

## Caso clínico

# Hernia interparietal preperitoneal estrangulada: presentación de un caso y revisión de la bibliografía



## *Interparietal preperitoneal strangled hernia: case report and review of the literature*

**Víctor Echenagusia Serrats, Jaione Sáez de Ugarte Sobrón, Maite Camuera González, Ruth Bustamante Mosquera, Ernesto Martín Martín, María Balluerca Alba**

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz (España)

### Resumen

Se presenta un caso clínico de obstrucción intestinal por una hernia preperitoneal monocular estrangulada en un paciente varón de 65 años sin masas palpables a la exploración física.

El objetivo consiste en presentar este caso clínico y realizar una revisión de la literatura sobre los aspectos más relevantes de esta patología tan poco frecuente. Las hernias interparietales suponen el 0.01-1.6 % de todas las hernias inguinales. Se definen como aquellas en las que el saco se sitúa entre las capas del abdomen, y pueden tener una disposición preperitoneal, intersticial y superficial. Se han relacionado con testículos ectópicos, no descendidos, así como con malformaciones del proceso peritoneo-vaginal y la presencia o ausencia de un orificio inguinal profundo estrecho. Asimismo, la presencia de un saco con componente monocular o bilocular deriva en implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Su diagnóstico es complejo y suelen debutar como un cuadro de obstrucción intestinal. En las hernias preperitoneales con componente monocular la ausencia de masa palpable dificulta aún más su sospecha. El tratamiento quirúrgico es mandatorio. Debe asegurarse una revisión completa del canal inguinal y el reforzamiento del orificio miopectíneo de Fruchaud.

En este caso, previa reducción del saco y después de comprobar la viabilidad del contenido intestinal, se realizó una hernioplastia con abordaje extraperitoneal por laparotomía media con fijación de la malla en el espacio preperitoneal, así como una hernioplastia anterior tipo Lichtenstein, en la que no se objetivó saco bilocular alguno en el cordón espermático ni ningún tipo de malformación congénita.

**Recibido:** 09-03-2020

**Aceptado:** 25-03-2020

#### Palabras clave:

Hernia, preperitoneal, interparietal, monocular.

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

\*Autor para correspondencia: Víctor Echenagusia Serrats. Hospital Universitario de Álava. Calle Jose Atxotegi, s/n. 01009 Vitoria-Gasteiz (España).

**Correo electrónico:** [Bittor\\_01@hotmail.com](mailto:Bittor_01@hotmail.com)

Echenagusia Serrats V, Sáez de Ugarte Sobrón J, Camuera González M, Bustamante Mosquera R, Martín Martín E, Balluerca Alba M. Hernia interparietal preperitoneal estrangulada: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Hispanoam Hernia. 2022;10(4):192-195

## Abstract

We present a 65-year-old male patient with no masses palpable at physical examination who presents a preperitoneal monolocular hernia strangled causing a bowel obstruction.

The objective is to present a clinical case and carry out a review of the literature on the most relevant aspects of this rare pathology. Interparietal hernias account for 0.01-1.6 % of all groin hernias. They are defined as those in which the sac is located between the layers of the abdomen, being able to have a preperitoneal, interstitial and superficial arrangement. It has been linked to ectopic, undescended testicles, as well as malformations of the peritoneum-vaginal process and the presence of a narrow deep inguinal ring. In addition, the presence of a monolocular or bilocular sac results in diagnostic and therapeutic implications. The diagnosis is complex and they usually debut as a bowel obstruction. In preperitoneal hernias with monolocular sac, the absence of palpable mass makes suspicion difficult and delays diagnosis. Surgical approach is mandatory, with a complete revision of the groin and reinforcing myopectineal orifice of Fruchaud.

In this case, after reduction of the sac and checking the viability of the bowel, a hernioplasty by extraperitoneal approach was performed with fixation of the mesh in the preperitoneal space. In addition, a Lichtenstein hernioplasty was performed. Neither bilocular sac was found in the spermatic cord nor was any type of congenital malformation identified on the inguinal canal.

### Keywords:

Hernia, preperitoneal, interparietal, monolocular.

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las hernias de la región inguinal, las hernias interparietales suponen un raro tipo de entidad, ya que representan el 0.01-1.6 % de todas las hernias inguinales<sup>1,3</sup>. Estas se definen como aquellas en las que el saco se sitúa entre las capas del abdomen<sup>4</sup>. Su diagnóstico es complejo y suelen debutar como un cuadro de obstrucción intestinal<sup>3</sup>. En las hernias preperitoneales con componente monolocular la ausencia de masa palpable dificulta aún más su sospecha<sup>1</sup>. El tratamiento es quirúrgico<sup>1</sup>. Debe asegurarse una revisión completa del canal inguinal<sup>7</sup> y el reforzamiento del orificio miopectíneo de Fruchaud para tratarlo de manera integral. El objetivo principal es presentar una hernia preperitoneal monolocular estrangulada y realizar una revisión de la literatura descrita.

## CASO CLÍNICO

Presentamos un varón de 65 años sin antecedentes de interés que ingresa por vómitos, distensión y dolor abdominal. Analítica sin hallazgos destacables. La TAC (fig. 1) rebela una obstrucción de intestino delgado, en asa cerrada, con un pequeño saco herniario adyacente a orificio inguinal izquierdo sin invadir el canal inguinal. A la exploración física no se palpaban hernias ni masas.

Ante los hallazgos se decide realizar una laparotomía exploradora en la que se observa una hernia interparietal preperitoneal con 20 centímetros de íleon distal encarcerados en asa cerrada con líquido de sufrimiento (fig. 2). Se reduce el paquete herniado con una rápida recuperación de color y tono.

Se realizó una hernioplastia con abordaje extraperitoneal y se procedió a la apertura del saco, la fijación de la malla en el espacio preperitoneal, la resección y la ligadura del saco remanente. Para una correcta exploración del canal inguinal, se realizó de manera complementaria una hernioplastia tipo Lichtenstein por inguinotomía anterior, en la que, tras parietalizar el cordón espermático, no se objetivó saco bilocular alguno que invadiera el canal inguinal ni ningún tipo de malformación congénita, así como una localización correcta del testículo.

Posoperatorio sin incidencias, con tolerancia oral progresiva y buen control del dolor. Afebril y estable, se da de alta al día sexto día posoperatorio.

## DISCUSIÓN

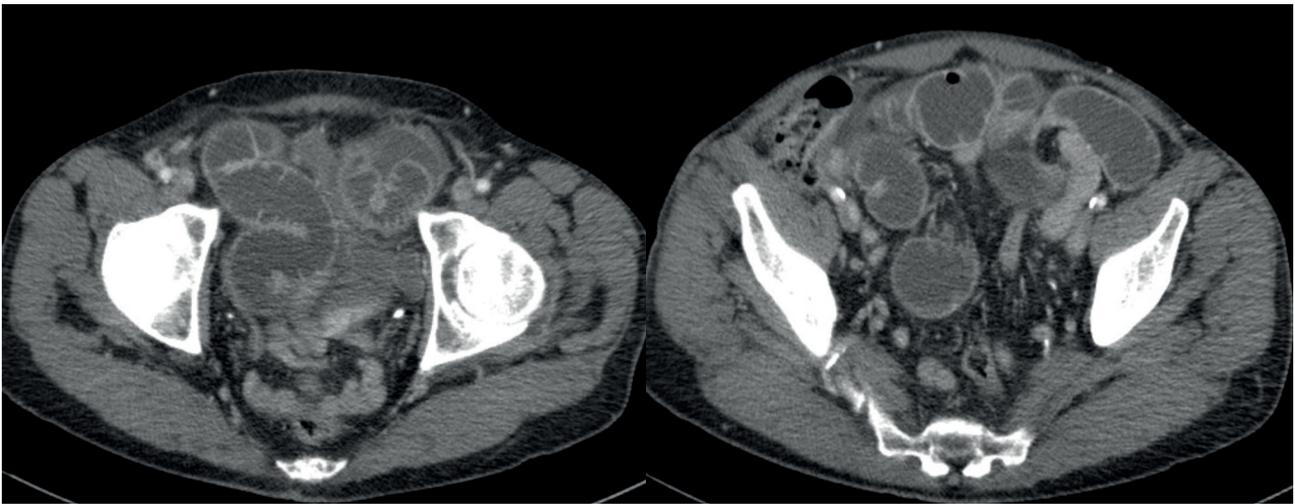
Las hernias interparietales hacen referencia a aquellas en las que el saco herniario se encuentra entre las diferentes capas del abdomen<sup>1,4,7</sup>. La primera descripción la realizó Bartholino en 1661 y representan el 0.01-1.6 % de todas las hernias inguinales<sup>1,3</sup>.

En los tratados clásicos de hernia existe una clasificación de las hernias interparietales o intersticiales en la que se hace referencia al saco herniario que se sitúa entre los planos de la pared abdominal como un término genérico, sin especificar su situación concreta<sup>8</sup>. Esta primera descripción fue utilizada por Goyrand en 1836. Sin embargo, no fue hasta 1876 que Kröinlein, tras analizar 23 casos, definió el término de hernia preperitoneal, en el que analizaba su etiología<sup>8</sup>. Asimismo, su pupilo Goebel, en 1900, actualizó los casos publicados, hasta 69<sup>7</sup>. Posteriormente, hubo un aumento del número de publicaciones referidas a las hernias interparietales, y Lower y Hicken publicaron en 1931 una gran serie con 590 casos de hernias interparietales de todos los tipos<sup>8</sup>.

Asimismo, para simplificar y comprender mejor su clasificación, Fuld clasificó las hernias interparietales de la región inguinal según la posición anatómica del saco en 3 grupos<sup>7</sup>. Preperitoneales, cuando el saco se encuentra entre el peritoneo y la fascia transversalis<sup>1,7</sup>; intersticiales, cuando el saco queda atrapado en cualquier capa del canal inguinal (fascia transversalis, músculo transverso, oblicuo interno o externo)<sup>7</sup>. Este tipo de hernias son las más frecuentes: representan el 60 %<sup>2,5</sup>. Por último, las de tipo superficial, cuando el saco peritoneal se aloja entre la aponeurosis del oblicuo externo y la piel<sup>7</sup>.

Originalmente, autores como Moynihan y Halstead afirmaban que todas las hernias interparietales debían de ser biloculares; es decir, un saco peritoneal con dos *loci* que pudieran estar a diferentes niveles o capas de la región inguinal, siempre y cuando uno de los *loci* invadiera el canal inguinal. Sin embargo, posteriormente se reportaron casos con sacos monoloculares; es decir, con un único *locus*, sin la necesidad de invasión del canal inguinal<sup>1,7</sup> (fig. 3).

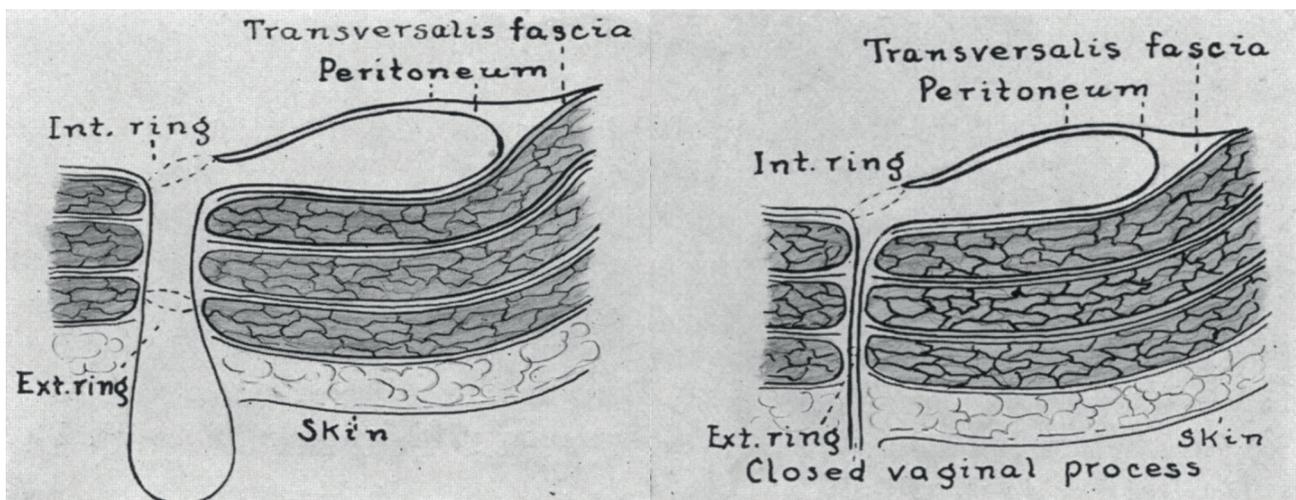
Se ha visto asociado a testículos ectópicos, no descendidos, quistes de Nuck, hernias inguinales congénitas, malformaciones del proceso peritoneo-vaginal en distintos niveles del canal inguinal, divertículos peritoneales congénitos y presencia o ausencia de un orificio inguinal profundo estrecho del mismo<sup>1,3,7</sup>. No obstante, se han descrito hernias preperitoneales en varones sin fallos en el descenso testicular y en mujeres<sup>1</sup>.



**Figura 1.** TAC abdominopélvico. En el lugar de obstrucción, se observa un corto segmento de asa obstruido en dos puntos, lo que indica obstrucción en asa cerrada. El asa cerrada se encuentra dentro de un saco herniario lleno de líquido localizado adyacente al orificio inguinal interno izquierdo.



**Figura 2.** Intraoperatorio. Nótese el asa estrangulada «asa cerrada» por hernia interparietal preperitoneal monocular, así como el saco evertido por vía anterior, sin que se observe el canal inguinal ocupado. A. Asa aferente. B. Saco peritoneal con asa estrangulada en espacio preperitoneal. C. Asa eferente.



**Figura 3.** Esquema de una hernia interparietal tipo preperitoneal bilocular y monocular<sup>1</sup>.

Su incidencia es desconocida, desde 1 caso por 5000 hasta 1 por cada 500 personas. Es más frecuente en varones (ratio hombres/mujeres de 3.5-4:1 en las de tipo preperitoneal y 10-14:1 en las de tipo intersticial), probablemente por su mayor tasa de malformaciones congénitas en la región inguinal<sup>1,7</sup>. No se ha demostrado un rango de edad específico y parece ser mayor en el lado derecho que en el izquierdo<sup>1</sup>.

Clínicamente su diagnóstico es complejo debido a la ausencia de signos patognomónicos, similar a lo que ocurre con las hernias de Spiegel encarceradas<sup>10</sup>. La mayoría (más del 90 %) debuta con un cuadro de obstrucción intestinal<sup>3,10</sup>. Asimismo, la exploración física puede ser dificultosa, ya que en aquellos casos de hernia preperitoneal monocular, como es el caso presentado, el canal inguinal no está invadido por el saco encarcerado, por lo que no es posible palpar la hernia y, en consecuencia, reducirla. Incluso, en casos en los que se presente una hernia preperitoneal bilocular, la reducción de saco herniado a través del canal inguinal conduciría irremediablemente a una evolución fatídica debido a que el saco estrangulado en el orificio diverticular existente entre el peritoneo y la fascia transversalis seguiría sin ser reducido, a pesar de la creencia del cirujano de haber solucionado el problema<sup>1,7</sup>.

Por lo tanto, aquellas hernias interparietales de tipo preperitoneal o intersticial monocular constituyen un reto diagnóstico debido a la ausencia de tumoración palpable en la exploración física, ya que el saco queda estrangulado en las distintas capas del canal inguinal, sin llegar a sobrepasar el orificio inguinal profundo, pasando desapercibidas y siendo diagnosticadas en muchas ocasiones en las autopsias<sup>1,7</sup>.

El tratamiento, como el de cualquier hernia estrangulada, es eminentemente una urgencia quirúrgica<sup>7,10</sup>. El abordaje inicial de una obstrucción intestinal con una hernia estrangulada no diagnosticada debe de ser abdominal<sup>7</sup>. No obstante, en aquellas de las que se disponga un diagnóstico preoperatorio certero, puede valorarse un abordaje exclusivamente preperitoneal. Una vez reducido el contenido y tras valorar su viabilidad, debe de procederse a la reparación herniaria<sup>1,7</sup>. Asimismo, el remanente del saco preperitoneal debe de ser ligado y extirpado. Es mandatorio revisar el canal inguinal y parietalizar el cordón espermático para descartar un saco con componente bilocular, bien sea aprovechando el abordaje extraperitoneal o por un acceso inguinal anterior complementario<sup>7</sup>. Por ende, si se objetivase un testículo atrófico no descendido, este debe de ser extirpado<sup>7</sup>.

Según este autor, respecto a la técnica idónea para la reparación funcional del orificio miopectíneo de Fruchaud, una malla fijada en el espacio preperitoneal debería de ser suficiente y definitiva, ya que la fibrosis generada por la malla entre el plano peritoneal y la fascia transversalis teóricamente reduciría el riesgo de formación de un nuevo saco en ese espacio. Asimismo,

al obliterar un posible defecto sobre el orificio inguinal profundo se impediría el paso de cualquier saco hacia la región inguinal. No obstante, descartar la colocación de una malla en pos de una reparación anatómica podría ser una opción válida, y más aun en presencia de un campo contaminado<sup>9,10</sup>. No existe consenso sobre la vía y la técnica idóneas para reparar este tipo de hernias. Debe tenerse en cuenta que en un abordaje anterior puede llegar a pasar desapercibida una hernia monocular de tipo preperitoneal que no llegue a sobrepasar el orificio inguinal externo (fig. 3) y que en la exploración física tampoco puede palparse ni reducirse. No obstante, ante una situación de abdomen agudo por obstrucción intestinal de origen incierto, un abordaje mixto, abdominal e inguinal anterior, e incluso en una vía preperitoneal abierta, estarían más que justificados para resolver la urgencia quirúrgica con las mayores garantías<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lower WE, Fred Hicken N. Interparietal hernias. *Ann Surg.* 1931; 94(6):1070-87. DOI: 10.1097/0000658-193112000-00010
2. Muqueem K, Kasa S, Patil N, et al. Strangulated Interstitial Hernia with Strangulated Cryptorchid Testis. First Case Report in the Medical Literature. *Indian J Surg.* 2018;80(2):184-18. DOI: 10.1007/s12262-018-1729-0
3. Bâ P, Soumah S, Diop B, et al. Interstitial Inguinal Hernia In Women: An Exceptional Anatomic Variety. *Internet J Surg.* 2012;28(2):1-4.
4. Sakamoto T, Shimaguchi M, Lefor AK, et al. Laparoscopic reduction and repair of a strangulated interparietal inguinal hernia. *Asian J Endosc Surg.* 2016;9(1):83-5. DOI: 10.1111/ases.12244
5. Kumar A, Shankar Paswan S, Paswan A, et al. Giant interparietal inguinal hernia with undescended testis- A Rarecase report. *Int J Surg Case Reports.* 2017;41:4-6.
6. Modrzejewski A, Śmietański M. Postoperative interstitial hernia as a cause of obscure incisional wound site pain. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2012;7(1):59-62. DOI: 10.5114/wiitm.2011.23687
7. Nyhus LM, Condon RE. Hernia. En: Altman B. *Interparietal hernia*, third edition. Filadelfia, Estados Unidos: Lippincott Williams and Wilkins; 1989. p. 380-7.
8. Domínguez-Ayala M, Zorraquino González Á, Díez del Val I, et al. Hernia a través de la fascia posterior del recto: presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Hispanoam Hernia.* 2017;5(4):168-72. DOI: 10.20960/rhh.31
9. Bendavid R, Iakovlev V. Malla: ¿es siempre necesaria en la cirugía de la hernia inguinal? *Rev Hispanoam Hernia.* 2019;7(3):100-6. DOI: 10.20960/rhh.00197
10. Jezieniecki Fernández C, Herreros Rodríguez J, Juárez Martín M, et al. Abdomen agudo por hernia de Spiegel complicada, un infrecuente caso que requiere alto grado de sospecha clínica. *Rev Hispanoam Hernia.* 2019;7(3):118-20. DOI: 10.20960/rhh.00187