



## **Manejo de hernia de Quain**

## **Management of hernia of Quain**

10.20960/rhh.00563

03/07/2024

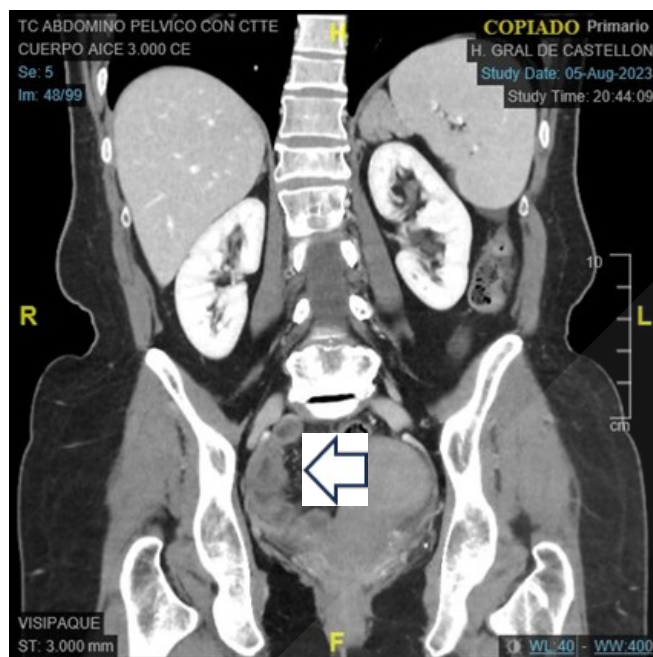
## **Manejo de hernia de Quain**

### ***Management of hernia of Quain***

Sr. director:

Hemos leído con gran interés el artículo «Hernia interna a través del ligamento ancho del útero, una entidad a conocer: actualización de la literatura», de Artigues y cols. En el que se revisa, a propósito de un caso, el diagnóstico y el manejo de la hernia de Quain.

Recientemente en nuestro centro hemos atendido el caso de una mujer de 48 años, sin antecedentes quirúrgicos abdominales ni obstétricos de interés, que acude al servicio de urgencias por un dolor de un día de evolución en el epigastrio que se irradia a ambos hipocondrios, con vómitos, sin otra clínica asociada. En la exploración, el abdomen era blando y depresible, doloroso a la palpación en el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaban una leucocitosis de 12 300  $\mu$ L y una neutrofilia y una PCR de 11.86 mg/L. El resto de los parámetros estaba dentro de la normalidad. Se realizó una radiografía de abdomen y se identificó un patrón de dilatación de asas del intestino delgado sugestivo de suboclusión intestinal. Se completó el estudio con TAC abdominopélvico en el que se identificó la dilatación de las asas del yeyuno y del íleon proximal; se observó también un cambio abrupto de calibre junto al ligamento redondo derecho, que se diagnosticó como suboclusión mecánica del intestino delgado en relación con una probable hernia de Quain (fig. 1). Dado el buen estado clínico de la paciente, se decidió manejo conservador con analgesia, fluidoterapia y reposo digestivo. Presentó mejoría progresiva clínica y analítica. Se le dio el alta hospitalaria en el tercer día de ingreso. No ha sido posible el seguimiento de la paciente, ya que reside en otra comunidad autónoma.



**Figura 1.** TAC abdominopélvico, corte sagital. Herniación del intestino delgado a través del ligamento redondo (flecha).

La hernia de Quain o hernia interna a través del ligamento ancho del útero es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Se estima que tan solo el 1-2 % de las obstrucciones intestinales se deben a hernias internas y menos del 5 % de estas se relacionan con el ligamento ancho<sup>2</sup>. Este tipo de hernias fue descrito por primera vez por Quain en 1861. En una revisión realizada por Langan se concluyó que, desde el primer caso reportado hasta 2010, solo existían 75 casos documentados de hernia de Quain<sup>3</sup>. El diagnóstico clínico de esta patología es difícil, ya que los síntomas son inespecíficos. La severidad y la variedad de la presentación clínica depende del nivel de obstrucción, del tiempo de evolución y de la existencia o no de sufrimiento vascular intestinal. En el contexto de los cuadros de suboclusión intestinal, la TAC es el método diagnóstico de elección, pues permite confirmar y localizar el nivel de la obstrucción y la evaluación de la vitalidad del intestino de cara al planteamiento terapéutico<sup>4</sup>. Respecto al tratamiento, la decisión de manejo conservador frente a la intervención quirúrgica depende del estado clínico del enfermo y de los hallazgos radiológicos, como ocurre en

general ante un cuadro de suboclusión intestinal. Los pacientes que muestren signos clínicos o radiológicos sugestivos de estrangulación deben ser intervenidos de urgencias. Debe sospecharse esta situación cuando el paciente presenta dolor abdominal con signos de irritación peritoneal, fiebre, leucocitosis, acidosis metabólica y elevación de la PCR. En ausencia de signos de estrangulación, y siempre que el estado clínico del paciente lo permita, el manejo inicial puede ser conservador, con fluidoterapia, descompresión intestinal con sonda nasogástrica y dieta absoluta. La cuestión que se plantea entonces es si el paciente debe ser intervenido de forma programada u optar por la abstención quirúrgica, que queda supeditada a la evolución futura. Koizumi y cols. abogan por la cirugía electiva en enfermos con buena evolución, con el manejo conservador en el episodio agudo<sup>5</sup>.

En conclusión, la hernia de Quain es una causa extremadamente infrecuente de oclusión intestinal, pero que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial en mujeres sin antecedentes quirúrgicos, con clínica compatible y prueba de imagen que localice el nivel de oclusión cercano al útero<sup>5</sup>. Su abordaje no difiere del de otras causas de oclusión/suboclusión intestinal mecánica. La resolución clínica es posible con el manejo conservador, como muestra el caso propuesto.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Artigues Puyadena L, Zorraquino González A, Expósito Rodríguez A, Amarelo García M. Hernia interna a través del ligamento ancho del útero, una entidad a conocer: actualización de la literatura. Sociedad Hispanoamericana de Hernia. 2023.
2. Rohatgi Y, Abhijit J. Broad ligament hernia: a rare cause of intestinal obstruction. Indian J Surg. 2021;83:1020-2.
3. MacDonald S, Stokes E, Sharaf U, Macdonald A. Quain hernia-A rare cause of acute small bowel obstruction. A case report and an updated literature review. Int J Surg Case Reports 2021;89:106599.

4. Rojo Novo S, Pantoja Garrido M, Fernández Ruiz M, Perea Cruz A, Parra Fernández MJ. Herniación de intestino delgado a través de defecto en el ligamento ancho de origen idiopático en paciente sin antecedentes quirúrgicos. Clin Invest Gin Obst. 2020;47(1):9-13.
5. Koizumi N, Ariyoshi Y, Fujiki H, Sakakura C. Needlescopic surgery for broad ligament hernia: A case report. Asian J Endosc Surg. 2020;13:124-6.

Sofía Mette Stadlbauer, Irene Gómez Torres, Pedro Daniel Menor Durán, Eduardo Alcobilla Ferrara  
Hospital General Universitario de Castellón. Castelló de la Plana  
(España)

[stadlbauer\\_sof@gva.es](mailto:stadlbauer_sof@gva.es)

