

Caso clínico

Abdomen agudo por hernia interna congénita en un preescolar. Comunicación de un caso

L.Á. BOLIO-MOLINA

Pediatra. Hospital General de Cuernavaca. Morelos. México.

RESUMEN

Introducción. La hernia interna se presenta raramente, sobre todo en niños, con cuadro de dolor abdominal agudo y obstrucción intestinal. El intestino encarcerado y estrangulado, puede progresar a isquemia, necrosis y perforación, con mortalidad hasta del 50%. El diagnóstico preoperatorio es un reto, a pesar de imágenes por tomografía computarizada, y el índice de sospecha es muy bajo.

Presentación del caso. Niño de 5 años, de Cuernavaca, Morelos, México. Previamente sano, con dolor abdominal intenso y vómitos de 24 horas de evolución, sin fiebre ni diarrea. Análisis, radiografías y ultrasonido orientaron a apendicitis aguda. Durante la laparotomía, se encontró isquemia intestinal de la parte herniada, en un defecto mesentérico congénito. Evolucionó a necrosis tras la primera cirugía. Requirió resección e ileostomía en la segunda y anastomosis término-terminal en la tercera. Se recuperó y fue dado de alta bien en una semana.

Discusión. Existen pocos reportes de hernia interna transmesentérica congénita en niños. Por su infrecuencia, no se sospecha, y se retrasa el diagnóstico y el tratamiento, dando resultados catastróficos. Encontramos 23 casos descritos, 5 de ellos en México. Solo 4 casos son de niños en edad preescolar. Necesitamos mayor índice de sospecha para diagnosticarla, sobre todo en niños con cuadro inespecífico de abdomen agudo.

Palabras clave: Abdomen agudo en niños; Hernia interna congénita; Hernia transmesentérica; Obstrucción intestinal en niños.

ABSTRACT

Introduction. The internal hernia occurs rarely, especially in children, with picture of acute abdominal pain and intestinal obstruction. Incarcerated and strangulated bowel may progress to ischemia, necrosis and perforation, with mortality up to 50%. Preoperative diagnosis is a challenging, despite computed tomography imaging, and the index of suspicion is very low.

Presentation of the case. 5 year old boy from Cuernavaca, Morelos, Mexico. Previously healthy, he presented with severe abdominal pain and vomiting lasting for 24 hours. Neither fever nor diarrhea were present. Laboratory tests, X-rays and ultrasound studies suggested acute appendicitis. Intestinal ischemia was found in a part of small bowel herniated through a congenital mesenteric defect. It evolved to necrosis after the first surgery. The child required an intestinal resection and ileostomy in the second procedure and whole anastomosis in the third. He recovered well and was discharged in a week.

Discussion. There are few reports of congenital transmesenteric internal hernia in children. Catastrophic out-

Correspondencia: Luis Ángel Bolio-Molina. Río Bravo Viv. B, Mza IX, Lte. 52 Interior 1. Colonia Paseos del Río. Emiliano Zapata, Morelos. México. Código Postal 62766.
Correo electrónico: bmolinala@hotmail.com

© 2017 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

comes are published due to the uncommon presentation, delayed diagnosis and treatment and occasional occurrence. We found 23 reports, five in Mexico. We need higher index of suspicion to diagnose, especially in children with non-specific symptoms of acute abdomen.

Key words: Acute abdomen in children; Congenital internal hernia; Transmesenteric hernia; Intestinal obstruction.

INTRODUCCIÓN

La hernia interna (HI) es la salida de una o más vísceras a través de una abertura anatómica o patológica dentro de la cavidad peritoneal. Causa el 5% de las obstrucciones intestinales. Clasificación por su ubicación: de hiato de Winslow, de fosa ileocecal, paraduodenal, transmesentérica, intersigmoidea, de ligamento ancho del útero y retroanastomótica. La HI transmesentérica (HITM) ocupa el 12% de ellas y tiene tres tipos: por defecto del mesenterio intestinal, transmesocólica y hernia de Peterson. Pueden ser congénitas o adquiridas, asociadas con mortalidad alta. Generalmente son hallazgos incidentales en laparotomía, laparoscopia o autopsia⁽¹⁾. Su incidencia ha aumentado debido a nuevos procedimientos quirúrgicos. En adultos, las causas son: cirugía gastrointestinal, inflamación intestinal y trauma abdominal. En niños, es un defecto congénito (HITMC) en áreas avasculares y delgadas del mesenterio como el mesocolon transverso, mesocolon sigmoide y la región ileocecal⁽²⁾. Sus síntomas oscilan desde oligosintomáticas hasta polisintomáticas. Es grave, si se encarcela y estrangula el contenido herniario y por fenómenos de vólvulo⁽³⁾. Causa obstrucción intestinal grave y el diagnóstico preoperatorio específico es infrecuente por el bajo índice de sospecha⁽⁴⁾. En recién nacidos los resultados son devastadores, porque requieren amplia resección intestinal⁽⁵⁾. En adultos, los resultados son menos catastróficos⁽⁶⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niño de 5 años, previamente sano, nativo de Cuernavaca, Morelos, México. Refería náuseas, vómitos y dolor abdominal, de 24 horas de evolución, sin fiebre, sin diarrea, sin sintomatología urinaria ni respiratoria, ni cirugía o trauma abdominal previos. Conservaba el apetito, pero no toleraba alimentos. Recibió tratamiento antiparasitario un día antes, sin tener mejoría, lo que motivó su envío al hospital por probable apendicitis aguda.

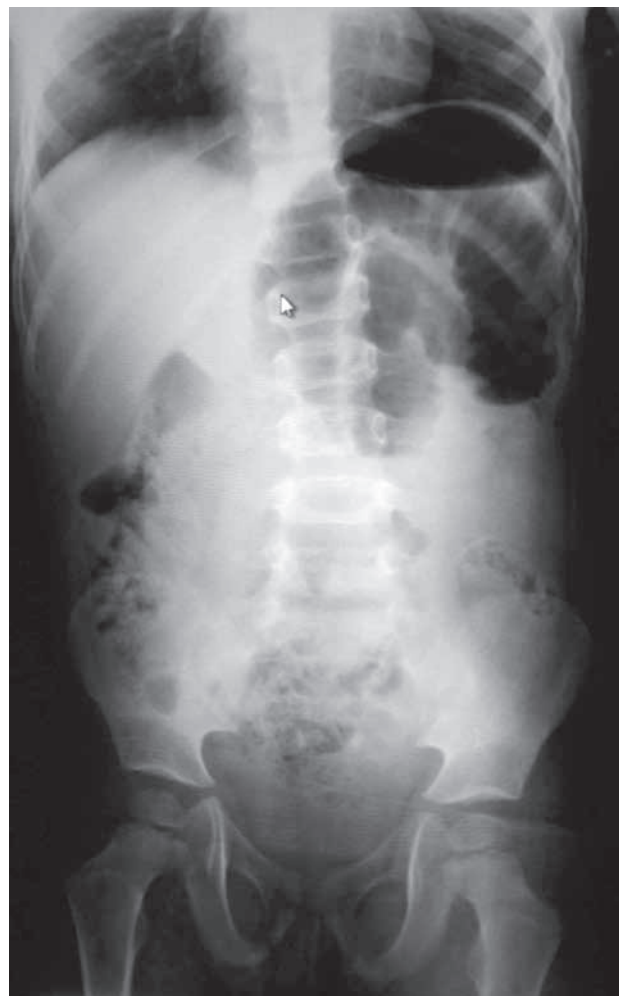


Figura 1. Rayos X en bipedestación, con signos de obstrucción intestinal.

Caminaba inclinado a su derecha y permanecía “engatillado”, dolorido, afebril, con vómitos no biliosos. Frecuencia cardíaca 130 lpm y respiratoria 32 rpm; temperatura 36,5°C y peso de 16 kg. La exploración reveló posición antiálgica, normalidad rinofaríngea, pulmonar y urinaria. Deshidratación moderada pero hemodinámicamente estable. Abdomen plano, duro, con irritación peritoneal por hiperestesia, hiperbaralgesia y signos de McBurney, Blumberg, Rovsing y obturador positivos. Sin peristaltismo ni visceromegalias.

Tuvo leucocitosis de 21.200, neutrofilia 77%, bandemia 7%, linfopenia 10% y monocitosis 6%. Hemoglobina 12 g/dl, hematocrito 37,4%, plaquetas 325.000/mm³, Na 133,5 mEq/L, K 5 mEq/L, Cl 95,5 mEq/L, Ca 9,4 mEq/L, P 5,4 mEq/L, Mg 2,9 mEq/L, TP 17 s, TTP 40 s. Glucosa 89 mg/dl, urea 45 mg/dl, creatinina 1,8 mg/dl. Orina turbia, densi-



Figura 2. Imagen de las asas intestinales encarceradas, estranguladas e isquémicas.

dad 1.030 g/L, pH 6, glucosa negativa, proteínas 30 mg/dl, cetonas 80 mg/dl, urobilina 0,2 mg/dl, bacterias y células uretrales escasas, leucocitos 0 a 2 por campo, eritrocitos 0, fosfatos amorfos moderados. La gasometría arterial reveló acidosis metabólica descompensada, con hiperoxemia (pH 7,28, pCO₂ 36, pO₂ 216, HCO₂ 16,9, BEecf -9,8, Sat 100%, Lact 0,5). La radiografía abdominal reveló escoliosis anti-álgebra derecha, borramiento de músculos psoas, líneas preperitoneales marcadas, asas intestinales distendidas y fijas, escasos niveles hidroaéreos, sin aire en colon distal (Fig. 1). El ultrasonido abdominal reveló líquido peritoneal libre, compatible con apendicitis aguda, suficientes para intervenirlo quirúrgicamente. Se halló isquemia de 100 cm de intestino delgado encarcerado y estrangulado a través de un orificio semicircular de 10 cm de diámetro

en el mesenterio ileal, a 50 cm de la válvula ileocecal (Fig. 2). El intestino liberado y con calor local por 15 minutos, recuperó motilidad y coloración, se interiorizó y se manejó en ayuno, soluciones hidroelectrolíticas a requerimientos altos, analgésicos, triple antimicrobiano y hemotransfusión por anemia posquirúrgica (Hb de 7,5 g y Hto 22,7%). Por evolución desfavorable, precisó una segunda cirugía 24 horas después, por necrosis intestinal que obligó a una resección e ileostomía. Dada la gravedad del niño, fue trasladado a un hospital pediátrico para manejo en terapia intensiva donde fue estabilizado y, 24 horas después, se decidió una tercera cirugía que terminó con entero-entero anastomosis. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta por mejoría 8 días después.

CONCLUSIONES

La HITM descrita por Rokitanski (1836) se localiza más frecuentemente en el mesenterio del íleon terminal, con orificio de 2 hasta 15 cm de diámetro, promedio 3 cm, oval o circular, con bordes blandos y peritonizados⁽¹⁻⁴⁾. En niños, la HITMC afecta principalmente al intestino delgado y existen pocos casos descritos en la literatura⁽⁵⁻⁸⁾.

El paciente tuvo una HITMC en la región ileocecal, que condicionó la necrosis de un metro de intestino encarcerado y estrangulado en un defecto mesentérico de 10 cm de diámetro. El diagnóstico fue incidental durante una "apendicectomía", semejante al de un niño malayo, previamente sano, de 3 años de edad, con dolor abdominal súbito, vómitos no biliares y distensión abdominal, con gangrena intestinal por estrangulación en una HITMC, a 15 cm de la válvula ileocecal⁽⁹⁾. Se describen casos de muerte súbita en niños y neonatos por HITMC, con sintomatología de isquemia intestinal, no clara a estas edades. Algunos lactantes con sintomatología digestiva inespecífica, como dolor abdominal sin signos de obstrucción intestinal, son dados de alta a su domicilio donde la encarceración y estrangulamiento progresan, regresando horas después muy graves, algunos han fallecido⁽¹⁰⁻¹²⁾. La HITMC es causa infrecuente de obstrucción intestinal que puede ocasionar daño intestinal irreversible y desenlace fatal. Si se estrangula el intestino encarcerado, la mortalidad alcanza el 15%, y si se gangrena, llega al 50%⁽¹³⁾. Nouira y cols. mencionan el caso de un niño con un gran defecto congénito de 30 cm de diámetro en el mesenterio del íleon, con hernia de colon sigmoide y de intestino delgado⁽¹⁴⁾. El de otro niño con defecto pequeño de 3 cm de diámetro en mesenterio ileal y un neonato con un largo segmento de intestino herniado⁽¹⁵⁾.

El diagnóstico de HI es difícil, aun con tomografía computarizada, lo que retrasa el diagnóstico y el tratamiento⁽¹⁶⁾.

En nuestro medio es infrecuente solicitar tomografía para descartar apendicitis en niños, por considerarse suficiente el cuadro clínico, los exámenes de laboratorio, las radiografías y el ultrasonido.

Debemos sospechar HITMC en niños con dolor abdominal recurrente o súbito, con signos de obstrucción intestinal y de irritación peritoneal, sin antecedentes de trauma o cirugía abdominal.

Decidir oportunamente una laparoscopia diagnóstica, o una laparotomía exploradora, basados en una alta sospecha clínica e imágenes sugestivas de obstrucción intestinal, en niño afebril y sin foco infeccioso evidente, como en este caso, podría prevenir complicaciones devastadoras y letales.

En bibliografía de dos décadas, encontramos 23 casos. De ellos, 17 han sobrevivido: 5 neonatos, 6 lactantes, 4 preescolares, 1 escolar y 1 adolescente; y 6 han fallecido: 5 lactantes y 1 preescolar. Del total, 5 casos han ocurrido en México: 2 neonatos, 1 lactante, 1 escolar y 1 adolescente, ningún preescolar⁽⁷⁾.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Marco Antonio Camacho Arcos, cirujano, y a la Dra. Lizeth Urióstegui, anestesióloga, por proporcionarnos las fotografías de la primera cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kassir R, Boutet C, Blanc P, Tiffet O. Transmesocolic hernia without a history of digestive surgery: Unknown disease. *J Curr Surg*. 2014; 4: 55-7.
2. Crispín-Trebejo B, Robles-Cuadros MC, Orendo-Velásquez O, Andrade FP. Internal abdominal hernia: Intestinal obstruction due to trans-mesenteric hernia containing transverse colon. *Int J Surg Case Rep*. 2014; 5: 396-8.
3. Garamendi PM, Jiménez MD. Muerte súbita e inesperada de un niño por hernia interna transmesocólica del intestino delgado. *Cuad Med Forense*. 2009; 15: 147-53.
4. Elmadi A, Lechqar M, El Biache I, Tenkorang S, Khattala K, Rami M, et al. Trans-mesenteric hernia in infants: Report of two cases. *J Neo Surg*. 2014; 3: 29-31.
5. Garignon C, Paparel P, Liloku R, Lansiaux S, Basset T. Mesenteric hernia: A rare cause of intestinal obstruction in children. Case report. *J Pediatr Surg*. 2002; 37: 1493-4.
6. Aké L, Moh N, Kéita A, Aguehoundé C. Congenital strangulated transmesenteric hernia: a rare cause of acute bowel obstruction. Case report. *J Neo Surg*. 2013; 2: 34.
7. Baeza-Herrera C, Sanjuán-Fabián H, Salinas-Montes J, García-Cabello LM, Ortiz-Zúñiga AI. Hernia transmesentérica congénita. *Cir Ciruj*. 2004; 72: 189-92.
8. Weibel G, Muñoz V, Figueroa F, Echeverría M, Aliaga J. Hernia interna secundaria a defecto mesentérico congénito. Descripción de 2 casos clínicos. Resúmenes XXXVI Congreso Chileno de Cirugía Pediátrica. *Rev Ped Elec*. 2009; 6: 182.
9. Tan YL, MBBS, Muthu Alhagi V, MS. Gangrenous small bowel obstruction secondary to congenital internal herniation: A case report. *Med J Malaysia*. 2012; 67: 118-20.
10. Byard RW, Wick R. Congenital mesenteric defects and unexpected death of a rare find in the autopsy. *Pediatr Dev Pathol*. 2008; 11: 245-8.
11. Kakimoto Y, Abiru H, Kotani H, Ozeki M, Tsuruyama T, Tamaki K. Hernia transmesenteric due to the formation of double-loop in the small intestine: a fatal case involving a young child. *Forensic Sci Int*. 2012; 10: 39-42.
12. Sato T, Abe S, Tsuboi K, Iwata M, Tamura A, Tsuchihashi H, et al. Sudden death of a child because of an intestinal obstruction caused by a large congenital mesenteric defect. *Leg Med Tokyo*. 2012; 14: 157-9.
13. Parque CY, Kim JC, Choi SJ, Kim SK. A transmesenteric hernia in a child: gangrene of a long segment of the small intestine through a large mesenteric defect. *Corea J Gastroenterol*. 2009; 53: 320-3.
14. Nouira F, Dhaou BM, Charieg A, Ghorbel S, Jlidi S, Chaouachi B. Small bowel obstruction caused by congenital transmesenteric defect. *Afr J Paediatr Surg*. 2011; 8: 75-8.
15. Pagina MP, Ricca RL, Resnick AS, Puder M, Fishman SJ. Newborn and child mesenteric intestinal obstruction due to birth defects. *J Pediatr Surg*. 2008; 43: 755-8.
16. Blachar A, Federle MP. Hernia interna: una causa cada vez más común de obstrucción del intestino delgado. *Semin Ultrasonido CT MR*. 2002; 23: 174-83.