



**Fístula intestinal posoperatoria
tras herniorrafía umbilical por
hernia de Richter insospechada**

**Postoperative biliointestinal fi
stula after unsuspected Richter
umbilical hernia repair**

10.20960/rhh.00237

CASO CLÍNICO

Fístula intestinal posoperatoria tras herniorrafía umbilical por hernia de Richter insospechada. Caso clínico

Postoperative biliointestinal fistula after unsuspected Richter umbilical hernia repair by: clinical report

Manuel Antonio Grez Ibáñez

Servicio de Cirugía General. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó (Chile)

Autor para correspondencia: Manuel Antonio Grez Ibáñez. Servicio de Cirugía General. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Chacabuco, 121. Curicó (Chile)

Correo electrónico: magrezster@gmail.com

Recibido: 19-06-2019

Aceptado: 26-06-2019

RESUMEN

Introducción: La cirugía de urgencias de la hernia umbilical tiene complicaciones graves que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes.

Caso clínico: Varón de 60 años que ingresa de urgencia con pequeña hernia umbilical de larga evolución con atascamiento de pocas horas; reducción espontánea, pero con persistencia del dolor que motivó la realización de cirugía de urgencia. Se realizó herniorrafía umbilical previa observación «aparente» de ausencia de complicación intraabdominal. Al día siguiente, se produjo una filtración de líquido intestinal a través de la herida operatoria. Tras una relaparotomía urgente, se confirma una peritonitis intestinal masiva por perforación en

asa yeyunal que es tratada mediante sutura, que evoluciona sin complicaciones.

Discusión: Se presenta una complicación grave que pasó desapercibida por una exploración intraoperatoria insuficiente ante la aparente «simplicidad» de la patología herniaria y de la técnica quirúrgica. La fístula posoperatoria precoz y su resolución por reintervención inmediata evitó la previsible evolución compleja de alto riesgo.

Palabras clave: Hernia de Richter, hernia umbilical estrangulada, fístula intestinal posoperatoria.

ABSTRACT

Introduction: The emergency surgery of the umbilical hernia has serious complications that can put at risk the life of the patients.

Clinical case: A 60-year-old man admitted to hospital with a small long-term umbilical hernia with a few hours of blockage, a spontaneous reduction but with persistent pain that led to emergency surgery. Umbilical herniorrhaphy was performed after "apparent" observation of absence of intra-abdominal complication. The next day, leakage of intestinal fluid through the operative wound. After urgent relaparotomy, massive intestinal peritonitis is confirmed by jejunal loop perforation, which is treated by suture, evolving without complications.

Discussion: A serious complication that went unnoticed due to an insufficient intraoperative exploration before the apparent "simplicity" of the hernia pathology and the surgical technique. The early postoperative fistula and its resolution by immediate reintervention avoided the foreseeable complex evolution of high risk.

Keywords: Richter Hernia, strangulated umbilical hernia, postoperative intestinal fistula.

INTRODUCCIÓN

Se define *hernia* como la protrusión de un saco peritoneal a través de un orificio u ojal anatómico entre capas musculoaponeuróticas del abdomen¹. La prevalencia de la hernia se divide en un 27 % en hombres y en un 3 % en mujeres². Su tratamiento es casi siempre quirúrgico. En Chile se estima que se realizan aproximadamente 30 000 hernioplastias por año; en Estados Unidos, se realizan 705 000 procedimientos por año, con un costo aproximado de 3 000 000 000 dólares anuales. De estas hernias, un 10 % son recidivadas (70 000) y los índices de nuevas recurrencias en pacientes operados dos y más veces oscilan entre el 15-35 %³, sobrepasando ampliamente a otras cirugías, como la apendicectomía. Las ubicaciones anatómicas más frecuentes de las hernias de pared abdominal son las inguinales (75%), seguidas de las umbilicales 6-25 %^{4,5}, las femorales y las epigástricas¹. Por su parte se describe que las hernias umbilicales aparecen más comúnmente en mujeres que en hombres, con una proporción de 3:1⁴. Es importante recordar que la tasa de complicaciones varía según la localización.

En la literatura se describe que la tasa de complicaciones presentes en hernias inguinales alcanza el 0.29-2.9 %⁶, y del total de hernias umbilicales, un 17-40 % pueden presentarse como encarceladas y pueden causar obstrucción por estrangulación tanto del intestino delgado como del grueso, lo que requiere resolución quirúrgica de urgencia⁷ debido al compromiso vascular. Por tanto, las complicaciones herniarias son una patología relativamente frecuente en los servicios de urgencia, con una morbimortalidad significativa. Se ha descrito la necesidad de resección intestinal hasta en un 20 % de las hernias operadas; en el 80 % restante, se ha encontrado epiplón hemorrágico o necrosado como hallazgo intraoperatorio⁶.

CASO CLÍNICO

Varón de 60 años de edad que consulta por dolor abdominal en nuestra Unidad de Emergencia a mediodía. Carece de antecedentes patológicos y es portador de una hernia umbilical pequeña, de larga evolución. Explica que cuando se levanta por la mañana nota un dolor de inicio brusco en la región umbilical con aumento del volumen del ombligo, atascamiento y posterior aparición de náuseas y vómitos. Ingresa con signos vitales dentro de la normalidad. Se inicia fleboclisis analgésica con 3 ampollas de un espasmolítico (Viadil®) en un litro de solución fisiológica, se solicita una radiografía simple de abdomen en bipedestación y se deja en observación.

Cinco horas después, persiste el dolor abdominal, pese a que la hernia se había reducido espontáneamente —sin maniobra de Taxis—, motivo por el que se decide la hospitalización para realizar cirugía de urgencia después de los exámenes preoperatorios de rutina, cuyos resultados estaban dentro de límites normales.

Una hora después, y a través de una pequeña incisión longitudinal periumbilical, se procedió a la herniorrafía. Previamente, se resecó un pequeño saco herniario en la base de un orificio herniario de unos 2 cm de diámetro, a través del cual se introdujeron gasas con pinzas en la cavidad peritoneal para exploración local, sin encontrar presencia de líquidos patológicos (sangre, bilis o pus) ni hallar dentro de ese reducido espacio alteración de la serosa yeyunal de asas subyacentes.

Finalmente, se realizó una herniorrafía monopiano con punto corrido irreabsorbible y cierre de piel con nailon. Se prescribieron las indicaciones pertinentes de control posoperatorio, con la habitual previsión de ser reevaluado al día siguiente (fin de semana) por el cirujano de turno para su eventual alta. Fue evaluado a las 16 horas del posoperatorio por dicho cirujano, que observó el apósito teñido de bilis, que rezumaba a través de la pequeña incisión de la herniorrafía umbilical junto a signos de irritación peritoneal y silencio abdominal (fig. 1).

Se descartó antecedente de cirrosis alcohólica y se solicitaron nuevos exámenes de laboratorio, que también resultaron dentro de la normalidad, y una TAC abdominal con contraste que mostró, además de una colelitiasis, abundante líquido libre interasas y en la cavidad peritoneal, una fístula umbilical a través de la cicatriz operatoria; mesenterio e intestino delgado de aspecto normal. Se practica de urgencia una relaparotomía longitudinal ampliada y se encuentra casi un litro de líquido biliointestinal libre que salía a través de una perforación intestinal de 1 cm de diámetro en el borde antimesentérico de un asa del tercio distal de yeyuno compatible con una hernia de Richter (figs. 2 y 3), con bordes de la mucosa evertidos. Se resecan dichos bordes de perforación y se envían para su estudio histológico, cuya biopsia fue informada como: «Pared intestinal con perforación de la pared con necrosis y supuración de la zona vecina a la perforación asociada a peritonitis difusa. No se observa cuerpo extraño ni elementos neoplásicos». Conclusión: perforación intestinal de etiología incierta (figs. 4 y 5). Se realiza sutura intestinal con vicryl 3-0 en dos planos en forma transversal y una limpieza minuciosa peritoneal con solución fisiológica y laparorráfía. En el posoperatorio se le dejó reposo digestivo tres días, hidratación parenteral y antibióticos. A partir de entonces, alimentación oral progresiva. Se le dio de alta a la semana, en buenas condiciones y sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La patología herniaria es una de las causas más comunes en consultas médicas. Su diagnóstico oportuno es importante para optimizar y realizar un tratamiento precoz, sobre todo si nos enfrentamos a hernias complicadas debido a su potencial riesgo de morbimortalidad. Teniendo en cuenta que los resultados en cirugía electiva, comunicados en estudios multicéntricos y revisiones nacionales, presentan unas cifras de mortalidad mínima (0,5% en mayores de 60 años y 0,02% en menores

de 60 años), debemos deducir que esta tasa de mortalidad corresponde exclusivamente a pacientes asistidos de forma urgente por complicaciones de afección herniaria⁷. Es relevante recordar que su diagnóstico es principalmente clínico. Ante la duda, podemos apoyarnos en estudios disponibles de imagen que nos permiten o que nos facilitan un diagnóstico certero más temprano.

En el caso clínico expuesto, debido al dolor abdominal descrito por el paciente, y a pesar de presentar una radiografía simple «normal», se justificaba un estudio ecográfico abdominal por la posibilidad de una complicación inminente: podía haberse detectado un asa en el saco herniario o adherida a él. De paso, podría haberse dimensionado el orificio herniario, que luego se midió en 2 cm, diámetro difícil para contener un asa yeyunal o solo la aferente-eferente, pero sí podría haberse visto un pellizcamiento lateral del borde antimesentérico, el más fácil para encarcelarse. Sin embargo, la perforación se situó en el borde antimesentérico, lo que le hace casi imposible penetrar en el saco para que el pellizcamiento sea mesentérico-lateral, pues el borde antimesentérico acompañante no permitiría entrar en un orificio de 20 mm. Sin embargo, debido a la no disponibilidad inmediata de la ecografía, no nos fue posible complementar el estudio radiológico. Solo de forma retrospectiva hemos reconocido que nos enfrentábamos a lo que se conoce como una hernia de Richter.

La hernia de Richter fue descrita en 1606 por Fabricius Hildanus como protrusión del borde antimesentérico de un asa intestinal a través de un orificio de la pared abdominal; el más afectado es el íleon terminal. Las características más determinantes para el desarrollo de esta hernia son el tamaño del anillo herniario y su consistencia⁸. Como vimos en el caso expuesto, si bien el diámetro correspondía a 20 mm, era lo suficientemente grande para el paso de la pared intestinal, pero no lo suficiente para el paso completo del asa. Su importancia radica en que este cuadro tiene mayor riesgo de isquemia intestinal en comparación al

resto de encarcelaciones herniarias, justificado por la pobre vascularización del borde antimesentérico. Si bien su incidencia corresponde a $< 1\%$, se ha descrito como causa del 14% del total de hernias estranguladas⁸.

Ahora bien, la forma de enfrentar el caso expuesto, desconociendo hasta ese momento el probable diagnóstico de hernia de Richter, fue la realización inicial de una laparotomía paraumbilical vertical con introducción de gases y pinzas por el orificio herniario para la búsqueda de líquido libre, siendo esto último cuestionable debido al reducido diámetro, lo que dificulta la visualización de líquido libre interasas. Es razonable pensar que pudo evitarse la reintervención quirúrgica al ampliar el campo exploratorio en el abordaje inicial.

Finalmente, hay que recalcar la importancia de la sospecha precoz de complicaciones en pacientes con cuadros de hernias abdominales debido al riesgo de morbimortalidad. En esta situación está justificada la solicitud de imágenes sin retrasar el diagnóstico, con la necesidad de un abordaje quirúrgico óptimo que permita precisar si estamos o no frente a una complicación herniaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabiston D. Textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. Chapter 37. 15th edition. Pennsylvania: Saunders. 1997.
2. Kingsnorth AN, LeBlanc KA (eds.). Management of abdominal hernias. Baton Rouge: Ed. Springer Science & Business Media. 2013.
3. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica hernias de pared abdominal. Santiago: Minsal. 2008.
4. Coste AH, Jaafar S, Parmely JD. Umbilical Hernia. In: Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.

5. Viscido G, Pugliese A, Bocco MC, et al. Hernioplastias umbilicales en adultos. Análisis a largo plazo. Rev Hispanoam Hernia. 2016;4(1):13-9.
6. Matsuda A, Miyashita M, Matsumoto S, et al. Reparación laparoscópica transabdominal preperitoneal para la hernia inguinal estrangulada. Asian J Endosc Surg. 2018;11:155-9.
7. Mayagoitia J, Celdrán A. Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. En: Sociedad Hispanoamericana de Hernia (editor). Hernia umbilical. 6.ª edición. pp. 1-2. Disponible en: www.sohah.org/wp-content/uploads/libro/eventraciones-parte-VI.pdf
8. Martínez-Serrano MÁ, Pereira JA, Sancho JJ, et al. Hernia estrangulada. ¿Todavía mortal en el siglo XXI?. Cir Esp. 2008;83(4):199-204.
9. Alarcón del Agua I, Jiménez Rodríguez R, Suárez Artacho G, et al. Hernia de Richter como causa de obstrucción intestinal de difícil diagnóstico. Rev Esp Enf Dig. 2010;102(10):611-2.

