliegue ileoapendicular por delante. Tienen escasa profundidad, la estrangulación en ellas es verdaderamente excepcional.

Debemos mencionar la fosa ilíaco subfacialis, llamada "fosa subcecal" por Jonnesco (9), formada por un repliegue de la fascia ilíaca (28) sin relación con el peritoneo visceral ileocecal.

Frecuencia: Son muy raras. Hasta el año 1935 se habían publicado solamente 26 oclusiones por hernias retrocecales (10). En un lapso de 29 años en la Mayo Clinic, aparecen 39 casos de hernias internas, ninguna de las cuales es retrocecal (14). Zimmermann (33) encuentra solamente 4 casos de hernias pericecales en 10 años en un centro asistencial de 3.500 camas. Hansmann y Morton (5) encuentran que solamente el 13 % de las oclusiones intestinales producidas por hernias internas congénitas eran de las pericecales. Otros autores dan cifras similares (21) de 16 %.

Etiología: Es congénita, formada por repliegues vasculares o defectos de acolamiento del peritoneo ileocecocólico. Desencadenantes de la oclusión, como en otras hernias internas son: (23) el aumento de presión intraabdominal, lasitud de los mesos, hipermotilidad intestinal y la fibrosis del anillo.

Clínica: Existen tres formas esquemáticas:

- a) Asintomática: sería la más frecuente (8).
- b) Oclusiva: con frecuente estrangulación, las ocasionales remisiones agravan el pronóstico por retardar el diagnóstico (26).
- c) Cuadros dolorosos intermitentes, de curso crónico, frecuentemente no diagnosticados (8, 18).

Diagnóstico: En las formas oclusivas el estudio radiológico simple no permite asegurar la existencia de este tipo de hernia como ocurre en otras hernias internas (6, 13, 24, 25), llegándose al diagnóstico de oclusión de delgado bajo (18). Los pocos casos de diagnóstico preoperatorio fueron mediante enemas baritados con relleno del intestino delgado introducido en el saco (3, 11).

Tratamiento: En los cuadros oclusivos, a las directivas habituales se suma el cierre del defecto y la búsqueda de patología responsable de hipertensión abdominal o de otras malformaciones (2).

En laparotomías con acceso a la zona ileocecocólica, constatada la existencia de algunas

de las fosetas descritas, se procederá al cierre del orificio como profilaxis de una oclusión.

Pronóstico: La mortalidad es elevada, con cifras de 30 % en los tratados quirúrgicamente (10). Influyen en ella el retardo diagnóstico y la gran tendencia a la estrangulación (4).

RESUME

Hernie retrocaecale (Hernie de Rieux), occlusion intestinale.

Présentation d'un cas d'occlusion intestinale de l'intestin grêle, dans la fosse retrocaecale, traité avec succès.

Considérations historiques sur la dénomination: Hernie de Rieux, donnée à ce type d'occlusion. Analyse de ses éléments anatomiques, cliniques et thérapeutiques, sur la base d'une révision bibliographique, la littérature nationale ne contenant aucune référence à ce sujet.

SUMMARY

Retrocecal hernia (Rieux Hernia). Intestinal occlusion.

The authors report a case of occlusion of the small intestine in the retrocecal fossa which was successfully treated. They make some historic considerations about the denomination of Rieux hernia for this variety.

They also discuss the anatomical, clinical and therapeutic elements of this entity on the base of a bibliographic review in which they did not find antecedents in the national literature.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BOHEME. Citado por Mondor (16).
- CEZZOLA MH y LARRE BORGES U. Hernia interna a través de un orificio preformado del mesenterio. *Bol Soc Cir Urug*, 31: 243, 1960.
- DEFFRENNE P, BERAUD Cl et ANDRE M. Les hernies internes paracecales étranglée du nouveau-né. *J Radiol Electrol*, 51: 375, 1970.
- FREDELL CH. Obstruction caused by unusual hernia. *Am J Surg*, 104: 439, 1962.
- HANSMANN GH and MORTON SA. Intraabdominal hernia. Report of a case and review of the literature. *Arch Surg*, 39: 973, 1939.
- HOLLEMBERG MS. Radiographic diagnosis of hernia into the lesser peritoneal sac through the foramen of Winslow. *Surgery*, 18: 498, 1945.
- HUSCHKE. Citado por Watson (32).
- IASON AH. Hernia. Philadelphia. Blakiston. 1941.
- JONNESCO T. Citado por Hansmann y Morton (5).
- LANGLEY GF. Strangulated internal hernia: report of cases of strangulation in the fossa iliaco-subfacialis and through the foramen of Winslow. *Br J Surg*, 23: 119, 1935.
- LAWLER RE et DUNCAN TR. Retrocecal hernia (a case report). *Radiology*, 87: 1051, 1960.
- LEBOVITZ J. Intraabdominal hernia. *Am J Surg*, 76: 107, 1948.
- MATEUCCI P, PUIG AM y PIEDRABUENA L. Hernia paraduodenal estrangulada. *Cir Urug*, 43: 245, 1973.
- MAYO Ch W, STALKER LK and MILLER JM. Intraabdominal hernia. Review of 39 cases in which treatment was surgical. *Ann Surg*, 114: 875, 1941.
- MERNIES G. Occlusion intestinal. *Congreso Uruguayo Cirugia*, 59, 271, 1954.
- MONDOR H. Abdomen agudo. Barcelona. Toray-Masson, 1963.
- MOYNIHAN BGA and DOBSON JF. Citado por Wangenstein (31).
- MUELLER EC. Congenital internal hernia. *Am J Surg*, 97: 201, 1959.
- PAITRE F, GIRAUD D et DUPRET S. Práctica anatomiquirúrgica ilustrada. Barcelona. Salvat. 1937.
- PATEL J. Nuevo manual de patología quirúrgica. Barcelona. Científico-Médica. 1957.
- PISTACCHI E. Studio anatomoclinico sull'ernie addominali interne. *Minerva Chir*, 22: 511, 1967.
- POIRIER P et CHARPY A. Traité d'Anatomie Humaine. Paris. Masson. 1905.
- PRADERI R. Oclusión neoplásica de colon y estrangulación en orificio congénito mesentérico. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 540, 1961.
- PRIARIO JC. Hernia interna postgastrectomía. *Bol Soc Cir Urug*, 24: 527, 1953.
- PUIG R. Hernia estrangulada del hiato de Winslow. *Cir Urug*, 40: 312, 1970.
- QUENU J. Occlusion intestinale. Paris. Doin 1953.
- RIEUX G. Thèse de Paris 1853, citado por (8, 19, 20, 21, 26, 30).
- ROSS JA and DUCKWORTH JWA. Case of strangulated internal hernia at age of 91 in "fossa iliaco-subfacialis". *Br J Surg*, 35: 97, 1947.
- SANTORINI. Citado por Iason (8).
- TESTUT L. JACOB O. Tratado de anatomía topográfica. Barcelona. Salvat. 1967.
- WANGENSTEEN OH. Intestinal obstructions. Springfield. Ch. Thomas. 1947.
- WATSON LF. Hernia. Saint Louis. Mosby. 1948.
- ZIMMERMANN LM and LAUFMAN H. Intraabdominal hernias due to developmental and rotational anomalies. *Ann Surg*, 138. 82, 1953.