

Caso clínico

Hernia inguinal irreductible por diverticulitis sigmoidea complicada en saco herniario

Inguinal hernia irreductible due to complicated sigmoid diverticulitis in hernia sac



Luis Manuel Ruiz Sáenz, Joel Manzo Rincón, José Juan Rodríguez Moreno, Antonio Ruiz Fernández, Brenda Marisol Deniz Vázquez

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona N.º 1. Villa de Álvarez, Colima (México)

Recibido: 06-06-2019
Aceptado: 08-07-2019

Palabras clave:
Hernia, encarcerada, diverticulitis.

Keywords:
Hernia, incarcerated, diverticulitis.

Resumen

La presencia de una diverticulitis complicada manifestada como una hernia inguinal irreductible es uno de los hallazgos más raros reportados a nivel mundial en relación a una complicación de hernias.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años con un cuadro de 15 días de evolución con fiebre, diarrea, deterioro del estado general y aparición súbita de una masa en región inguinal izquierda que es intervenido de manera urgente. Se reporta la presencia de dos divertículos sigmoideos perforados; el primero, dentro de una hernia inguinal izquierda y un segundo divertículo contenido dentro del espacio prevesical de Retzius.

Abstract

The presence of a complicated diverticulitis manifested as an irreducible inguinal hernia is one of the most rare and reported findings worldwide in relation to a complication of hernias.

We present the case of a 69-year-old male patient with a 15-day history of fever, diarrhea, deterioration of the general condition and sudden onset of a mass in the left inguinal region. He was emergency operated and reported the presence of two diverticular perforation of sigmoid colon, the first one being within a left inguinal hernia and a second diverticulum contained at the Retzius prevesical space.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia: José Juan Rodríguez Moreno. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona N.º 1. Avda. Lapislázuli, 250. 28984 El Haya. Villa de Álvarez, Colima (México)
Correo electrónico: rodriguez_medicina@hotmail.com

Ruiz Sáenz LM, Manzo Rincón J, Rodríguez Moreno JJ, Ruiz Fernández A, Deniz Vázquez BM. Hernia inguinal irreductible por diverticulitis sigmoidea complicada en saco herniario. Rev Hispanoam Hernia. 2020;8(3):137-140

INTRODUCCIÓN

Una hernia irreductible puede ser una complicación potencialmente mortal y se considera como una indicación absoluta para cirugía de emergencia debido al riesgo de oclusión y estrangulación de los órganos o estructuras anatómicas involucradas¹. La incidencia estimada de hernias de la pared abdominal anterior en pacientes de más de 65 años es de 13 por cada 1000 personas. La mayor incidencia se da en hombres hasta los 75 años de edad¹. Es un diagnóstico común en pacientes que presentan una masa inguinal dolorosa y no reducible. El hallazgo habitual es un segmento de intestino delgado o, menos común, de colon; sin embargo, un gran número de procesos patológicos inusuales han sido registrados en la literatura². La presencia de un divertículo de colon dentro de una hernia inguinal es una etiología muy rara y encontramos solo un número limitado de casos reportados en la literatura mundial³.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 69 años, con antecedente de diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensión, ambas en tratamiento, sin antecedentes quirúrgicos.

Los síntomas comienzan 15 días antes de su ingreso, con dolor en la región inguinoescrotal izquierda, malestar general, evacuaciones diarreicas y aumento de volumen en la misma región. Acude al Servicio de Urgencias, donde se da manejo con hidratación y analgésicos. En el examen físico se encuentran datos de hernia inguinal izquierda irreductible con dolor de gran intensidad. Como estudios paraclínicos de relevancia presentaba: hemoglobina, 12.4 mg/dl; hematocrito, 40.5 %; leucocitosis, 12,400 cel/mm³; plaquetosis, 690,000 cel/mm³; tiempo de protrombina, 15.1; INR: 1.17; glucosa, 220 mg/dl; BUN, 16 mg/dl; creatinina, 1.2 mg/dl.

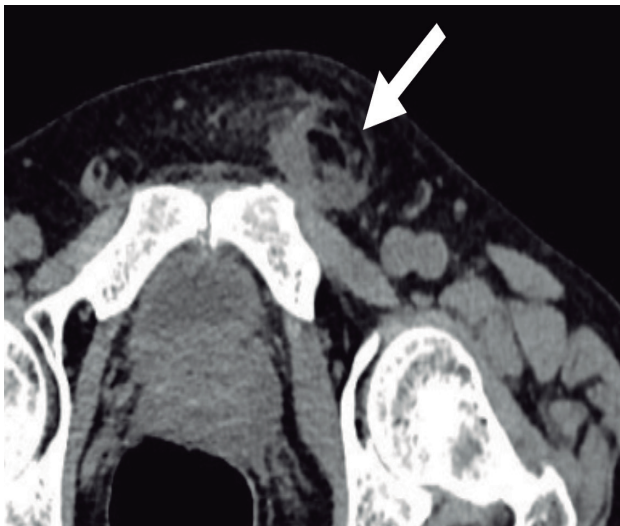


Figura 1. TAC simple de abdomen. Corte axial a nivel de pelvis que muestra masa inguinal izquierda con presencia de niveles hidroaéreos (flecha blanca).

El ultrasonido de la región inguinal reporta hernia inguinal izquierda encarcerada, sin datos de estrangulamiento. No se logra definir la probable etiología del contenido. La tomografía abdominopélvica simple reporta masa inguinal izquierda correspondiente a hernia inguinal encarcerada con presencia de niveles hidroaéreos sugestivos de absceso en dicha región (figs. 1 y 2), desplazamiento contralateral de vejiga, cambios inflamatorios en grasa pericólica a nivel de colon sigmoides, diverticulosis en colon descendente y sigmoides, sin presencia de aire libre ni líquido libre en la cavidad abdominal (fig. 3).

Se realizó abordaje quirúrgico en la región inguinal izquierda, en la que se encuentra divertículo de colon herniado con presencia de perforación en polo distal, sin lograr su reducción a través de anillo inguinal interno (fig. 4). Se procede a realizar abordaje a través de línea media infraumbilical. Al ingresar a la cavidad, se observa plastrón en hueco pélvico y fosa iliaca izquierda compuesto por asas intestinales, colon sigmoides y vejiga urinaria (fig. 5).

Se realiza adherenciólisis y se drena absceso de aproximadamente 50 ml de espacio prevesical. Se encuentra segundo divertículo con datos de inflamación y perforación distal (figs. 6 y 7). Debido a que ambos divertículos tenían sus bases respetadas, sin datos de peritonitis purulenta ni fecaloide, se decide dar manejo conservador y se realiza resección de los divertículos con ligadura e invaginación de las bases, que se encontraban sin inflamación. La reparación de la hernia inguinal se efectuó con técnica con tensión mediante una plastia simple de la pared posterior.

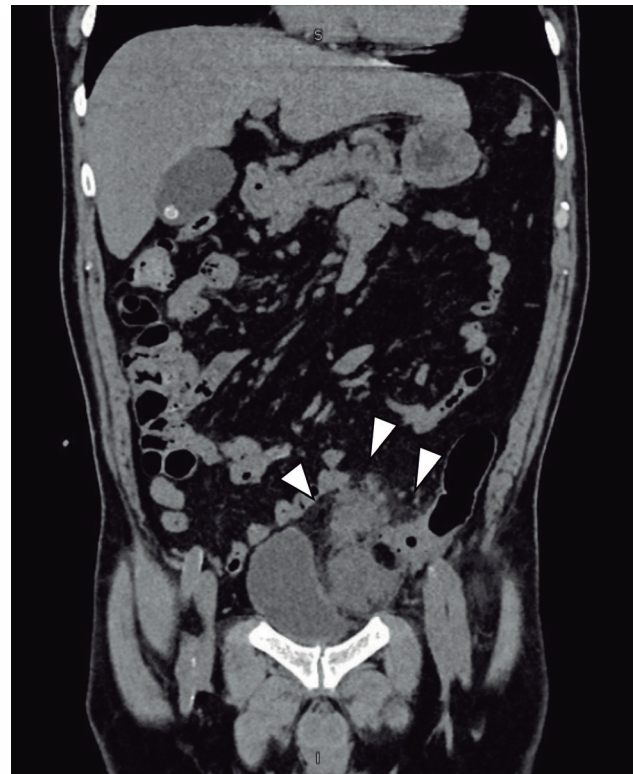


Figura 2. TAC simple de abdomen. Corte coronal. Se observa imagen sugestiva de absceso pericólico en colon sigmoides con desplazamiento contralateral de vejiga (cabezas de flecha).

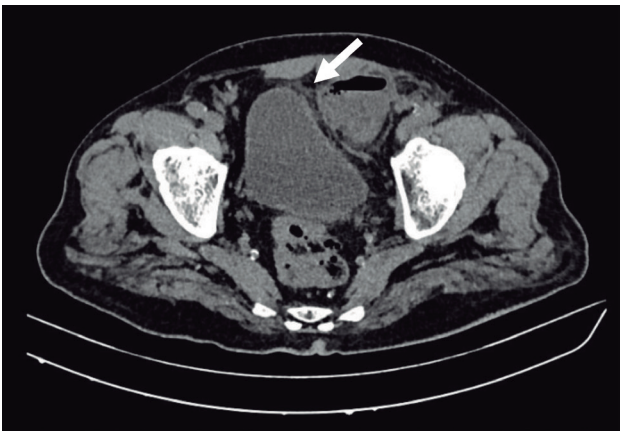


Figura 3. TAC simple de abdomen. Corte axial a nivel de pelvis que muestra masa intrapélvica con niveles hidroaéreos y desplazamiento de vejiga (flecha blanca).

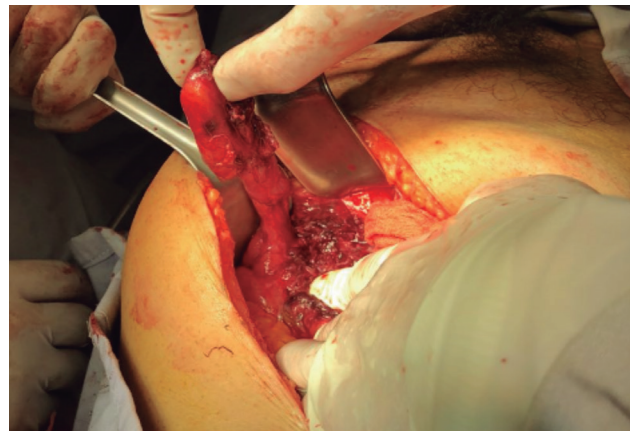


Figura 6. Segundo divertículo en espacio prevesical.

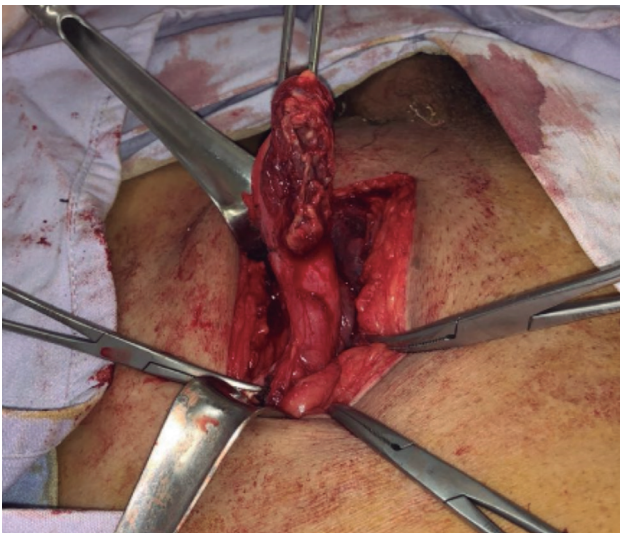


Figura 4. Divertículo perforado protruyendo a través de anillo inguinal externo izquierdo.

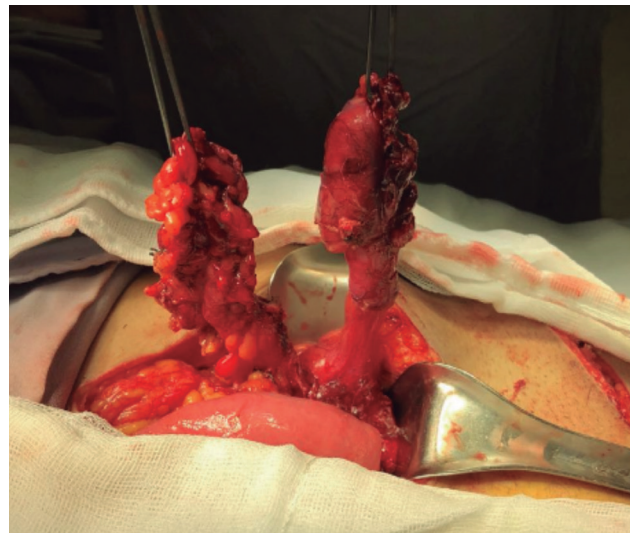


Figura 7. Segundo divertículo en espacio prevesical.

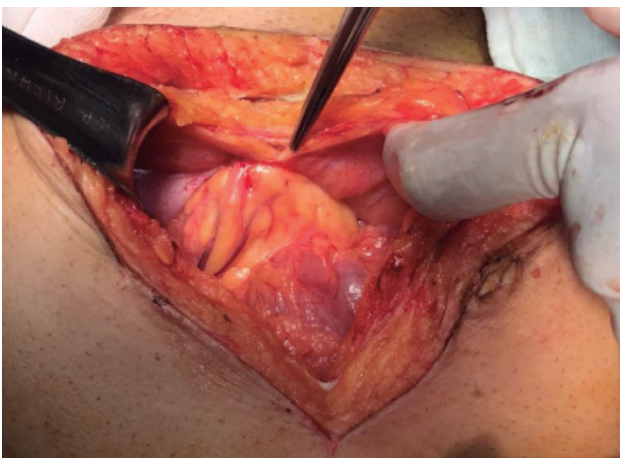


Figura 5. Plastrón en hueco pélvico.

En el segundo día tras la operación se reporta gasto fecaloide a través de drenajes abdominales y se procede a realizar laparotomía urgente, en la que se encuentra cavidad abdominal con presencia de peritonitis fecaloide. Se realiza procedimiento de Hartman con engrapadora TA 30 mm, sigmoidectomía y derivación del tránsito intestinal a través de estoma, exteriorizando el colon descendente. Es dado de alta 72 horas después de la cirugía, hemodinámicamente estable, con tolerancia a la vía oral, colostomía permeable y funcional. El diagnóstico de patología reporta: diverticulitis complicada, crónica agudizada e inflamación peridiverticular.

DISCUSIÓN

Existen múltiples reportes sobre hallazgos inusuales dentro de los sacos herniarios de hernias irreductibles o estranguladas⁴. Encontrar un caso de diverticulitis complicada manifestada como

hernia inguinal irreductible es uno de los más raros reportados en las bases de datos médicas mundiales. En su mayoría se trata de abscesos derivados de peritonitis purulenta que se introducen en el saco herniario, como los reportados por Girott JA⁵ o Liang TJ⁶. Si a lo anterior se agrega la presencia de un divertículo perforado dentro de la hernia, el número de casos en la literatura se reduce aún más: solo se encuentran los reportes de Kouraklis³ y Tufne MLA⁷ como uno de los pocos presentados en la literatura en inglés, y el caso de Yahchouchy⁸ como el único en reportar una diverticulitis de colon transversal dentro de una hernia inguinal irreductible.

En nuestro caso se reporta el hallazgo de un divertículo perforado dentro de una hernia inguinal izquierda irreductible, la misma que aparece de forma sincrónica con el cuadro clínico sugestivo de una diverticulitis, además de un segundo divertículo perforado dentro del espacio de Retzius. La evolución del cuadro clínico de la diverticulitis no corresponde con la de una diverticulitis complicada con peritonitis purulenta o fecaloide. A pesar de que los hallazgos durante la cirugía fueron divertículos con perforación y absceso, creemos que el divertículo irreductible fue el evento fundamental para evitar dicha complicación.

Independientemente del posible contenido dentro del saco herniario, la conducta a seguir es la cirugía de urgencia. En el caso de nuestro paciente, se ingresó bajo la sospecha de tener la presencia de un absceso dentro del saco herniario derivado de una diverticulitis complicada; sin embargo, el hallazgo fue aún más raro, ya que se encontraron dos divertículos perforados en sitios anatómicamente relacionados por el peritoneo parietal, se requirió de abordaje inguinal y posteriormente medio infraumbilical para poder esclarecer el diagnóstico y, a continuación, establecer la conducta terapéutica. Ya que la cavidad abdominal se encontraba libre de proceso inflamatorio, y ante la ausencia de peritonitis purulenta o fecaloide, se decidió realizar cirugía conservadora con el procedimiento ya mencionado y esquema antibiótico de amplio espectro⁹.

Respecto a la reparación de la hernia inguinal, existe controversia en las recomendaciones sobre el uso de mallas protésicas o el de técnicas con tensión en la reparación de una hernia que se presenta en este contexto (el riesgo de infección es la mayor preocupación para el cirujano). En nuestro caso, optamos por una técnica con tensión para corregir el defecto. Cabe mencionar que no se encontró dilatación del anillo inguinal interno. La evolución del paciente no fue favorable y, a pesar de mantenerse clínica y hemodinámicamente estable, comienza a las 48 h posquirúrgicas con reporte de gasto fecaloide a través del drenaje abdominal, por lo que se realiza nueva intervención, en la que se reporta como hallazgo transquirúrgico la presencia de peritonitis fecaloide. Se realiza sigmoidectomía y derivación de tránsito intestinal

con procedimiento de Hartman de acuerdo a lo recomendado en la literatura⁹. Se da de alta al paciente 72 h después de la cirugía para dar seguimiento de manera ambulatoria en la consulta externa, clínicamente estable y con colostomía funcional.

CONCLUSIÓN

Considerando la alta tasa de presentación en el Servicio de Urgencia de hernias irreductibles y estranguladas, concluimos que es de suma importancia que el cirujano general se encuentre familiarizado con su diagnóstico y abordaje. Además, deberá tener presente desde los diagnósticos más comunes encontrados dentro de sacos herniarios hasta los más raros reportados en la literatura ante el riesgo latente de los múltiples hallazgos durante la cirugía, procurando elegir el tratamiento de mayor beneficio y el que aporte mejor pronóstico para el paciente en ese momento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pešič I, Karanikolić A, Djordjević N, et al. Incarcerated inguinal hernias surgical treatment specifics in elderly patients. *Vojnosanit Pregl.* 2012;69(9):778-82.
2. Siram H, Ashish P, Ahmed AS, El Hakeem. Diverticular abscess presenting as a strangulated inguinal hernia: Case report and review of the literature. *The Uster Medical Society* 2007.
3. Kouraklis G, Glinavou A. Perforation of a solitary diverticulum of sigmoid colon in an incarcerated scrotal hernia. *Digestive Diseases and Sciences.* 2004;49.
4. Bunting D, Harshen R, Ravichandra M, et al. Unusual diagnoses presenting as incarcerated inguinal hernia: a case report and review of the literature. *Department of General Surgery. The Royal Sussex Country Hospital.* 2006.
5. Girotto JA, Shaikh AY, Freeswick PD. Diverticulitis presenting as a strangulated inguinal hernia. *Department of Surgery. Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Md., USA. Dig Surg.* 2002;19:67-70.
6. Liang TJ, Liu CM. Diverticulitis presenting as right incarcerated inguinal hernia. *Formosan Journal of Surgery.* 2014.
7. Tufnell ML, Abraham-Igwe C. A perforated diverticulum of the sigmoid colon found within a strangulated inguinal hernia. *Hernia.* 2008;12(4):421-3.
8. Yahchouchy-Chouillard EK, Aura TR, López YN, et al. Transverse Colon Diverticulitis simulating inguinal hernia strangulation: A first report. *Departments of Digestive Surgery and Radiology. Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy, France. Dig Surg.* 2002;19:408-9.
9. Feingold D, Steele SR, Lee S, et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2014;57(3): 284-94.