Abdomen Agudo por Hernia Interna Transmesentérica Congénita en Paciente de 12 años: Reporte de Caso

Rev Guatem Cir Vol. 28 (1) · 2022

Gaby Ajcip[1], Jacqueline Carrera[2].

[1]Residente de Cirugía. [2]Jefa de Cirugía Pediátrica. Hospital General San Juan de Dios. Universidad San Carlos de Guatemala. Autor corresponsal: Gaby Ajcip, 2ª calle A 33-34 Jardines de utatlan II zona 11, Guatemala email: gaby.ajcip@gmail.com

RESUMEN

Una hernia interna es un defecto en el interior de la cavidad abdominal que puede encontrarse en diferentes localizaciones, el 12% se encuentra transmesenterica, puede ser de origen adquirido (traumático o cirugías previas) o defecto congénito, el hallazgo suele ser incidental. El peristaltismo intestinal puede permitir el paso a través de este defecto y en la mayoría de las ocasiones reduce espontáneamente, sin embargo, en algunas ocasiones no se permite un adecuado retorno y se ve comprometida la irrigación de las estructuras provocando un cuadro clínico abdominal agudo, por lo general los síntomas suelen ser obstructivos y súbitos. Al ser una entidad rara el diagnostico preoperatorio es poco frecuente.

A continuación se presenta el caso de un paciente masculino de 12 años que consulta por dolor abdominal de 8 horas de evolución, previamente sano, se presenta en regular estado general, palidez, taquicardia, abdomen doloroso, masa palpable en hemiabdomen izquierdo, defensa muscular y signos de irritación peritoneal, estudio de laboratorio e imagen sugestivos de proceso obstructivo, es llevado a sala de operaciones donde se encuentra defecto en mesenterio a 2.3 metros del ángulo duodenoyeyunal (ADY), en su interior se encuentra 1.3 metros de intestino delgado con cambios isquémicos irreversibles por lo que se realiza resección y anastomosis de la porción afectada. Paciente pasa 3 días en intensivo bajo ventilación mecánica, por tener una adecuada evolución es extubado exitosamente y continúa 7 días más en servicio de cirugía pediátrica con buena evolución y es egresado.

Existen pocos casos documentados de esta patología, el diagnóstico no suele ser preoperatorio, sin embargo, la intervención médica y quirúrgica oportuna permite obtener desenlaces satisfactorios, ya que al ser una entidad rara el tratamiento adecuado puede retrasarse aumentando las posibles complicaciones.

Palabras claves: Defectos congénitos, Obstrucción intestinal, mesenterio, hernia interna.

ABSTRACT

Acute Abdomen Due to a Transmesenteric Internal Hernia in a 12 years old patient: Case Report

An internal hernia is a defect inside the abdominal cavity that can be found in different locations, 12% is transmesenteric, its origin can be acquired (traumatic or previous surgeries) or congenital defect, the finding is usually incidental. Intestinal peristalsis can allow the passage through this defect and in most cases it reduces spontaneously, however, on some occasions an adequate return is not allowed and the irrigation of the structures is compromised, causing an acute abdominal patology, symptoms are usually obstructive and sudden. It is a rare entity and the preoperatory diagnosis is infrequent.

This is the case of a 12-year-old male patient who consulted for abdominal pain of 8 hours of evolution, previously healthy, presenting in fair general condition, paleness, tachycardia, painful abdomen, palpable mass in the left hemiabdomen, muscular defense and signs of peritoneal irritation, laboratory and imaging studies suggestive of an obstructive process, he is taken to the operating room where a defect in the mesentery is found 2.3 meters from the duodenojejunal angle (DYA), inside of which is found 1.3 meters of small intestine with ischemic changes irreversible so resection and anastomosis of the affected portion is performed. Patient spends 3 days in intensive care unit under mechanical ventilation, due to having an adequate evolution, he is successfully extubated and continues 7 more days in the pediatric surgery service with good evolution and is discharged.

There are few documented cases of this pathology, the diagnosis is not usually preoperative, however timely medical and surgical intervention allows satisfactory outcomes to be obtained, since being a rare entity, adequate treatment can be delayed, increasing possible complications.

Keywords: *Congenital defects, Intestinal obstruction, mesentery, internal hernia.*

INTRODUCCIÓN

Una hernia interna es el paso de una o más viscera a través de una abertura dentro de la cavidad peritoneal, dependiendo de donde se encuentre puede ser: de hiato de Winslow, de fosa ileocecal, paraduodenal, transmesentérica, intersigmeoidea, de ligamento ancho del útero y retroanastomótica. De las hernias internas, la hernia transmesentérica ocupa el 12% de ellas y puede ser congénita o adquirida. El 35% se presenta en la población pediátrica, suelen ser

hallazgos incidentales durante una laparotomía, laparoscopía o necropsia.

La hernia transmesentérica es una entidad rara, el defecto suele localizarse a nivel del intestino delgado y el tamaño puede ser variable de 2 a 15 centímetros, en promedio es 3 centímetros. Es más común en pacientes masculinos y alrededor de la mitad de los casos sufre necrosis isquémica. Una de las principales complicaciones y más temida es que por la presión que se ejerce sobre el tramo intestinal en el interior del defecto esta sufra isquemia, posteriormente infarto y necrosis que termine en perforación intestinal y peritonitis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 12 años, originario y residente de la ciudad de Guatemala, con motivo de consulta de dolor abdominal de 8 horas de evolución el cual es de inicio súbito, localizado en hemi abdomen derecho, intensidad 6 de 10, no irradia, se asocia a náuseas y anorexia que no mejora en casa por lo que traen a este centro asistencial. Sin antecedentes médicos, quirúrgicos ni traumáticos de importancia.

Al examen físico de ingreso el paciente se encontraba en posición antiálgica, palidez generalizada, quejumbroso, taquicárdico (120 latidos por minuto), afebril, abdomen plano, ruidos gastrointestinales disminuidos, defensa muscular, se palpa masa en hemi abdomen izquierdo, doloroso, signo de Blumberg, psoas y obturador positivo, es evaluado inicialmente por pediatría quienes sospechan de cuadro de apendicitis aguda por lo que consulta a cirugía pediátrica.

Se realizan estudios complementarios en los cuales se encuentran leucocitos en 20.39 K/uL, neutrófilos 93.97%, hemoglobina en 16.7 gr/dl, hematocrito 47%, plaquetas 246.70 k/ul, creatinina 0.64 mg/dr, nitrógeno de urea 7.70 mg/dl, sodio 141 mmol/L, potasio 4.3 mmol/L, proteína C reactiva 0.5 mg/dL. Los estudios de imagen realizados fueron ultrasonido abdominal en el cual reportan escasa cantidad de liquido intraabdominal con ecos finos y septos en su interior al momento del estudio, la radiografía simple de abdomen (Figura 1) se presenta con mala distribución de gas e imagen radiopaca en el centro, borramiento del psoas, no gas distal.

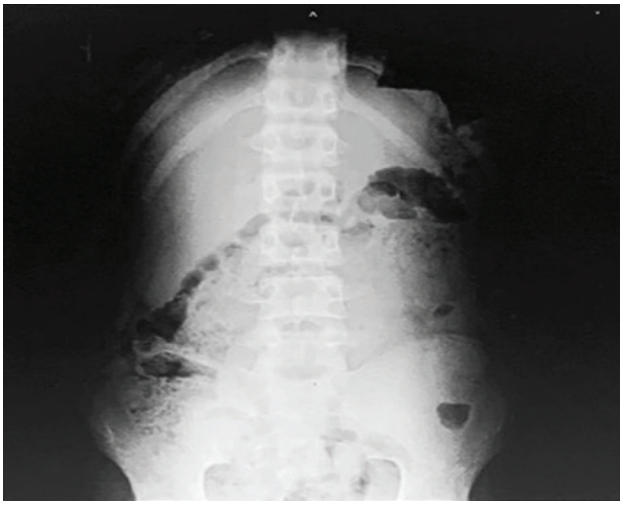

Figura 1. Radiografía en bipedestación, datos de obstrucción.

Cuadro clínico de paciente no mejora, el abdomen continúa doloroso, tenso y con masa palpable en hemiabdomen izquierdo por lo que se decide llevar a sala de operaciones por abdomen agudo, siendo una de las sospechas diagnósticas una invaginación intestinal o un vólvulo. El abordaje es por una incisión transversa supraumbilical, en los hallazgos se encuentran defecto en el mesenterio intestinal a 2.3 metros del ángulo duodenoyeyunal de aproximadamente 4 cm de diámetro y bordes regulares (Figura 2).

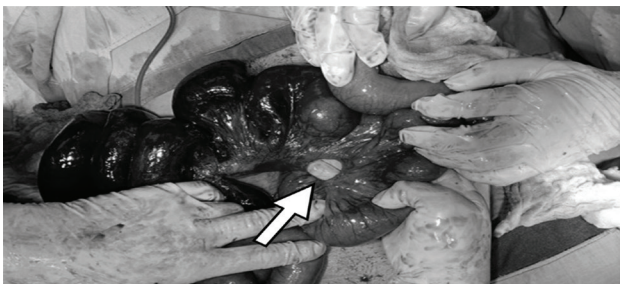

Figura 2. Defecto en mesenterio a 2.3 metros del ángulo duodeno-yeyunal

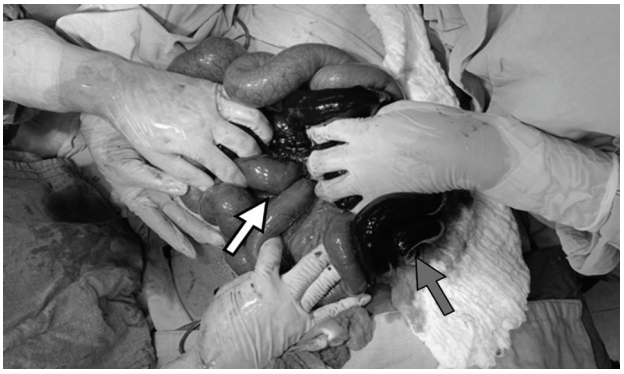

Figura 3. Asas intestinales dentro a través de heernia transmesenterica (flecha blanca), asas dilatadas con cambios isquémicos irreversibles (flecha gris).

En su interior se encontraban asas intestinales dilatadas, con cambios isquémicos irreversibles de 2.4 a 3.7 metros del ángulo duodenoyeyunal y 400 cc de liquido inflamatorio en la cavidad (Figura 3).

Al evidenciar estos hallazgos se procede a reducir la hernia y se realiza resección intestinal de 1.3 metros y anastomosis termino-terminal de 2.4 a 3.7 metros del ángulo duodenoyeyunal con polipropileno 5-0 con hemo-seal monoplano con puntos simples separados serosubmucosos, no se evidencias fugas y con adecuado diámetro. Se cierra defecto herniario y en mesenterio de la anastomosis con poliglactina 4-0, se aspira liquido inflamatorio, se lava cavidad con solución salina, se aspira y verifica hemostasia, cierre definitivo de fascia con polidioxanona 1, puntos simples continuos y piel con nylon 3-0 puntos simples separados (Figura 4).

Figura 4. Porción intestinal con cambios isquémicos irreversibles resecada.

Paciente es evaluado en su postoperatorio inmediato por pediatría quienes decide dejar bajo ventilación mecánica y pasar al servicio de intensivo pediátrico, donde permanece 72 horas bajo ventilación mecánica, por mejoría clínica y metabólica es extubado exitosamente y en su cuarto día postoperatorio es trasladado al servicio de cirugía pediátrica , se inicia dieta vía oral con líquidos y se va progresando hasta tolerar dieta libre, cumple tratamiento antibiótico por 10 días con metronidazol y ceftriaxona. En su décimo día postoperatorio es egresado satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

Así como la literatura ha descrito el hallazgo de las hernias internas suele ser incidental, en el caso presentado el paciente fue llevado a sala de operaciones por abdomen agudo, en este paciente el peristaltismo permitió el paso de intestino delgado a través del defecto del mesenterio y al comprometerse la irrigación y drenaje de las asas intestinales inicia el proceso inflamatorio que posteriormente progreso a isquemia con cambios irreversibles. Al ser una patología rara no se logro obtener un diagnóstico definitivo preoperatorio sin embargo, se considera que la intervención quirúrgica temprana fue uno de los pilares para la adecuada y satisfactoria evolución del paciente.

Se ha descrito que la tomografía es útil para el diagnóstico pero en nuestro medio es poco frecuente el uso de tomografía en pacientes pediátricos por lo que el diagnóstico debe orientarse por la historía, la clínica, exámenes de laboratorio, ultrasonido y radiografías. El diagnostico debe sospecharse en paciente con dolor abdominal súbito que presentan síntomas de obstrucción que no tengan antecedente de cirugías previas o eventos traumáticos, la decisión de una intervencion quirúrgica oportuna puede prevenir desenlaces catastróficos, como en este caso.

REFERENCIAS

1. Baeza-Herrera C, Salinas-Montes J, Garcia-Cabello L, Ortiz-Zuñiga A.Hernia transmesenterica congénita. [En linea] Ciudad de México: 2004; Cir Ciruj. 72 (3) Pág. 182-192. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc043f.pdf
2. Bolio-Molina L. Abdomen agudo por hernia interna congénita en un preescolar. [En linea] Morelos: 2017; Bol Pediatr. 57 (239). Disponible en: http://www.sccalp.org/uploads/bulletin_article/pdf_version/1476/BolPediatr2017-57-42-45.pdf
3. Newsom B, Kukora J. Congenital and acquired internal hernias: unusual causes of small bowel obstruction. [en linea] Mississippi: 1986; The American Jour Surg. 152 (3) Pág. 279-285. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002961086902588
4. Ming YC, Chao HC, Luo CC. Congenital mesenteric hernia causing intestinal obstruction in children. [En linea] Eur J Pediatr. 2007 Oct;166(10):1045-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17211617/