



DIAGNÓSTICO DE LA HERNIA DE RICHTER POR ECOGRAFÍA Y TC: CUANDO EL TIEMPO SÍ QUE ES IMPORTANTE

DIAGNOSIS OF THE RICHTER HERNIA BY ULTRASONOGRAPHY AND CT SCAN: WHEN TIME IS IMPORTANT

Antonio Navarro Ballester¹
Santiago F. Marco Domenech¹

RESUMEN

PALABRAS CLAVE (DeCS)

Obstrucción intestinal
Hernia abdominal
Peritonitis
Tomografía computarizada por rayos X

Se presenta el caso de un paciente con dolor abdominal de seis días de evolución, anorexia y pérdida de peso. Se le realiza una TC en la que se aprecia una herniación de la pared del borde antimesentérico del íleon, la cual produjo luego una pseudoobstrucción y una peritonitis fecaloidea tras una perforación intestinal. La hernia de Richter presenta una clínica lentamente progresiva, por lo cual es común que se demore su diagnóstico. La cirugía tardía aumenta la morbimortalidad asociada.

SUMMARY

KEY WORDS (MeSH)

Intestinal obstruction
Hernia, abdominal
Peritonitis
Tomography, X-ray computed

This is the case of a patient presenting abdominal pain for 6 days, as well as anorexia and weight loss. A CT scan is performed, showing a hernia of the antimesenteric border of the distal ileum, resulting in pseudo-obstruction and peritonitis due to intestinal perforation. Richter's hernia presents a slowly progressive clinical presentation, with often delayed diagnosis. Late surgery increases associated morbidity and mortality.

Presentación de un caso

Varón de 70 años de que acudió a urgencias por dolor (hemiabdomen derecho) y distensión abdominal de seis días de evolución, así como deposiciones diarreicas. El paciente refirió anorexia y disminución de peso de 4 kilos desde que empezó el episodio. A la exploración se le palpó una hernia inguinal derecha.

Por ecografía se confirmó un asa de intestino delgado y líquido en el saco herniario (figura 1). Se practicó una TC abdominopélvica con contraste intravenoso (una fase) y reconstrucciones en los planos coronal y sagital. Se visualizó una hernia inguinal indirecta derecha (lateral a los vasos epigástricos inferiores), con herniación parcial de la pared antimesentérica del íleon a través del anillo inguinal profundo, con líquido adyacente, signos de encarceración y una pequeña cantidad de aire libre (neumoperitoneo); trabeculación de la grasa mesentérica y líquido libre peritoneal, lo que, junto con el realce con el medio de contraste del peritoneo visceral, era sugestivo de peritonitis (figura 2a, b, c y d).

Se observó una distensión retrógrada de asas de íleon, yeyuno y duodeno, y una correcta aireación distal (pseudoobstrucción). Con los hallazgos de la TC se sugirió un diagnóstico de hernia de Richter con perforación y peritonitis fecaloidea consiguiente, y con pseudoobstrucción intestinal.

El paciente fue llevado al quirófano, donde se le practicó una laparatomía con cirugía en un tiempo (resección de asas de intestino delgado necrosadas, lavado intraoperatorio y anastomosis primaria), con colocación de drenaje. La evolución clínica del paciente fue favorable; fue dado de alta y no mostró complicaciones en controles posteriores. Un mes más tarde, y de forma programada, se procedió a herniorrafia, sin episodio de reherniación hasta el momento actual.

Discusión

El término de *hernia de Richter*, o enterocece parcial, fue descrito por primera vez en 1606, por Wilhelm Fabry (1).

¹Servicio de Radiología Diagnóstica y Terapéutica del Hospital General de Castellón, Castellón, España.



Figura 1. Ecografía del saco herniario inguinal derecho. Se observa adentro un asa intestinal y contenido líquido anecoico

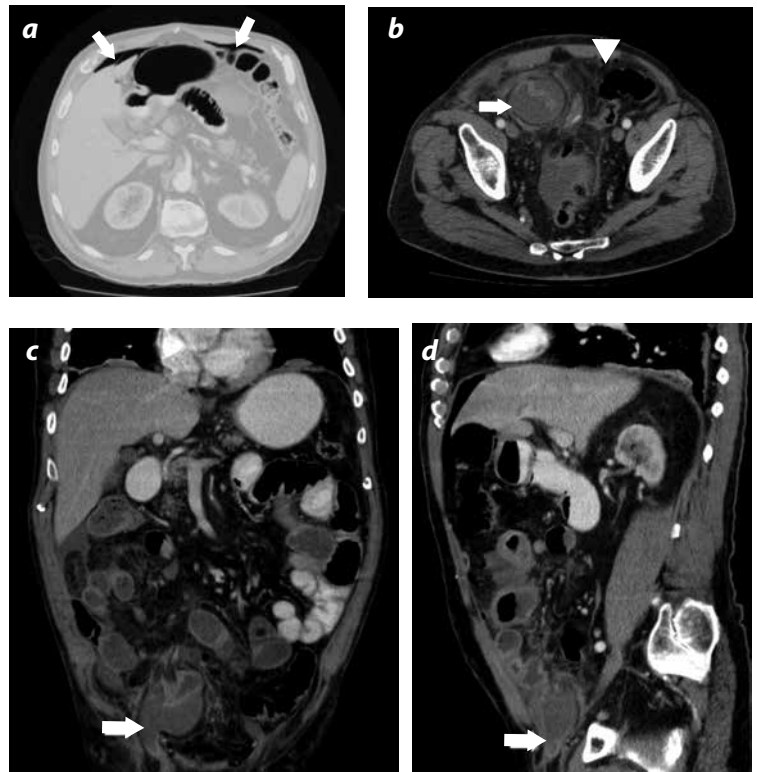


Figura 2. a) Corte axial de TC con ventana de pulmón, donde se aprecia neumoperitoneo (flecha blanca). b) Corte axial de TC, en el que se observan signos de peritonitis y una colección (flecha blanca) en relación con un asa de intestino delgado que presenta un defecto en la captación de su pared posteroexterna. Neumoperitoneo (punta de flecha blanca). c) Imagen coronal: hernia de Richter con líquido a través del conducto inguinal derecho y discreta hiperatenuación del peritoneo visceral (flecha blanca). Obsérvese la presencia de líquido subhepático con rarefacción de la grasa en la raíz del mesenterio. d) Imagen sagital: hernia de contenido líquido a través del conducto inguinal derecho (flecha blanca). Neumoperitoneo y refuerzo peritoneal

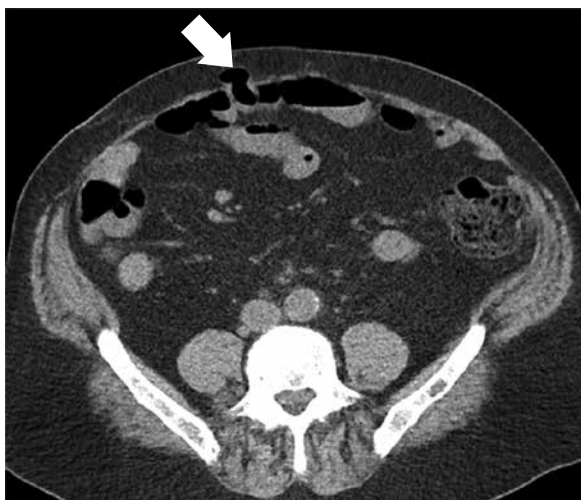


Figura 3. Corte axial de TC sin contraste intravenoso, en el que se aprecia la herniación del borde antimesentérico de un asa de intestino delgado a través de un defecto de la pared abdominal, sin compromiso de la luz intestinal ni signos de obstrucción. (Fuente: Dr. James Sheldon, radiopaedia.org; imagen publicada con autorización de radiopaedia.org).

Es una patología muy poco frecuente y consiste en el pinzamiento del borde antimesentérico del intestino delgado, a través del orificio herniario, que causa la estrangulación de esa parte de la circunferencia de la pared intestinal (figura 3). La isquemia del asa intestinal afectada es más probable que con otros tipos de hernia, debido a la peor vascularización del borde antimesentérico (2).

El segmento de intestino afectado con más frecuencia es el íleon terminal. Sin embargo, cualquier parte del tubo digestivo, desde el estómago hasta el colon, puede verse implicada (3). Por norma general, son adquiridas y unilaterales; aparecen en cualquier orificio herniario, aunque las más frecuentes son inguinales y crurales. No obstante, y debido a la difusión de las intervenciones por vía laparoscópica, cada vez son más frecuentes las hernias a través de los orificios de inserción de los trócares (4).

Es habitual que afecte a pacientes por encima de los 60 años de edad, sin claras diferencias de incidencia dependientes del sexo (5). La presentación clínica es inespecífica, con molestias abdominales imprecisas, tumoración herniaria inguinal o en otra localización, y signos de obstrucción intestinal (4-7). Pese a todo, dicha obstrucción es infrecuente en comparación con la producida por otros tipos de hernia, debido a que produce una afectación luminal menor de dos tercios del diámetro del asa. Una de las peculiaridades más importantes por recordar en esta patología es su predisposición a producir la gangrena de la pared intestinal atrapada, que, si no se reconoce y se trata en etapas tempranas, puede desencadenar una peritonitis aguda (con formación de absceso y fístula enterocutánea) o incluso en la muerte (8,9).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque en caso de duda se puede recurrir a exploraciones de imagen, como la ecografía o la TC. En la ecografía se detecta una hernia inguinal o crural, primordialmente, con protusión herniaria de la pared de un asa de intestino delgado y con posible aparición de signos de sufrimiento y de oclusión. Se debe practicar un estudio dinámico (maniobra de Valsalva, tos, cambios posturales, compresión), lo que facilita el diagnóstico de pequeñas hernias y permite valorar si la hernia es o no reductible. En cuanto a la TC, se observa la herniación del borde antimesentérico de la pared del intestino delgado.

Especial atención merecen los signos de isquemia, como el engrosamiento mural intestinal, imagen “en diana” en el corte transversal del asa afectada, la ausencia o alteración en el realce con el medio de contraste, los vasos mesentéricos ingurgitados, la infiltración edematosa del mesenterio, la ascitis, la neumatosi intestinal o la presencia de gas en la porta. Tras la perforación acontece la peritonitis, apreciable en el TC por un engrosamiento parietal lineal que realza tras la inyección de medio de contraste, tumefacción de la grasa adyacente con hiperatenuación, con o sin líquido libre (10).

Con todo, se ha de proceder rápidamente, con el fin de no demorar la intervención quirúrgica más de lo necesario. En nuestro caso, se practicó una laparotomía con resección de las asas de íleon necrosadas y la anastomosis término-terminal posterior, con buenos resultados evolutivos.

Conclusión

Se describe el caso de una hernia de Richter, junto con sus manifestaciones ecográficas y en TC. Consideramos que es necesario conocer su presentación imaginológica, lo cual permite hacer un diagnóstico precoz y así evitar una intervención quirúrgica tardía, lo que implicaría una mayor morbimortalidad.

Referencias

1. Steinke W, Zellweger R. Richter's Hernia and Sir Frederick Treves: An original clinical experience, review, and historical overview. *Ann Surg.* 2000;232:710-8.
2. Alarcón I, Jiménez R, Suárez G, et al. Hernia de Richter como causa de obstrucción intestinal de difícil diagnóstico. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2010;102:1-2.
3. Giokas G, Karakousis CP. Richter hernia of the stomach. *J Surg Oncol.* 1998;69:51-53.
4. Williams MD, Flowers SS, Fenoglio ME, et al. Richter hernia: a rare complication of laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc.* 1995;5:419-21.
5. Martis JJS, Rajeshwara KV, Shridhar K M, et al. Strangulated Richter's Umbilical Hernia - A case report. *Indian J Surg.* 2011;73:455-7.
6. Rodríguez JI, Tuca F, Codina A, et al. *Cir Esp.* 2001;69:65-7.
7. Shukla S, Garge S. Obturator hernia of the Richter type: A case report. *Indian J Surg.* 2010;72(Suppl 1): 299-301.
8. Kadirov S. Richter's hernia, a surgical pitfall. *J Am Coll Surg.* 1996;182:60-2.
9. Duari M. Strangulated femoral hernia: A Richter's type containing caecum and base of appendix. *Postgrad Med J.* 1966;42:726-8.
10. Aguirre DA, Casola G, Sirlin C. Abdominal wall hernias: MCDT findings. *AJR.* 2004;183:681-90.

Correspondencia

Antonio Navarro Ballester
 Paseo Ribalta, m° 25, piso 4.
 C. P.: 12001
 Castellón de la Plana
 Castellón, España.
 antonio.navarroball@gmail.com

Recibido para evaluación: 8 de julio de 2013

Aceptado para publicación: 17 de diciembre de 2013