

Hernia de hiato de Winslow por divertículo de Meckel: una causa infrecuente de una hernia infrecuente

Winslow hiatal hernia due to Meckel's diverticulum: a rare cause of a rare hernia

Diana Carolina García Ibáñez[1]
María Candelaria Tregea[2]
María De Vedia[2]
Nicolás Roccatagliata[2]
Víctor Nebil Larrañaga[2]
Carlos Federico Ferrarotti[2]
https://doi.org/10.53903/01212095.255

Palabras clave (DeCS)
Hernia interna
Divertículo ileal
Hernia abdominal
Obstrucción intestinal

Key words (MeSH)
Internal hernia
Meckel diverticulum
Abdominal hernia
Intestinal obstruction

Resumen

Las hernias internas representan una causa infrecuente de obstrucción intestinal. De estas, el 8 % corresponden a hernias de hiato de Winslow. De los cuatro tipos de hernia de hiato de Winslow (HHW) descritas, según el órgano afectado, el divertículo de Meckel es poco frecuente. Es una entidad de difícil diagnóstico, su tratamiento es quirúrgico y los pacientes pueden presentar una alta morbimortalidad, superior al 50 %, cuando está asociada a estrangulación vascular. El objetivo de este manuscrito es presentar un caso de hernia de hiato de Winslow por una causa infrecuente. Su diagnóstico preoperatorio certero o de sospecha solo se logra en un 10 % de los casos y la conducta quirúrgica urgente es el único factor que disminuye su morbimortalidad. La tomografía computarizada multidetector (TCMD), es de gran utilidad para la sospecha diagnóstica precoz.

Summary

Internal hernias are a rare cause of intestinal obstruction. Among this group, 8 % are Winslow Hiatal hernias (WHH). Four types of Winslow Hiatal hernias have been described, depending on the herniated organ, with Meckel's diverticulum (MD) being a rare type. It is a condition that is difficult to diagnose, and its treatment is surgical. Patients can experience high morbidity and mortality, especially when it is associated with vascular strangulation, with a mortality rate exceeding 50 %. The objective of this manuscript is to present a case of WHH due to a rare cause. Accurate or suspected preoperative diagnosis is achieved in only 10 % of cases, and urgent surgical intervention is the sole factor that reduces morbidity and mortality. Multidetector computed tomography (MDCT) is highly useful for early diagnostic suspicion.

Presentación del caso

Se trata de una mujer de 68 años de edad con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y resección parcial de trompa y ovario derecho. Refiere cuadro clínico de cuatro días de evolución, con dolor a la palpación en hemiabdomen derecho y episodios eméticos, sin signos de irritación peritoneal.

Se le hace valoración imagenológica con tomografía computarizada multidetector (TCMD) de abdomen y pelvis con medio de contraste oral y endovenoso, la cual mostró herniación de intestino delgado y de su meso vascular a través del hiato de Winslow, asociado a divertículo de Meckel (DM), con consecuente dilatación de asas proximales (figuras 1, 2 y 3). Se visualiza además compresión extrínseca de la vena porta en el cuello herniario (figura 4) y un área de defecto de perfusión del parénquima hepático. Otros hallazgos observados son escaso líquido libre abdominal, así como también rarefacción de la grasa omental y medialización del colon ascendente.

La paciente fue llevada a cirugía laparoscópica, en la cual se encontró HHW asociado a DM (figura 5). Se le administró antibioticoterapia intrahospitalaria y posteriormente egresó sin complicaciones.

Discusión

La cavidad peritoneal está conformada por dos espacios principales, el saco mayor, o cavidad peritoneal general, y el saco menor, o transcavidad de los epiplones (1). Estas cavidades se comunican a través del foramen epiploico de Winslow (2).

[1]Médica residente de cuarto año, Diagnóstico por Imágenes, Centro de Educación Médica e Investigaciones clínicas (CEMIC). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

[2]Médica(o) especialista en Diagnóstico por Imágenes, Centro de Educación Médica e Investigaciones clínicas (CEMIC). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

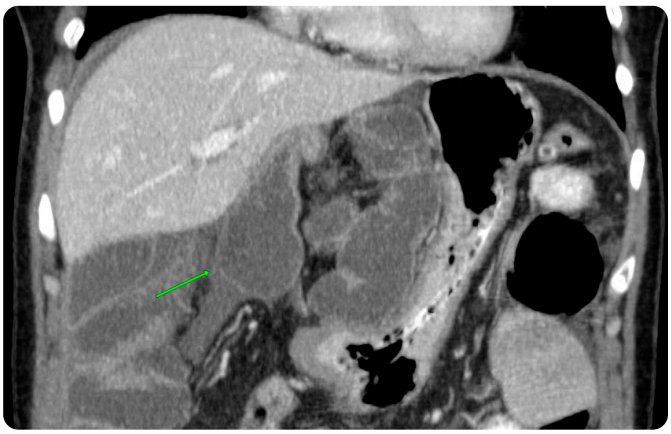


Figura 1. TCMD con medio de contraste, corte coronal. Asas de intestino delgado distendidas y asa ciega dilatada en topografía del HW, correspondiente a DM (flecha).



Figura 2. TCMD con medio de contraste corte axial. Dilatación de asas de intestino delgado. Herniación del meso a través del HW (flechas).

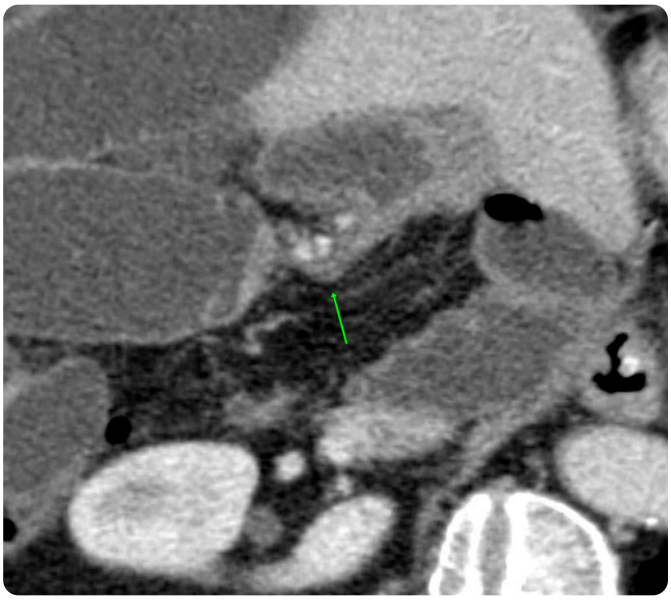


Figura 3. TCMD con medio de contraste, corte axial oblicuo. Herniación del meso con sus estructuras vasculares y punto de cambio de calibre de asa ciega correspondiente a DM (flecha).

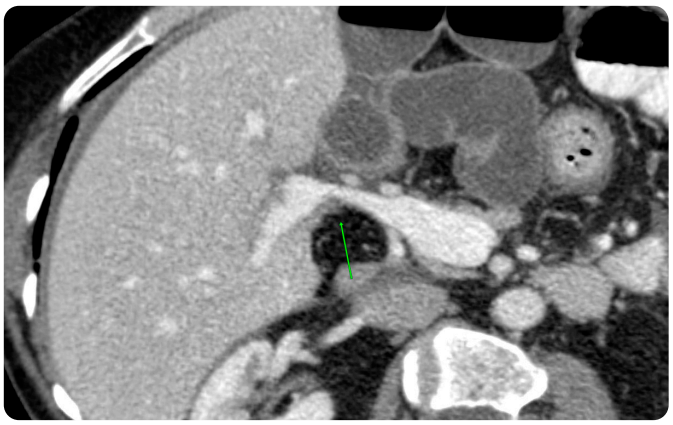


Figura 4. TCMD con medio de contraste corte axial. Compresión extrínseca de la vena porta (flecha) por asa delgada en el cuello herniario, en la topografía del HW.



Figura 5. Imagen intraoperatoria. DM con cambios isquémicos de su pared (flechas) y el meso correspondiente al intestino delgado.

Anatomía

El HW es un orificio virtual que permanece sin contenido y colapsado en condiciones normales. Existen varios factores que predisponen a la hernia, como un foramen de Winslow amplio, asas intestinales excesivamente móviles debido a un mesenterio anormalmente largo, persistencia del mesocolon ascendente, lóbulo hepático derecho (lóbulo de Riedel) agrandado, defecto en el ligamento gastrohepático y rotación intestinal incompleta o malrotación, también por procedimientos quirúrgicos, como fundoplicatura de Niessen, trasplante hepático, derivación gástrica y colecistectomía (3). Además, se han reportado casos posteriores a la realización de actividades que aumentan la presión abdominal, como parto o carga de objetos pesados (1).

La HHW se presenta principalmente entre los 20 y los 60 años y afecta en igual proporción a hombres y mujeres (4,5). Se clasifican en cuatro tipos: tipo I, hernia aislada de intestino delgado (50-70 %); tipo II, incluye íleon distal, ciego y colon ascendente (25-30 %); tipo III, incluye el colon transverso (7 % de los casos), y tipo IV, incluye vesícula biliar, epiplón mayor y el divertículo de Meckel o solamente este último (1 %) (1).

El DM es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal y se da en un 2 a 3 % de la población. Se localiza a 60-100 cm del íleon distal, y se encuentra en un 2 % de la población. La mayoría de los casos son asintomáticos. La obstrucción intestinal es la complicación más frecuente en adultos, y las hernias internas son la causa en un 0,5

a 4 %. La presentación clínica, las pruebas de laboratorio y el examen físico son inespecíficos y menos del 10 % de los casos se diagnostican de forma preoperatoria (6).

Clínicamente, cursa con signos y síntomas inespecíficos que en algunas ocasiones se resuelven de manera espontánea. Pueden presentar dolor abdominal superior agudo e intenso y signos de obstrucción del intestino delgado e, incluso, ictericia obstructiva debido a la compresión de la vía biliar (1).

El uso de la TCMD es de gran utilidad para su diagnóstico precoz. Como signos típicos se describen la dilatación del colon derecho posterior al ligamento hepatoduodenal, asociado con el desplazamiento lateral del estómago, los vasos mesentéricos alargados por delante de la vena cava inferior y posterior a la vena porta, también se puede ver la vena porta comprimida por los elementos herniados, niveles hidroaéreos en el saco menor con un pico dirigido hacia el agujero de Winslow, ausencia del colon ascendente en el canal parietocólico derecho y dos o más asas intestinales en los espacios subhepáticos (4). Además, se ha descrito edema periportal y trastornos transitorios de la perfusión, probablemente secundarios a la compresión del hilio hepático (1).

El tratamiento de elección de la HHW es la reducción prioritaria de las asas herniadas (1). El cierre quirúrgico no es una recomendación frecuente, debido al riesgo de lesión de la arteria hepática o de los conductos biliares y de trombosis de la vena porta, y por el hecho de que no se ha descrito recurrencia después de la cirugía. En los pacientes que tengan signos de isquemia irreversible o necrosis, se debe realizar una resección intestinal (1). En el caso de DM, en presencia de una masa de tejido ectópico palpable, inflamación o una base ancha, es preferible efectuar la resección del intestino afectado con anastomosis término terminal, aunque se han informado complicaciones posoperatorias (5).

Conclusión

El diagnóstico de entidades poco frecuentes, como la HHW por DM, representa un desafío tanto clínico como radiológico. La TCMD permite identificar hallazgos imagenológicos que acercan a un diagnóstico precoz, permiten un tratamiento oportuno y reducen la morbimortalidad de los pacientes.

Referencias

1. López Pérez E, Hernándis Villalba J. Hernia interna a través del hiato de Winslow. Radiología. 2013;55(3):269-70. http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2011.09.024
2. Cabrera PA, Mosquera MS, Kadamani A, Sánchez G, Santos JH. Hernia de hiato de Winslow. Rev Colomb Cir. 2015;30:306-10.
3. Lanzetta MM, Masserelli A, Addeo G, Cozzi D, Maggialetti N, Danti G, et al. Internal hernias: a difficult diagnostic challenge. Review of CT signs and clinical findings. Acta Biomed. 2019;90(5-S):20-37. http://dx.doi.org/10.23750/abm.v90i5-S.8344
4. Muñoz A, Flórez D, Lubinus F, Arias C. Internal hernias: Report of clinical cases. Rev Colomb Radiol. 2017;28(4):4797-804.
5. Patil A, Kulkarni V, Naware S. Imaging findings in imflammed Meckel´s diverticulum. Med J DY Patil Univ. 2012;5:54-9.
6. Motta-Ramírez GA, Reyes-Méndez E, Campos-Torres J, García-Ruiz A, Rivera-Méndez VM, García-Castellanos JA. El divertículo de Meckel en adultos. Anales de Radiología México. 2015;14:20-30.

Correspondencia

Diana Carolina García Ibáñez
Galván 4102, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
carolinagarcianbx@gmail.com

Recibido para evaluación: 12 de abril de 2023
Aceptado para publicación: 15 de agosto de 2023