

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

## Hernia interna. Presentación de un caso

Por los Dres.:

ARISTIDES MARTINEZ CANALEJO\* ARNALDO PEREIRA GONZALEZ,\*\*  
MAGDA BLAZQUEZ CASANOVA\*\*\* y ERMILDA ANCHETA NIEBLA\*\*\*\*

Martinez Canalejo, A. y otros. *Hernia interna. Presentación de un caso.* Rev Cub Ped 51: 4, 1979.

Se presenta el caso de un paciente que presenta hernia interna paraduodenal derecha. El dolor abdominal recurrente y el cuadro emético ocasional constituyeron las características fundamentales del aspecto clínico. El estudio radiográfico contrastado fue fundamental en el diagnóstico, ya que permitió plantear el caso en el periodo preoperatorio. Se muestran los hechos fundamentales transoperatorios y la técnica quirúrgica realizada con evolución favorable para el paciente. En este trabajo se presenta el primer caso en un niño, que ha sido publicado en la literatura médica nacional.

### INTRODUCCION

La hernia interna verdadera, constituida por una fosa anómala peritoneal en la que existe intestino delgado, es una hernia intrabdominal de origen congénito.

*Andrews*, además de inclinarse ante el criterio del origen congénito de este tipo de hernia, nos dice que en realidad se trata de anomalías de rotación intestinal.<sup>1</sup>

*Zimmerman* las clasifica en: 1) Paraduodenales (izquierda, derecha, transmesocólica y a través del hiato de Winslow). 2) Pericecal. 3) Intersigmoidea. 4) Supravesical interna.

Pocos casos de hernia interna en niños han sido comunicados en la literatura médica. *Gross* hasta 1953 sólo informa 4 casos tratados. En el mismo año el propio *Zimmerman* informa un caso. *Benson* señala<sup>1</sup> sólo haber tratado dos casos.

### MATERIAL Y METODO

Se da a conocer un caso de hernia interna paraduodenal derecha tratado en nuestro servicio en enero de 1979.

#### *Presentación de un caso*

Paciente R.C.C., varón de 14 años de edad, con H.C. 701098, el cual es atendido en consulta externa por padecer de dolor abdominal crónico, recurrente, vago y difuso, acompañado, en ocasiones, de vómitos

\* Especialista de I grado en cirugía pediátrica.

\*\* Especialista de I grado en radiología. Jefe del servicio de radiología. Hospital pediátrico docente "Pedro Borrás Astorga".

\*\*\* Residente de 2do. año en cirugía pediátrica.

\*\*\*\* Especialista de I grado en anestesiología y reanimación. Jefe del servicio de anestesiología y reanimación del hospital pediátrico docente "Pedro Borrás Astorga".



Figura 1. Tránsito intestinal (fecha: 6 de octubre de 1978). Asas yeyunales fijas en la porción central del abdomen; su diámetro menor es izquierdo.



Figura 2. Tránsito intestinal (fecha: 15 de diciembre de 1978). A los dos meses las asas yeyunales en igual situación que en el estudio anterior.



Figura 3. Tránsito intestinal (fecha: 8 de enero de 1979). Asas yeyunales en porción central del abdomen, fijas y sin gran variación con relación a los estudios anteriores.

Después de los análisis de rigor y de iniciado el estudio que es habitual en todo paciente que presenta dolor abdominal recurrente, al practicársele un tránsito intestinal nos llamó la atención un asa yeyunal que se repetía en las diferentes exposiciones; ésta se presentaba dilatada y fija en la porción central del abdomen; el diámetro mayor estaba hacia el lado derecho del abdomen y el menor hacia el izquierdo. Se repitieron al paciente dos estudios radiográficos contrastados adicionales (tránsito intestinal), en los que se vio nuevamente la imagen anterior sin cambio alguno, y lo que interpretamos como la parte de menor diámetro; en esta ocasión se valoró como un anillo que circundaba el asa yeyunal, o al menos, la entrada de un orificio (figuras 1, 2 y 3).

Se planteó en el colectivo de cirugía el caso, y se decidió la intervención con el diagnóstico de hernia interna paraduodenal; se comprobó en el acto operatorio que se trataba de dicha entidad en la variedad derecha. El paciente presentó evolución favorable y fue dado de alta a los siete días de la intervención.

#### DISCUSION

Se plantea que generalmente la hernia interna es asintomática,<sup>1</sup> no obstan-

te en ocasiones comienza por una oclusión intestinal aguda; tiene como característica la no observación de distensión abdominal por estar el intestino delgado confinado a una bolsa o repliegue peritoneal y la longitud corta del segmento proximal del intestino.

En otras ocasiones, como en nuestro caso, el enfermo presenta dolor abdominal recurrente acompañado de náuseas y vómitos, e incluso dificultad para ganar de peso.

Es referido que el examen radiográfico es de escaso valor para establecer el diagnóstico, sin embargo en nuestro paciente pudo hacerse por el tránsito intestinal realizado y las manifestaciones clínicas. Se informa que el colon por enema de bario en ocasiones facilita el diagnóstico al mostrar la desviación del colon al circundar el saco herniario. Este examen no lo realizamos a nuestro paciente.

Hacemos notar que en la técnica quirúrgica señalada en la literatura médica, después de reducir el contenido herniario cuidando de no lesionar los vasos mesentéricos que circundan el cuello del saco, se cierra el orificio herniario mediante una sutura.

Sin embargo, en nuestro paciente esto no pudo realizarse tan fácilmente como se informa, ya que existían adherencias entre la parte proximal y distal del asa yeyunal y, además de éstas, con las paredes del saco, por lo que tuvimos —para reducir el contenido— que abrir el saco completamente y exteriorizar el intestino, liberar las adherencias y entonces reparar el defecto peritoneal (figuras 4, 5, 6). Se debe tener gran cuidado para no lesionar los vasos mesentéricos superiores, ya que por el borde anterior del anillo de constricción circulan la arteria y vena mesentéricas superiores, lo que impide su succión.<sup>2</sup>

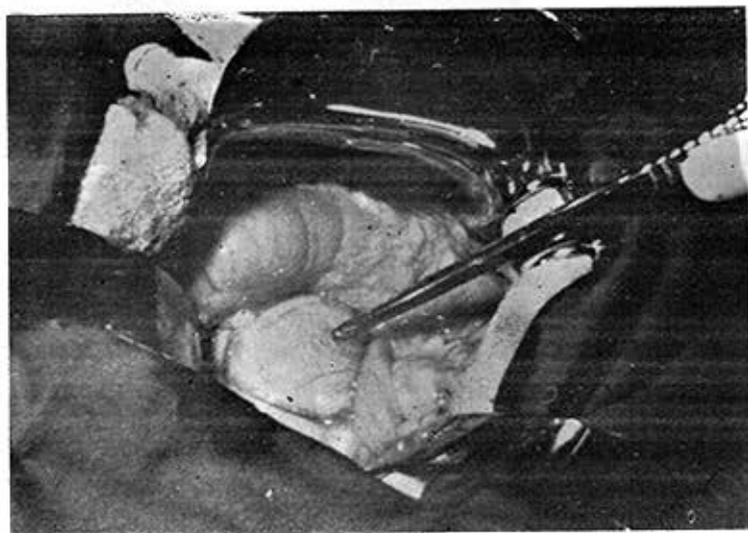


Figura 4. Bolsa peritoneal anómala paraduodenal derecha.

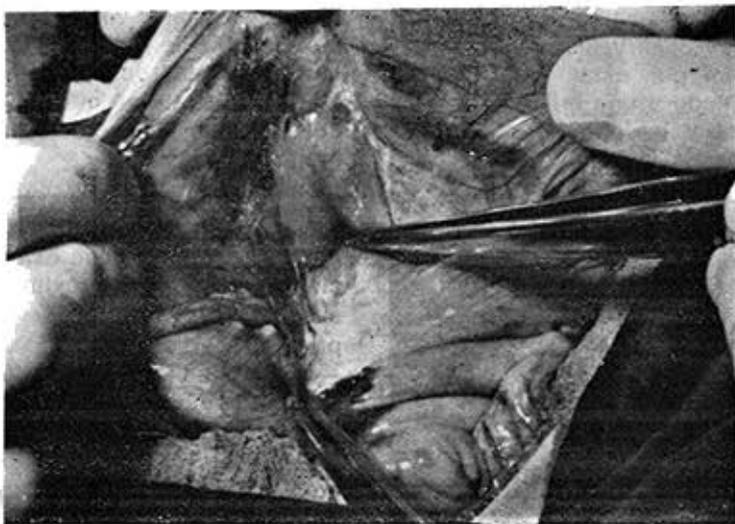
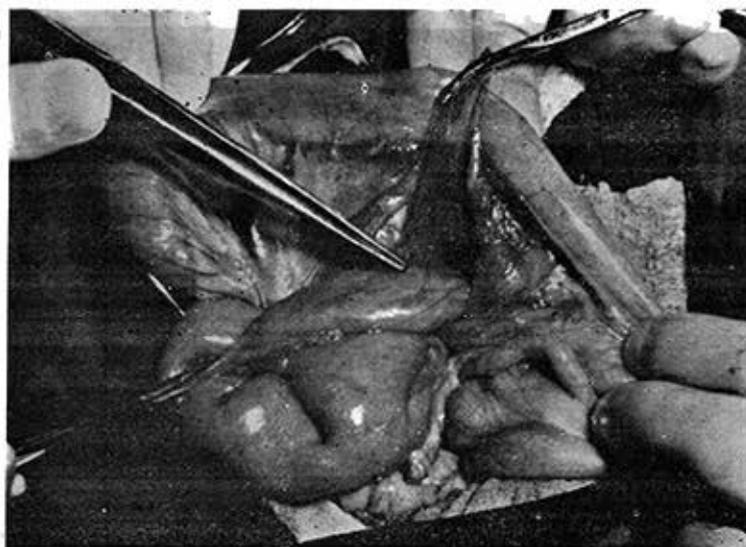


Figura 5. Entrada del orificio de la bolsa anómala.



6 Bolsa peritoneal seccionada en su porción central con exteriorización de su contenido

## CONCLUSIONES

- Creemos que ante todo paciente que presente dolor abdominal recurrente, entre otras posibilidades más frecuentes, la hernia interna puede ser la causa, rara por cierto.
- El estudio radiográfico contrastado (tránsito intestinal) es una investigación que pensamos debe realizarse a todo paciente con dolor abdominal

recurrente cuando otras investigaciones no nos han proporcionado orientación diagnóstica, aunque no sería mal proceder que se realizara más frecuentemente en la práctica pediátrica.

- En ocasiones la técnica quirúrgica de la hernia interna no resulta tan sencilla de realizar como se informa en la literatura médica.

## SUMMARY

Martínez Canalejo, A. et al. *Internal hernia. Report of a case. Rev Cub Ped* 51: 4, 1979.

A patient with a right internal paraduodenal hernia is presented. The major characteristics of the clinical picture were recurrent abdominal pains and occasional emetic episodes. The contrast radiographic study was a fundamental approach since it permitted the preoperative diagnosis of the affection. The main intraoperative findings and the surgical technique applied as well as the favourable course of the patient are stressed. This is the first case in a child which has been reported in the national medical literature.

## RESUME

Martínez Canalejo, A. et al. *Hernie interne. A propos d'un cas. Rev Cub Ped* 51: 4, 1979.

Nous présentons le cas d'un patient présentant hernie interne paraduodénale droite. La douleur abdominale récurrente et le tableau émétique occasionnel ont été les principales caractéristiques de l'aspect clinique. L'étude radiographique contrastée a été fondamentale dans le diagnostic, car elle a permis d'établir le cas dans la période préopératoire. Les faits peropératoires fondamentaux sont signalés, ainsi que la technique chirurgicale utilisée, avec évolution favorable pour le patient. Dans ce travail nous présentons le premier cas chez un enfant, publié dans la littérature médicale nationale.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Benson D. Clifford*. Hernia interna. Cap. 46. 849-851. En: Benson D. Clifford et al. *Cirugía Infantil*. Tomo 2. Instituto Cubano del Libro, Ediciones Revolucionarias, 1972.
2. *Shackelford, T. R.; Dugan, J. H.* Cirugía del aparato digestivo. Intestino delgado. Cap. 7. 1059. Tomo 2. Instituto Cubano del Libro. Ediciones Revolucionarias, 1968.

Recibido: noviembre 22, 1978.

Aprobado: enero 16, 1979.