



**Hernia interna a través del  
ligamento ancho del útero, una  
entidad a conocer: actualización  
de la literatura**

**Herniation of the broad ligament  
of the uterus: an entity to know.  
Literature update**

10.20960/rhh.00518

03/27/2023

## **Hernia interna a través del ligamento ancho del útero, una entidad a conocer: actualización de la literatura**

### **Herniation of the broad ligament of the uterus: an entity to know. Literature update**

Lara Artigues Puyadena, Ángel Zorraquino González, Amaia Expósito Rodríguez, Martín Amarelo García

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España)

Recibido: 18/08/2022

Aceptado: 25/10/2022

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

#### **RESUMEN**

**Introducción:** La hernia interna a través del ligamento ancho del útero (HLAU) es una causa inusual de obstrucción intestinal. El diagnóstico definitivo suele ser tardío y de forma intraoperatoria. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico y realizar una puesta al día de esta rara entidad.

**Caso clínico:** Mujer de 58 años con antecedentes de dos partos vaginales y anexectomía derecha que acude a Urgencias por obstrucción intestinal de 3 días de evolución. Inicialmente se opta por tratamiento conservador, que no es efectivo, por lo que tras 24h se decide realizar la intervención quirúrgica por empeoramiento clínico y radiológico. La cirugía se comienza por vía laparoscópica, confirmando como causa una hernia interna de intestino delgado a través del ligamento ancho izquierdo del útero, que se reduce y se sutura el defecto herniario. Durante la manipulación, ocurre un deserosamiento del asa herniada, por lo que se convierte para

reparar la lesión y revisar el lado contralateral, sin observar defecto en el ligamento derecho.

**Discusión:** Las hernias internas representan menos del 4 % de las obstrucciones intestinales y, de ellas, menos del 7 % son por hernias a través de defectos en el ligamento ancho uterino. Su rareza determina un bajo nivel de sospecha, lo que retrasa el diagnóstico y su tratamiento, favoreciendo así la morbilidad.

La HLAU es una patología que todo cirujano general debe tener en cuenta ante una mujer con antecedentes de trauma pélvico y cuadro de obstrucción intestinal. El diagnóstico etiológico de toda obstrucción no debe demorarse, ni tampoco su indicación quirúrgica. El abordaje abierto era lo habitual, pero actualmente la laparoscopia es una posibilidad con reconocidas ventajas para el paciente.

**Palabras clave:** Hernia del ligamento ancho del útero, hernia interna, obstrucción intestinal, laparoscopia.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Internal hernia through the broad ligament of the uterus is an unusual cause of intestinal obstruction. The definitive diagnosis is usually late, and is commonly made intraoperatively. The aim is to introduce a clinical case and make an update of this rare hernia.

**Case report:** A 58-year-old woman with a history of two vaginal deliveries and right anexectomy with 3 days evolution intestinal obstruction. Conservative treatment is chosen, which is not effective after 24 hours, so urgent surgical intervention is decided due to clinical and radiological deterioration. Surgery was initiated laparoscopically, seeing an internal hernia of the small intestine through the left broad ligament of the uterus, which is reduced without the need for resection, and the hernia defect is sutured. During the revision of the small bowell, a deserosation occurs, so a

small laparotomy is made to repair the damage and review the contralateral ligament, which has no defect.

**Discussion:** Internal hernias represent less than 4 % of intestinal obstructions, and within internal hernias, less than 7 % are due to defects through the broad uterine ligament. Their oddity determines a low level of suspicion, a delayed diagnosis and an increased morbidity.

The herniation of the broad ligament of the uterus is a pathology that all surgeons must consider in women with history of pelvic trauma and intestinal obstruction. The etiological diagnosis must not be delayed, either the surgical indication. Until now, laparotomy was used for the repair, but actually the laparoscopy is considered a possibility with its recognized advantages.

**Keywords:** Broad ligament of the uterus, internal hernia, intestinal obstruction, laparoscopy.

## INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es un motivo de consulta frecuente en cualquier servicio de urgencias. El 15 % de los dolores abdominales se deben a obstrucciones intestinales (OI). Las causas más frecuentes de estas obstrucciones son el síndrome adherencial, las neoplasias y las hernias encarceradas. Entre el 0.5 y el 4 % de las OI se deben a hernias internas y, dentro de este porcentaje, un 4-7 % se producen a través del ligamento ancho del útero<sup>1,2</sup>. Por lo tanto, llegamos a la conclusión de que las HLAU son la causa de menos del 0.003 % de las OI y del 0.0003 % de los dolores abdominales agudos. Dicho esto, queda reflejado que se trata de una entidad extremadamente inusual de la que apenas se han publicado un centenar de casos.

La HLAU se define como la protrusión de una víscera intraabdominal a través de un defecto en la estructura de apoyo del útero<sup>3</sup>. Se han propuesto dos clasificaciones según la posición anatómica y el tipo de defecto<sup>3,4</sup>. La clasificación de Hunt considera dos opciones: 1)

*fenestrada*, si la herniación es completa a través de las dos hojas peritoneales, o 2) *bolsón*, si solo es a través de una de las hojas peritoneales, con lo que el contenido herniario queda limitado entre ambas capas del peritoneo.

Por su parte, la clasificación de Cilley propone tres variantes: 1) si el defecto se encuentra en la zona más amplia del ligamento ancho del útero; 2) si está en el mesosálpinx o mesovario, y 3) si se localiza en el meso del ligamento redondo. Un defecto en el ligamento ancho del útero puede ser causa de dolor pélvico crónico por sí mismo, conocido como síndrome de Allen-Masters<sup>5</sup>. Por lo tanto, estos defectos no han de conocerlos únicamente los cirujanos, sino que también cobran interés para radiólogos, ginecólogos y médicos generales.

Respecto a la etiopatogenia de la HLAU, esta hernia puede ser de dos tipos<sup>6</sup>: 1) *congénita*, en mujeres nulíparas, sin historia de cirugía o infección pélvica, que suele producirse por rotura de un quiste dentro del ligamento ancho, consecuencia de la persistencia del conducto de Müller, o b) *adquirida*, en mujeres con embarazos repetidos, trauma obstétrico, cirugía o inflamación pélvica.

El contenido herniario suele ser intestino delgado en el 90 % de los casos, aunque también se han descrito casos de sigma, ovario, ciego, epiplón y uréter<sup>3</sup>. La HLAU provoca una clínica inespecífica, típica de la OI, como puede ser dolor abdominal, distensión, vómitos y estreñimiento. La TC abdominopélvica se considera la técnica de elección para el diagnóstico, aunque este resulta difícil de determinar de forma preoperatoria. Por lo tanto, en la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico definitivo se obtiene dentro del quirófano. Hoy en día, gracias a las reconstrucciones en 3D de la TC, cada vez resulta más fácil poder llegar a un diagnóstico preoperatorio<sup>1</sup>.

La HLAU se considera una hernia de alto riesgo, ya que la probabilidad de estrangulamiento del órgano herniado es muy alta. Por lo tanto, el tratamiento es siempre quirúrgico y consta de los siguientes puntos: reducción de la hernia (con o sin resección), cierre del defecto y exploración del lado contralateral<sup>2</sup>. En los casos

sencillos puede optarse por la cirugía laparoscópica, mientras que, si hay sospecha de isquemia, gran dilatación de asas, adherencias o enfermedad inflamatoria intestinal, se aconseja la vía abierta<sup>1</sup>.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso reciente y hacerlo de forma estructurada siguiendo la última actualización de las guías SCARE (2020)<sup>7</sup>.

## **CASO CLÍNICO**

Se presenta el caso clínico de una mujer de 58 años con antecedentes de dos partos vaginales, colecistectomía y anexectomía derecha que acude al servicio de urgencias por cuadro compatible con OI. Presenta dolor en hemiabdomen inferior de 3 días de evolución, acompañado de náuseas, vómitos y estreñimiento. En la exploración nos encontramos a una paciente hemodinámicamente estable y afebril. El abdomen es timpánico y distendido, aunque blando y depresible, sin dolor a la palpación.

La analítica de sangre muestra discreta leucocitosis (12 000 leucocitos). Se le realiza una TC abdominal en la que se aprecia dilatación de asas del yeyuno e íleon proximal de hasta 35 mm, con cambio de calibre en la fosa ilíaca izquierda adyacente a anejo izquierdo, en probable relación con bridas (Fig. 1).

Ante dichos hallazgos, se mantiene a la paciente en observación con dieta absoluta y sonda nasogástrica. 24 horas más tarde, el tratamiento conservador no ha sido efectivo. La paciente presenta varios episodios de vómitos y la radiografía abdominal de control muestra aumento de la dilatación de asas, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente.

Se comienza la intervención por vía laparoscópica. Se observan las asas del intestino delgado dilatadas. Desde la válvula ileocecal, retrógradamente, se inspecciona el intestino delgado. En el íleon proximal se observa un cambio de calibre en la región pélvica, que, tras realizar una disección roma, se comprueba que se trata de una hernia interna a través del ligamento ancho izquierdo uterino. Se



reduce el asa y se ve que presentaba un bucle sobre su propio eje, que se consigue corregir, y el intestino recupera su coloración normal. Se revisa el resto del intestino delgado y se cierra el defecto herniario con monocryl 3/0. Durante la revisión del resto del intestino delgado se produce un pequeño deserosamiento yatrogénico, por lo que se decide pasar a vía abierta mediante incisión de Pfannenstiel para valorar bien la lesión y proceder a su correcta reparación (Figs. 2 y 3). Durante el posoperatorio, la paciente presenta una evolución lenta, aunque satisfactoria, por lo que se le da de alta al séptimo día. Dos meses más tarde es vista en consultas externas para control. La paciente se encuentra asintomática, sin complicaciones de la herida quirúrgica, por lo que se le da el alta.

## **DISCUSIÓN**

Las causas más frecuentes de OI son el síndrome adherencial, las hernias encarceradas y las neoplasias intestinales. Las hernias internas son causa de las OI únicamente en el 1-4 % de los casos. Se trata de herniaciones a través de orificios naturales o artificiales de la cavidad peritoneal. Las más comunes son las hernias paraduodenales y las del foramen de Winslow<sup>8</sup>. Entre el 4-7 % se deben a hernias a través del ligamento ancho del útero. Se trata, pues, de una patología con una incidencia muy baja. El primer caso fue descrito por Quain en 1861 durante una autopsia y no fue hasta 1933, 70 años más tarde, cuando se describió la técnica quirúrgica de la mano de Gray<sup>9</sup>. La primera revisión la realizó por Hansmam en 1939. Hasta el año 2012 había aproximadamente 80 casos publicados a nivel mundial<sup>3</sup> y en la actualidad no superan los 130 casos, según la literatura revisada<sup>9</sup>.

La HLAU puede ser de diferentes tipos, dependiendo de la clasificación que utilicemos. En el caso de nuestra paciente, se trataría de una hernia de tipo 1 en la clasificación de Cilley, la más frecuentemente publicada<sup>9</sup>, y de tipo bolsón en la de Hunt, menos frecuente que la fenestrada<sup>8</sup>, ya que la hernia se encontraba a través de la zona más ancha del ligamento y atravesando una única hoja

peritoneal, con lo que quedaba atrapada entre ambas capas. El defecto del ligamento ancho suele ser unilateral, como en nuestra paciente, aunque se ha descrito la posibilidad de hernia bilateral. No se han publicado recidivas. Tampoco se han descrito casos de diagnóstico incidental del defecto del ligamento ancho durante la realización de laparoscopia por otro motivo, por lo que no hay evidencia de su manejo ni de su indicación de cierre<sup>2</sup>, aunque Demir H. y cols.<sup>8</sup> recomiendan su reparación para así evitar complicaciones futuras.

Lo que resulta curioso de nuestro caso es que el antecedente quirúrgico, la anexectomía, fue en el anejo derecho, mientras que el defecto del ligamento ancho se presentó en el lado izquierdo. Suponemos que en la cirugía de la trompa derecha ocurrió algún tipo de traumatismo sobre el lado contralateral. Además, esta paciente también tenía antecedentes de partos múltiples, pudiendo ser otro posible origen del traumatismo pélvico.

La clínica del caso presentado fue de una OI. Teniendo en cuenta los antecedentes de cirugía abdominal de la paciente, tanto los radiólogos como los cirujanos pensamos que se trataba de un síndrome adherencial, ya que ello supone la causa más frecuente de OI. Este error en el diagnóstico es frecuente y conlleva una demora en el tratamiento quirúrgico. Lo habitual es comenzar por un manejo conservador de la obstrucción dada la alta sospecha del cuadro adherencial.

La mayoría de las veces el diagnóstico definitivo se conoce en la operación, por lo que es de vital importancia conocer bien esta patología y, sobre todo, sospechar su presencia ante cualquier cuadro obstructivo en una mujer con antecedentes de traumatismo pélvico para no demorar la cirugía y asegurar la viabilidad intestinal<sup>8-10</sup>. Hay que tener en cuenta que alrededor del 20 % de las pacientes con HLAU no presentan antecedentes obstétricos ni quirúrgicos. La mayoría de estos son defectos congénitos<sup>9</sup>.



La cirugía consta de tres puntos claves: reducción de la hernia, cierre del defecto y exploración de la totalidad del ligamento ancho de ambos lados, ya que se han descrito casos de múltiples defectos<sup>9</sup>.

Aunque el abordaje tradicional por vía abierta ha demostrado su eficacia, si sospechamos esta entidad el abordaje laparoscópico podría ser perfectamente válido, salvo en situaciones de gran dilatación de asas o alta sospecha de isquemia intestinal, en los que pudiera ser necesaria una resección<sup>1</sup>. Toolabi y cols.<sup>11</sup> defienden el uso de la laparoscopia en las hernias internas de cualquier origen, siempre teniendo en cuenta las características del paciente y la experiencia del cirujano. Sugishita y cols.<sup>12</sup> sugieren los siguientes puntos claves para poder realizar un abordaje laparoscópico seguro en las HLAU: que la TC no muestre datos de isquemia, que haya podido realizarse descompresión intestinal antes de la cirugía y que se confirme el diagnóstico de HLAU mediante TC. Se ha estimado que la tasa de conversión de laparoscopia a laparotomía debida a la dilatación de asas intestinales en casos de OI es del 22-49 %. Esto puede evitarse realizando descompresión prequirúrgica mediante una sonda nasogástrica, como fue en el caso de nuestra paciente. Establecer el diagnóstico definitivo mediante TC resulta difícil, pero Kosaka y cols. proponen los siguientes signos radiológicos para ayudarnos en el diagnóstico: 1) asas de intestino delgado dilatadas con nivel hidroaéreo en la pelvis, y 2) asas de intestino delgado comprimiendo el rectosigma desde la cara dorsolateral y el útero desde la cara ventral<sup>13</sup>.

La vía laparoscópica fue introducida por Guillem en 2003 y en España por García-Orio en 2007, quienes han demostrado su utilidad y seguridad. En nuestro caso pudimos completar el tratamiento de la hernia, pero para asegurar el tratamiento de una posible lesión intestinal se decidió convertir a una vía abierta para explorar todo el intestino dilatado. Pensamos que una indicación precoz del abordaje laparoscópico puede beneficiar a este tipo de pacientes<sup>14-16</sup>.

## **RECOMENDACIONES**

- Sospechar hernia del ligamento ancho en toda mujer con antecedente de cirugía pélvica y cuadro de OI o dolor pélvico crónico<sup>5,8</sup>.
- Intentar el diagnóstico etiológico de toda OI en urgencias, antes de su ingreso, mediante TC.
- No mantener el tratamiento conservador sin una clara mejoría clínica y radiológica. No demorar la cirugía.
- Valorar el abordaje laparoscópico de forma precoz siempre que no exista una excesiva distensión o signos clínicos de sepsis.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Zemour J, Coueffe X, Fagot H. Herniation of the broad ligament... And the other side? IJSCR. 2019;65:354-7.
2. Frederick A, Slezak and Thomas M., Schlueter. Hernia of the broad ligament of the uterus. En: Nyhus LM, Condon RE (editors). Hernia (fourth edition). Philadelphia (USA): JB Lippincot Company; 1994.
3. Moreno Egea A. Hernias pélvicas. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. Eventraciones: otras hernias de pared y cavidad abdominal (1.ª edición). Asociación Española de Cirujanos; 2012. p. 708-10.
4. Bernal Eusse A, Restrepo Molina R, Bernal Cuartas C, et al. Two cases of congenital foramina in the broad ligament of the uterus with small bowel hernias and reversible intestinal distress. Rev Col Gastroentero. 2012;27:52-7.
5. Zivi E, Maor-Sagy E, Ben-Shushan A, et al. Chronic pelvic pain and Allen-Masters syndrome. Harefuah. 2009;148:424-6.
6. Karmali S, Zurawin RK, Sherman V. Herniation through the broad ligament. CMAJ. 2010;182(2):174.
7. Agha RA, Franchi T, Sohrabi C, et al; for the SCARE Group. The SCARE 2020 Guideline: Updating Consensus Surgical Case Report (SCARE) Guidelines. IJS. 2020;84:226-30.

8. Demir H, Scoccia B. Internal herniation of adnexa through a defect of the broad ligament: case report and literature review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(1):110-2.
9. Sajan A, Hakmi H, Griep DW, et al. Herniation Through Defects in the Broad Ligament. *JLS.* 2021;25(2):e2020.00112.
10. Ohno S, Chikaishi W, Sugimoto T, et al. An incarcerated internal hernia of the sigmoid colon through a defect in the broad ligament: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;85:106169.
- 11: Toolabi K, Abbas Zamanian, Parsaei R. Bowel obstruction caused by broad ligament hernia successfully repaired by laparoscopy. *Ann R Coll Surg Engl* 2018;100:94-6.
- 12: Sugishita T, Kato S, Ishikawa A, et al. Less invasive treatment for broad ligament hernia: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;73:172-5.
- 13: Kosaka N, Uematsu H, Kimura H, et al. Utility of multi detector CT for pre-operative diagnosis of internal hernia through a defect in the broad ligament. *Eur. Radiol.* 2007:1130-3.
14. Bangari R, Uchil D. Laparoscopic management of internal hernia of small intestine through a broad ligament defect. *J Minim Invasive Gynecol* 2012;19(1):122-4.
15. Matsunami M, Kusanagi H, Hayashi K, et al. Broad ligament hernia successfully treated by laparoscopy: Case report and review of literature. *Asian J Endosc Surg* 2014;7(4):327-9.
16. Vyrdal CD, El-Hussuna A. Laparoscopically treated small bowel obstruction due to internal herniation through the broad ligament. *Pol Przegl Chir.* 2014;86(8):377-9.

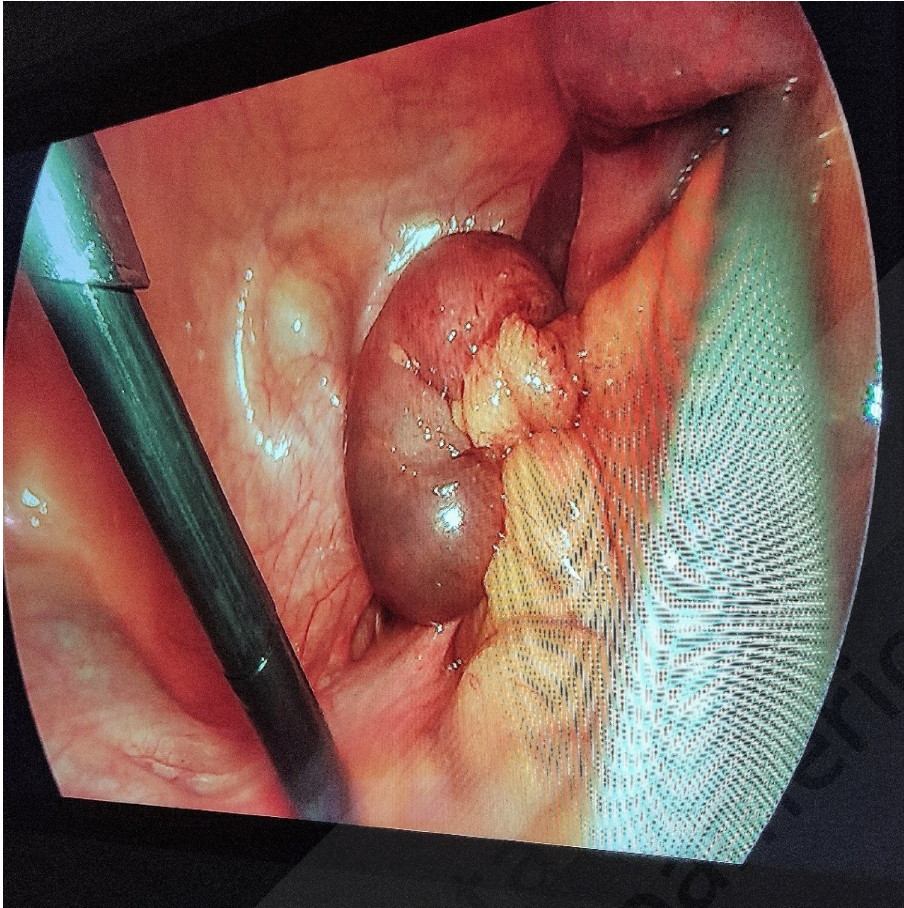


**Figura 1.** TC abdominal: asas de intestino delgado dilatadas. Cambio de calibre adyacente a anejo izquierdo.



**Figura 2.** Imagen laparoscópica: asa de intestino delgado herniada a través de un defecto del ligamento ancho del útero.





**Figura 3.** Imagen laparoscópica: asa herniada reducida que presenta bucle sobre sí misma. El asa presenta signos de sufrimiento intestinal. Se aprecia el defecto del ligamento ancho.