



FALLA DE COALESCENCIA TOLDT II CON HERNIA INTERNA MESOCOLICA DERECHA EN EL ADULTO

Fernando Trouboul, Sergio Madeo ***

Del Servicio de Cirugía General del Policlínico Bancario “9 de Julio”,
Buenos Aires, Argentina

Resumen

Se presenta un caso de abdomen agudo oclusivo en el adulto, en donde se diagnosticó como etiología a una hernia interna mesocólica derecha atascada por falta de coalescencia de la fascia de Toldt II que formaba el saco, con su anillo ubicado por detrás de los vasos mesentéricos. Se efectuó una búsqueda bibliográfica nacional e internacional.

Palabras claves: Abdomen agudo oclusivo, Hernia interna atascada, Hernia mesocólica derecha

Abstract

The analyzed case regards an acute small bowel obstruction in an adult, which etiology was an internal mesocolic right hernia, complicating a lack of coalescence of “Toldt’s fascia II” that formed the sack, with its ring located behind the mesenteric artery. A research was performed in both national and international bibliography.

Introducción

Es habitual encontrar como causa de abdomen agudo oclusivo en el adulto causas endoluminales como el fitobezoar, parietales como las neoformaciones o extrínsecas como las bridas o las hernias internas en fositas naturales infrasigmoideas, paraduodenales o subcecales. Existen otras causas menos frecuentes, por ello es nuestro objetivo presentar un caso clínico de falta de coalescencia de la fascia de Toldt II que provoco una hernia interna en el adulto por detrás de la arteria mesentérica superior (hernia interna mesocolonica derecha) y efectuar una revisión bibliográfica.

Caso Clínico

Paciente femenino de 70 años, que consultó por el servicio de guardia, refiriendo un cuadro de dolor abdominal de 72 horas de evolución, de aparición insidiosa, localizado a predominio de hemiabdomen superior, de intensidad leve a moderada, de carácter cólico, asociado a dos episodios de vómitos de contenido alimentario y falta de eliminación de gases del mismo tiempo de evolución. Como antecedentes refiere limitación cuantitativa de la ingesta alimentaria debido a episodios de dolor abdominal postprandiales, causa del hábito ponderal, con diagnóstico presuntivo de anorexia nerviosa.

Al examen físico de ingreso se encontraba en regular estado general, adelgazada con desnutrición leve (IMC: menor a 18), deshidratada, afebril, taquicárdica, hemodinámicamente estable. El examen abdominal presentaba abdomen

¹ Residente

² Cirujano de planta del Policlínico Bancario y Jefe de Cirugía del Hospital Oncológico María Curie.

Correspondencia: ftouboul@hotmail.com

asimétrico, con distensión a predominio de hemiabdomen inferior, aumento de la tensión parietal, levemente doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. A la percusión presentaba timpanismo generalizado, a predominio de hipogastrio, fosa ilíaca derecha y epigastrio. Los ruidos hidroaéreos estaban levemente aumentados en frecuencia con algunos de tonalidad metálica. Tacto rectal sin alteraciones patológicas.

En el examen de laboratorio de ingreso se registro un hematocrito de 43%, un recuento leucocitario de 11500/ml y de plaquetas de 686000/ml, una glucemia de 222 mg/dl, un dosaje de urea de 81 mg/dl y creatininemia de 1,2 mg/dl con una Natreミア de 135 mmol/l y una potasemia de 5,6 mmol/l.

Se realizó radiografía simple de abdomen en la que se evidenciaba ausencia de aerocolia e imágenes centroabdominales con niveles hidroaéreos, compatibles con asas de intestino delgado y gran nivel hidroaéreo gástrico (Fig 1).

Se realizó Tomografía Computada de abdomen y pelvis (Fig 2).



Figura 1. Rx simple de abdomen de pie con niveles hidroaéreos de intestino delgado y de estómago y ausencia de aerocolia.

Luego de la reanimación hidroelectrolítica inicial, se decidió la intervención quirúrgica con diagnóstico de

abdomen agudo obstructivo. Se efectuó una laparotomía mediana suprainfraumbilical, siendo el hallazgo intraoperatorio, una hernia interna mesocólica derecha, a la izquierda de los vasos mesentéricos, asociada a vólvulo mesentérico axial de aproximadamente un metro de intestino delgado con buena vitalidad del mismo (Fig 3A). Se efectuó la devolvulación, síntesis de la brecha y cierre de la laparotomía (Fig 3B).

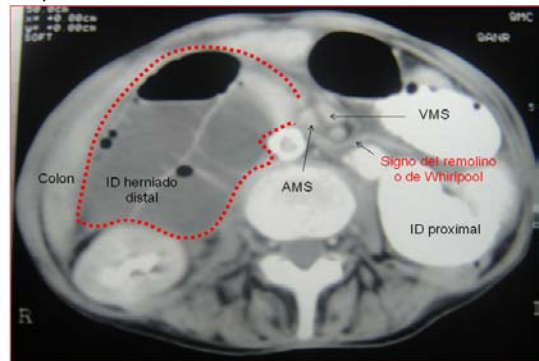


Figura 2. TC abdominal donde se observan asas de intestino delgado proximal con líquido de contraste, el intestino delgado distal sin contraste que se ubica dentro de la hernia, arteria mesentérica superior (AMS) ubicada a la derecha y vena mesentérica superior (VMS) ubicada a la izquierda formando el signo del remolino (whirlpool). En línea de puntos el saco de la hernia formado por el mesenterio decolado de la fascia de Toldt II.

La paciente evolucionó sin complicaciones siendo dada de alta al 4º día postoperatorio, continuando en control por consultorios externos, sin complicaciones en el seguimiento.

Discusión

La malrotación intestinal se manifiesta en forma aguda en el 90% de los casos durante el primer año de vida (40% durante la primera semana y 65% dentro del primer mes), siendo rara en el adulto.¹ Se identifico en 1 de 500 nacimientos,⁷ estimándose una

FALLA DE COALESCENCIA TOLDT II CON HERNIA INTERNA

frecuencia de 2,86 por 100.000 habitantes.³ Kantor observó una frecuencia de 0,19% en el adulto en 2000 estudios de colon por enema con bario y se observó en 3 de 10.000 autopsias.¹

Clinicamente se puede presentar en forma:
 A. Asintomática: la mayoría de los casos de diagnóstico casual.
 B. Sintomáticas: crónicas o agudas.¹

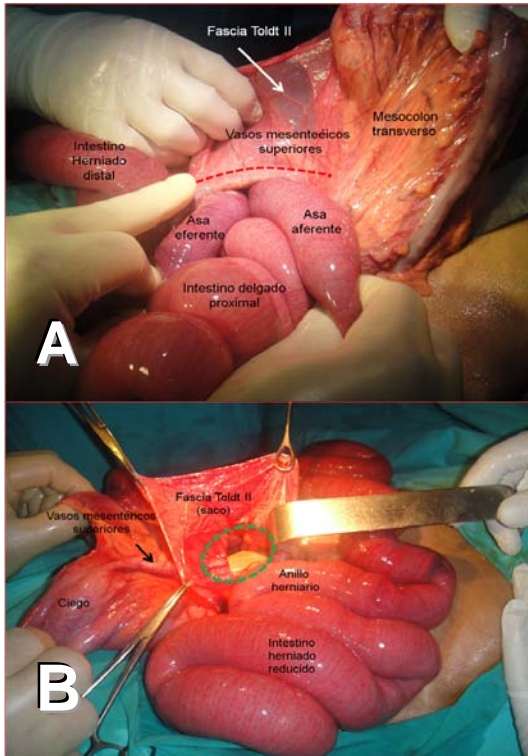


Figura 3. A) Durante el acto quirúrgico se observa la Fascia de Toldt II formando el saco herniario y a los vasos mesentéricos constituyendo el anillo. **B)** Se redujo el intestino delgado herniado, observándose el anillo herniario formado por su cara anterior por los vasos mesentéricos superiores.

Se describen *variedades anatómicas* (Fig 4):

1. No rotación
2. Rotación incompleta
3. Variedades mixtas en donde se incluyen:
 - a. Descenso incompleto de ciego
 - b. Rotación inversa
 - c. Hernias paraduodenales mesocolónicas izquierdas y derechas (Fig 5), como el caso que describimos. No existe bibliografía nacional e internacional de este tipo de hernia en el adulto.⁷

Frazer y Robbins en 1916 *clasificaron a las malrotaciones* en 3 etapas:⁴

Etapa 1: en donde el intestino no retorna a la cavidad (gastroquisis y onfalocelo).
 Etapa 2: el intestino medio posee una falla en la rotación con variedades como:

- a- No rotación: con el intestino delgado a la derecha y el grueso a la izquierda, unidos por una banda peritoneal denominada "Banda de Ladd".¹⁻⁴
- b- Rotación parcial
- c- Rotación reversa

Etapa 3: déficit de fijación, como el caso que no ocupa.

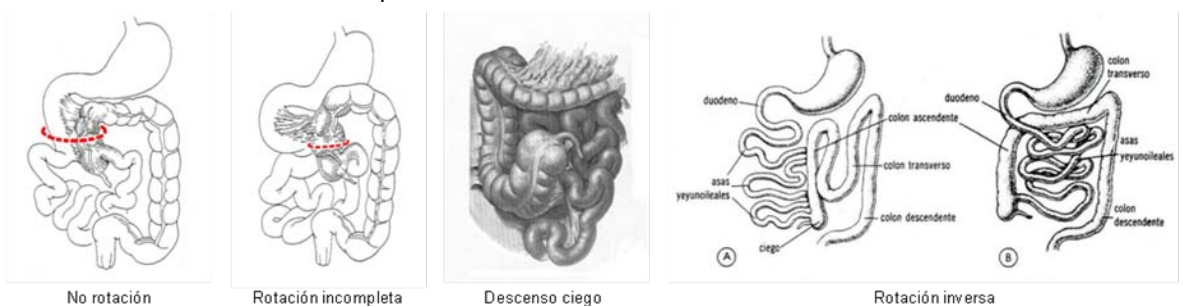


Figura 4. Variedades anatómicas de la malrotación intestinal



Figura 5. Variedades anatómicas de las hernias paraduodenales.

Los exámenes complementarios utilizados se adaptan a las circunstancias clínicas del paciente y son útiles:

1- la radiología simple y contrastada intestinal (en donde se puede observar el intestino delgado a la derecha y el colon a la izquierda en caso de malrotación completa³⁻⁴ o solo niveles del intestino herniado o volvulado)¹ es el método “patrón de oro” en el diagnóstico.⁷

2- la tomografía computada en donde es típico el signo del remolino periférico³ a la arteria mesentérica superior descrito por Fisher en 1981⁶ o la transposición de la vena mesentérica superior por delante y a la izquierda de la arteria homónima,³ denominado “whirlpool sign” por Padros en 1992.⁷

3- en el eco-doppler se observa esta transposición vascular arterio-venosa de los vasos mesentéricos superiores.²⁻⁵

Conclusiones

Ante un abdomen agudo oclusivo de causa no clara en donde se sospeche una malrotación en el adulto, la intervención

quirúrgica precoz (laparotomía exploradora) debe ser realizada sin demoras luego de la estabilización inicial, con el objeto de evitar la evolución natural de la enfermedad hacia la eventual isquemia y perforación.

Bibliografía

- 1) Lubinus Badillo FG, et al. Malrotación intestinal como causa de dolor abdominal en adultos. Revisión de un caso. Med Unab 2006; 9:156-8.
- 2) Baeza-Herrera C, et al. Malrotación y volvulus intestinal perinatal. Acta Pediatr Mex 2008; 29:73-7.
- 3) Ojeda Cisneros M, et al. Malrotación intestinal en el adulto. Rev Gastroenterol Perú 2006; 26:395-9.
- 4) Gilbert HW, et al. The presentation of malrotation of the intestine in adults. Ann R Coll Surg Engl 1990; 72:239242.
- 5) Kanazawa T, et al. Midgut malrotation in adulthood. Int Med 2000; 39.
- 6) Priego P, et al. Apendicitis aguda en paciente con malrotación intestinal. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99:240-7.
- 7) Vázquez Muñoz E. Tomografía computada en el diagnóstico de la malrotación intestinal. Rev Arg Radiol 2004;68:33.