



## Nota clínica

# Hernia a través de la fascia posterior del recto: presentación de un caso y revisión de la bibliografía

## *Posterior rectus abdominis sheath hernia: case report and review of the literature*

**Maite Domínguez-Ayala<sup>1</sup>; Ángel Zorraquino González<sup>1</sup>; Ismael Díez del Val<sup>1</sup>; Iria Losada Docampo<sup>1</sup>; Maitane García Carrillo<sup>1</sup>; Begoña Ochoa Villabeitia<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Basurto, Bilbao (España)



**Recibido:** 03-05-2017

**Aceptado:** 22-06-2017

### Palabras clave:

Hernia, fascia posterior, recto abdomen.

## Resumen

La hernia espontánea a través de la fascia posterior del recto es probablemente el tipo de hernia más infrecuente de las que afectan a las paredes del abdomen, con unos pocos casos publicados desde 1937. Su baja incidencia conlleva una falta de conocimiento y su diagnóstico definitivo se realiza habitualmente durante la intervención quirúrgica. Presentamos el caso de un varón de 70 años con antecedentes de ascitis, que acude a urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal. Dada la rareza de la patología y la escasa bibliografía existente, resulta complicado unificar criterios sobre su diagnóstico y manejo óptimo. No obstante, consideramos que es necesario tener un conocimiento de esta para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento óptimo, según los requerimientos individuales del paciente. Se realiza una revisión histórica de los casos descritos en la bibliografía publicada sobre hernia a través de la fascia posterior del recto.

## Abstract

The spontaneous hernia through posterior rectus sheath is probably the rarest ventral hernia with a few cases reported in literature since 1937. Its low incidence implies a lack of knowledge about it and the definitive diagnosis is usually made in surgery room. We report a 70-year-old male patient with ascites history who goes to emergency room for intestinal obstruction symptoms. Due to the rarity of the pathology and the limited bibliography, it is difficult to unify criteria about its diagnosis and optimal management. In spite of this, we consider that it is necessary to have knowledge of it to make an early diagnosis as well as an optimal treatment according to the individual requirements of the patient. We carry out a historical review of the cases described in the literature of hernia through the posterior rectus sheath.

### Key words:

Hernia, posterior sheath, rectus abdominis.

\* Autor para correspondencia. Maite Domínguez-Ayala. Avda. Montevideo, 18. 48013, Bilbao (España).

Correo electrónico: [maidoay@gmail.com](mailto:maidoay@gmail.com)

2255-2677/© 2017 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.31>

## Introducción

La hernia de la vaina posterior del recto es, probablemente, el tipo de patología herniaria de la pared abdominal anterior más infrecuente. No hay muchos estudios publicados y todos se basan en casos clínicos. Los tratados clásicos de hernia no la describen como un proceso individual, sino que la clasifican como un subtipo de hernia interparietal, sin otorgarle un apartado propio<sup>1</sup>.

Habitualmente, el diagnóstico es intraoperatorio y, al ser una patología infrecuente, su conocimiento es muy limitado. Su clínica es inespecífica y se relaciona con patología urgente, de manera que su diagnóstico preoperatorio suele ser excepcional. El objetivo de este artículo es presentar nuestro caso clínico con una peculiaridad concreta, además de realizar una revisión de la bibliografía existente.

## Caso clínico

Paciente varón, de 70 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias por presentar varios episodios de vómitos, escasa tolerancia oral, ausencia de tránsito intestinal y dolor localizado en hipogastrio de dos días de evolución. Refería un cuadro similar hacia dos meses, que cedió sin tratamiento médico. Como antecedentes personales de interés destacaban cirrosis hepática con descompensaciones ascíticas, que en ocasiones requirieron paracentesis evacuadoras, además de sida de 20 años de evolución, con excelente respuesta a medicación antirretroviral. No tenía historia de intervenciones quirúrgicas previas.

A su llegada al Servicio de Urgencias las constantes estaban dentro de la normalidad, con una temperatura de 37 °C, una tensión arterial de 121/76 mmHg y una frecuencia cardíaca de 90 l. p. m. En la exploración física, el abdomen estaba distendido y timpánico, con dolor a la palpación en la región hipogástrica, sin

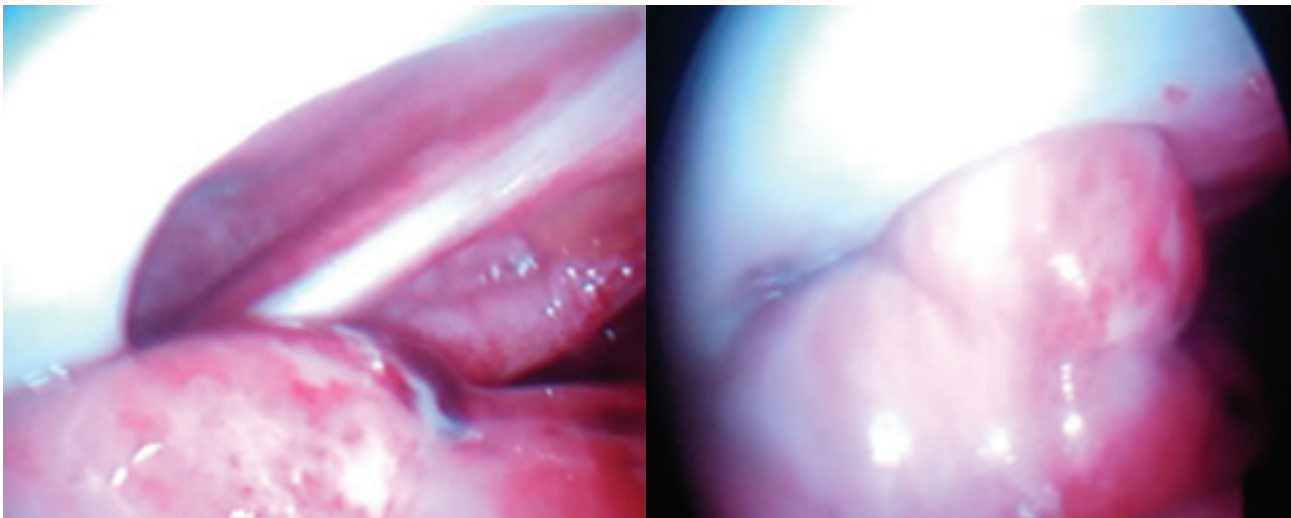
signos de peritonitis ni tumoraciones palpables, masas o megalias. El resto de los orificios herniarios estaban libres, y los valores de las pruebas analíticas, dentro del rango de la normalidad. Se solicitó un tac con contraste endovenoso, en el que se visualizó una zona de discontinuidad infraumbilical por donde protruía un asa de intestino delgado hacia el espacio preperitoneal, lo que provocaba dilatación retrógrada junto con líquido libre en el interior del saco y en cavidad. Todo ello condicionaba el cuadro de obstrucción intestinal (fig. 1). Se decidió tratamiento quirúrgico y, como abordaje, laparoscopia en un primer tiempo para establecer el diagnóstico definitivo, reducción de asas intestinales y revisión de cavidad abdominal.

Se introdujo un trocar de 5 mm en la zona supraumbilical y otro trocar de 5 mm en la zona de vacío izquierdo. Se identificó un amplio trayecto de intestino delgado dilatado junto a un segmento de unos 6 cm encarcerado hacia el espacio preperitoneal (fig. 2). Tras realizar maniobras suaves de tracción, se redujo el intestino delgado en su totalidad, con salida de una cantidad moderada de líquido ascítico contenido en el saco herniario. No se objetivaron zonas de isquemia en el asa afectada. Tras la completa reducción, se identificó un defecto de aproximadamente unos 5 × 3 cm de la fascia posterior del recto, situado en la línea media infraumbilical, distal al arco de Douglas. Finalmente, se decidió reparar el defecto combinando el abordaje laparoscópico con una incisión media en el punto exacto del defecto visualizado durante la laparoscopia. Tras comprobar la integridad de la fascia anterior del recto, accedimos a través de una incisión sobre ella al espacio preperitoneal, identificando el saco y realizando una plicatura de la fascia transversalis. Tras una cuidadosa disección del espacio retromuscular, se colocó una prótesis de polipropileno de 15 × 15 cm, similar a la técnica de Rives-Stopppa, con fijación a la vaina anterior del recto.

El posoperatorio transcurrió sin incidencias, con progresivo aumento de la tolerancia oral, restablecimiento del tránsito y sin dolor, por lo que fue dado de alta al séptimo día de la interven-



Figura 1.



**Figura 2.**

ción. Sin embargo, a los veinte días de la cirugía, el paciente fue admitido nuevamente en el Servicio de Urgencias con síntomas de oclusión intestinal. Tras una valoración inicial y con la sospecha de recidiva precoz, se indicó cirugía urgente. Se accedió mediante laparotomía media y, a través de la prótesis que fue escindida, se identificó un fallo en la plicatura. Se decidió escisión total del saco herniario desde su cuello tras la reducción de las asas de intestino delgado a la cavidad abdominal, que se encontraban indemnes. Se suturó el peritoneo junto con la fascia posterior con sutura continua de polidioxanona 2/0, y la prótesis, que se encontraba perfectamente preservada, con polipropileno 2/0.

Un mes después de la reintervención, el paciente se encontraba bien y sin síntomas, con una prueba de imagen de control sin alteraciones en la pared abdominal sugestivas de recidiva.

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la hernia a través de la vaina posterior del recto, centrándonos en una revisión histórica, la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento. La información se ha obtenido de bases de datos electrónicas (PubMed, Clinicalkey, etc.), utilizando las siguientes palabras clave: *hernia, fascia posterior, recto anterior, interparietal*. La gran mayoría de los artículos revisados eran casos clínicos.

### Revisión de la bibliografía publicada

Probablemente, la hernia a través de la vaina posterior del recto del abdomen es el tipo de hernia de la pared anterior del abdomen más infrecuente, con 9 casos descritos en la bibliografía desde que se describió por primera vez<sup>2</sup>. En los tratados clásicos de hernia existe una clasificación de las hernias interparietales o intersticiales refiriéndose al saco herniario que se sitúa entre los planos de la pared abdominal como un término genérico, sin especificar su situación concreta. Esta primera descripción fue utilizada por Goyrand en 1836<sup>1</sup>. Sin embargo, no fue hasta 1876 que Kröinlein, tras analizar 23 casos, definió el término de *hernia preperitoneal*, donde analizaba su etiología. Posteriormente, hubo un aumento del número de publicaciones referidas a las hernias intraparietales, y Lower y Hicken publicaron en 1931 una gran

serie con 590 casos de hernias interparietales de todos los tipos<sup>1</sup>. Estas lesiones han sido subdivididas en inguinopreperitoneales, cruropreperitoneales y preperitoneales simples<sup>1</sup>. En cambio, no se ha establecido ni ha formado parte de ninguna clasificación propia la patología referida a la vaina posterior del recto hasta 1937, por parte de López<sup>2</sup>. A partir de la fecha de su primera documentación, y de forma sorprendente, tan solo se han publicado 9 casos en la bibliografía. Un resumen de los artículos se presenta en la tabla 1.

La edad de los pacientes osciló entre 25-83 años, siendo 52 la edad media e incluyéndose siete mujeres (77 %) y dos varones. Todos los casos presentaron síntomas urgentes como dolor abdominal de grado variable, náuseas o vómitos, o con diferentes síntomas de obstrucción intestinal. Ninguno de los casos tenía antecedentes quirúrgicos, salvo un caso de histerectomía parcial no comprobado en su historial<sup>3</sup>. Del mismo modo, no hubo casos de antecedentes médicos de ascitis. La mayoría de los casos fueron diagnosticados mediante tac, salvo un caso de diagnóstico directo mediante laparotomía media<sup>2</sup>, dos casos con ecografía<sup>4,5</sup> y un caso de diagnóstico tras laparoscopia<sup>6</sup>. En cuanto a la localización, cinco de ellos se encontraban en cuadrantes superiores<sup>4,5,7,8,9</sup>, mientras que los otros cuatro se encontraban en cuadrantes inferiores<sup>2,3,6,10</sup>. En cuanto al contenido del saco herniario, la mayoría de los pacientes contenían asas de intestino delgado, siendo excepcional la presencia de herniación hepática<sup>8</sup>, probablemente secundaria a las biopsias realizadas. Por último, tres de los nueve pacientes no se trataron, bien por su alto riesgo quirúrgico<sup>8</sup>, bien por la ausencia de síntomas que precisaran reparación quirúrgica<sup>6</sup>. A todos los pacientes que se trataron les se reparó la pared abdominal con cierre directo del defecto tras resección de intestino delgado, en los casos que estuvo indicado. Ninguno de ellos tuvo reparación con malla protésica.

### Discusión

No hay datos multicéntricos sobre la incidencia de hernia espontánea a través de la vaina posterior del recto del abdomen, aunque podría ser aproximadamente del 0.03 %<sup>11</sup>. La vaina pos-

Tabla 1.

Autores	Sexo/edad	Método diagnóstico	Localización	Contenido del saco herniario	Reparación
Bentzon y Adamsen	V/54	Eco	Supraumbilical derecho	Epiplón	Cierre directo
Adeonigbagbe <i>et al.</i>	M/56	Tac	CSD	Hígado	Sin tratamiento
Gangi <i>et al.</i>	M/30	Eco	Supraumbilical	Lipoma	Sin tratamiento
Felfel <i>et al.</i>	M/50	Tac	CSI	ID	Cierre directo
Ahmed <i>et al.</i>	M/25	EF + laparoscopia	CID	Vacío	Sin tratamiento
Whitson y Ose	M/82	Tac	CSD	ID	Cierre directo
Losanoff <i>et al.</i>	V/83	Laparotomía	Infraumbilical	ID	Cierre directo
Aleksandr	M/39	Tac	CID	ID	Cierre directo
Lenobell <i>et al.</i>	M/51	Tac	CID	ID	Cierre directo

M: Mujer; V: Varón; CID: Cuadrante inferior derecho; CSD: Cuadrante superior derecho; ID: Intestino delgado; EF: Exploración física.

terior del recto por encima de la línea arcuata es más robusta, al estar formada por la aponeurosis del músculo transverso abdominal y la aponeurosis posterior del músculo oblicuo interno. Como resultado de los análisis biomecánicos, se ha identificado que el área más débil es inferior a la línea arcuata, localizada aproximadamente a un tercio de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis<sup>7</sup>. En este caso, la vaina posterior del recto está compuesta solo de fascia transversalis y, en consecuencia, susceptible de desarrollar hernias. Curiosamente, sin embargo, varios de los informes publicados de hernias de la vaina del recto describen la localización a nivel supraumbilical<sup>4,5,7,8,9</sup>. Se ha sugerido que una posible combinación entre la inserción lateral del músculo, zonas debilitadas de la fascia posterior y defectos debidos a estructuras microvasculares como nervios intercostales y transiciones de las arterias torácicas internas a epigástricas superiores pudieran contribuir a la formación de estas hernias<sup>9</sup>.

Independientemente de la situación concreta del defecto de la fascia posterior, la característica más común es que clínicamente no se aprecian tumoraciones a nivel abdominal, puesto que el saco herniario no protruye más allá de la fascia anterior<sup>5,7</sup>, salvo que haya asociado debilidad de esta<sup>6</sup>. Por lo tanto, debido a la ausencia de síntomas y signos específicos y dado que la manifestación más común es un grado variable de obstrucción intestinal, el diagnóstico definitivo será intraoperatorio. Si bien es verdad que los métodos de imagen apropiados como tac abdominopélvico o ecografía pueden llegar a visualizar el defecto, ni radiólogos ni cirujanos están lo suficientemente familiarizados con esta patología como para realizar un diagnóstico certero inicial, debido fundamentalmente a su rareza.

En cuanto al tratamiento en nuestro caso, así como en otro caso descrito en la bibliografía publicada<sup>6</sup>, se decidió realizar un abordaje abierto una vez confirmado el diagnóstico laparoscópico. Además, optamos por realizar un cierre mediante plicatura del saco herniario una vez reducido el contenido por laparoscopia, en lugar de abrir la cavidad abdominal, y un refuerzo con malla colocado a nivel preperitoneal. Optamos por colocar prótesis,

tal y como se describe en la reparación de hernia umbilical no complicada en pacientes con cirrosis hepática y ascitis<sup>12</sup> como método seguro y factible. Probablemente, y debido al aumento de la presión intraabdominal secundaria a su ascitis, nuestro primer intento de reparación no fue suficiente y durante el tratamiento quirúrgico de la recidiva se decidió resección de la totalidad del saco herniario para disminuir la posibilidad de una nueva recidiva.

Por otro lado, se han descrito casos de obstrucción intestinal secundaria al desarrollo de hernia intersticial en el espacio comprendido entre la fascia posterior y la malla protésica<sup>13,14</sup> tras colocación de una prótesis preperitoneal o técnica de separación anatómica de componentes posterior. Asimismo, en dos de los tres casos descritos el tratamiento de la complicación fue mediante abordaje laparoscópico. Si bien es cierto que estos casos se corresponden con una complicación de una intervención previa, y por lo tanto una patología diferente a la nuestra, no deja de tener similitudes anatómicas. Por un lado, según estos datos y nuestra experiencia, parece oportuno afirmar el hecho de que no reseca el saco herniario y solamente colocar una prótesis preperitoneal, como tratamiento único estaría desaconsejado en la hernia a través de la vaina posterior del recto, sobre todo en pacientes con comorbilidades que implican aumento de la presión intraabdominal como la ascitis. Por otro lado, el abordaje laparoscópico podría utilizarse en esta patología no solamente como método diagnóstico definitivo, sino como tratamiento mediante colocación de una prótesis bilaminar, cubriendo el defecto una vez cerrado este con sutura mediante laparoscopia. Pese a que la experiencia laparoscópica en esta patología es aún inexistente, según la propuesta realizada por Losanoff<sup>2</sup>, y ya previamente por Ahmed<sup>6</sup>, se podría plantear en determinadas situaciones como en aquellos casos en los que el defecto es lo suficientemente amplio como para no poder asegurar un cierre sin tensión.

En nuestra opinión, será difícil establecer un protocolo de actuación en esta patología, por lo que se debe individualizar cada caso y plantear el tratamiento ideal en cada situación, teniendo en cuenta no solo el tamaño del defecto, sino también

otros factores no menos importantes como las comorbilidades de cada paciente o la experiencia del cirujano. En abordaje abierto no recomendamos el uso de material protésico preperitoneal para la reparación herniaria únicamente, sino que la resección del saco herniario y el cierre directo deberían ser la norma. A su vez, si se valora reparación mediante abordaje laparoscópico, recomendamos sutura del defecto y colocación de prótesis bilaminar intrabdominal, sobre todo en caso de defecto amplio que implique cierre con tensión. Por último, en nuestra opinión, debido a las mejoras tanto en los métodos de imagen como de nuestro conocimiento sobre esta patología, es probable que en un futuro haya un aumento de los diagnósticos de esta patología. De esta forma, se podrán realizar estudios multicéntricos con seguimientos a largo plazo y desarrollar un protocolo sobre cuál es el mejor método de tratamiento.

## Referencias

- Nyhus. *Hernia*, 4.<sup>a</sup> ed.
- Losanoff JE, Basson MD, Gruber SA. Spontaneous hernia through the posterior rectus abdominis sheath: case report and review of the published literature 1937-2008. *Hernia J Hernias Abdom Wall Surg*. 2009;13(5):555-8.
- Lenobel S, Lenobel R, Yu J. Posterior rectus sheath hernia causing intermittent small bowel obstruction. *J Radiol Case Rep*. 2014;8(9):25-9.
- Bentzon N, Adamsen S. Hernia of the posterior rectus sheath: a new entity? *Eur J Surg Acta Chir*. 1995;161(3):215-6.
- Gangi S, Sparacino T, Furci M, Basile F. Hernia of the posterior lamina of the rectus abdominis muscle sheath: report of a case. *Ann Ital Chir*. 2002;73(3):335-7.
- Ahmed AR, Sharma A, Wellwood J. An unusual abdominal wall hernia. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005;87(5):W1-2.
- Felfel M, El Khoury M, Marboeuf Y, Strohl D, Menu Y. Incarcerated hernia through the posterior rectus sheath. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;185(5):1185-6.
- Adeonigbagbe O, Ali K, Bradnock H. Herniation of the liver through the rectus muscle presenting as persistent abdominal pain. *Am J Gastroenterol*. 2000;95(7):1841-2.
- Whitson BA, Ose KJ. Spontaneous posterior rectus sheath hernia: a new clinical entity? *Hernia*. 2007;11(5):445-7.
- Reznichenko AA. Case of Rare Abdominal Wall Hernia. *J Curr Surg*. 2014;4(3):99-100.
- Ganz E, Tazzioli G, Mosca D, Amorotti C, Speranza M. Ventrolateral hernias of the abdominal wall. The anatomicopathologic, clinical and therapeutic considerations. *Minerva Chir*. 1997;52(12):1441-5.
- Hassan AMA, Salama AF, Hamdy H, Elsebae MM, Abdelaziz AM, Elzayat WA. Outcome of sublay mesh repair in non-complicated umbilical hernia with liver cirrhosis and ascites. *Int J Surg Lond Engl*. 2014;12(2):181-5.
- Álvarez Gallezio JM, Schlottmann F, Sadava EE. Small Bowel Obstruction Secondary to Interstitial Hernia: Laparoscopic Approach. *Case Rep Surg*. 2015;2015:e780980.
- Carbonell AM. Interparietal hernias after open retromuscular hernia repair. *Hernia*. 2008;12(6):663-6.