Hernia interna a través del hiato de Winslow

Internal herniation through the foramen of Winslow

Javier Ramos-Aranda^{1*}, Gabriel Kraus-Fischer¹, Juan C. Melgarejo-López¹, Ana Amador², Nancy B. Guzmán-Martínez² y Antonio Spaventa-Ibarrola¹

¹Departamento de Cirugía General; ²Departamento de Radiología. Centro Médico ABC, Ciudad de México, México

RESUMEN

La hernia interna a través del hiato de Winslow (HW) es una causa extremadamente rara de hernia interna. Esta representa el 0.1% de las hernias abdominales y el 8% de las hernias internas. Es común que el diagnóstico no se realice de forma preoperatoria, puesto que pocas veces se tiene la sospecha diagnóstica y el cuadro clínico es poco específico. Presentamos el caso de una mujer de 39 años de edad, que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal de 8 horas de evolución, asociados a vómito de contenido gástrico en múltiples ocasiones e imposibilidad para canalizar gases. La paciente fue intervenida quirúrgicamente por la sospecha de vólvulo en el estudio de tomografía computarizada. Durante la exploración quirúrgica se descubrió que la causa de la oclusión fue la herniación del colon derecho y el ciego a la transcavidad de los epiploones. El cuadro pudo ser resuelto quirúrgicamente sin complicaciones. La paciente presentó buena evolución postoperatoria y fue dada de alta satisfactoriamente para seguimiento ambulatorio.

Palabras clave: Hernia interna. Hiato Winslow. Tomografía computarizada.

Correspondencia:

*Javier Ramos-Aranda

E-mail: j.ramos.aranda@gmail.com

Recibido: 28-01-2020

Aceptado: 03-03-2020

DOI: 10.24875/ARM.20000021

1665-2118/© 2020 Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, AC. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Internal herniation through the foramen of Winslow is an extremely rare cause of internal hernia. It represents 0.1% of abdominal hernias and 8% of internal hernias. It is very challenging to have a preoperative diagnosis because most of the patients are referred with non-specific symptomatology. Overall, emergency surgical management is the only effective treatment due to the fact that the vitality of herniated organs will rely on how much time has passed since their herniation. Surgery can be done via laparoscopy or through laparotomy incision and it depends on patient status, surgeon's experience and the facility or institution policies. We present a case of a previously healthy young woman that was admitted to the emergency with a diagnosis of intestinal occlusion. Computed tomography scan revealed a cecum volvulus. During surgical exploration we found herniation of the right colon and ileocecal valve through the Winslow Foramen. The obstruction was surgically resolved without complications, the patient had favorable outcome and was discharged to outpatient follow-up.

Key words: Internal hernia. Foramen of Winslow. Computed tomography.

INTRODUCCIÓN

La hernia interna a través del hiato de Winslow (HW) es una causa extremadamente rara de hernia interna, con poco más de 200 casos reportados en la literatura. La sospecha clínica de esta patología es extremadamente rara, ya que el cuadro clínico no es específico. Los estudios de imagen tienen un papel muy importante y elemental en el diagnóstico de una hernia interna. La presentación clínica varía desde formas asintomáticas hasta cuadros francos de irritación peritoneal en el contexto de un paciente con obstrucción intestinal. Esta variabilidad clínica es dependiente de la encarcelación o estrangulación del contenido herniario. La demora en el diagnóstico radiológico de formas complicadas impacta de manera importante en la morbilidad, debido al compromiso vascular y viabilidad del órgano afectado. El tratamiento será siempre quirúrgico y en la mayoría de los casos estará

dado en un concepto de urgencia. Este dependerá del caso en particular, así como del cirujano e institución, ya que el abordaje puede ser tanto abierto como laparoscópico, con o sin resección intestinal. Dentro de los diagnósticos diferenciales, se deberán considerar todas aquellas causas de hernia interna, como son las hernias paraduodenales (izquierdas y derechas), pericecales y transmesentéricas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de 39 años de edad, previamente sana, que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal de 8 horas de evolución, asociados a vómito de contenido gástrico en múltiples ocasiones e imposibilidad para canalizar gases. Refería como únicos antecedentes la realización de plastia umbilical abierta y la ablación laparoscópica

FIGURA 1. Tomografía axial computarizada. Corte axial: abdominopélvica. Se evidencia colapso gástrico con sonda nasogástrica colocada. Existe la presencia de una importante distensión del asa colónica con fecalización en el flanco izquierdo y realce del mesenterio.

FIGURA 2. Imagen coronal: tomografía computarizada abdominopélvica. Se observa tracción superoizquierda del mesocolon que se evidencia por el trayecto anormal de la vena mesentérica, distensión del asa colónica, sin evidencia de gas distal. LR: lóbulo de Riedel; VM: vena mesentérica.

de focos de endometriosis. Se realizó citometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa y lipasa, que se encontraron dentro de los parámetros normales. A la exploración física se encontró el abdomen con distensión, doloroso a la palpación sobre los cuadrantes superiores, sin datos francos de irritación peritoneal, con peristalsis de lucha. Se realizó tomografía computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso, en la que se identificó una imagen compatible con un vólvulo de colon sobre el cuadrante superior derecho asociado a desplazamiento del estómago y presencia de lóbulo hepático de Riedel (Figs. 1 y 2). Ante la sospecha de vólvulo colónico, se colocó una sonda nasogástrica y se decidió una exploración quirúrgica. Se realizó una laparotomía exploradora, durante la cual, posterior a la división del ligamento gastrocólico, se encontró en la transcavidad de los epiplones la presencia del colon

FIGURA 3. A través de una ventana en el ligamento gastroduodenal se aprecia el ciego en la transcavidad de los epiplones. C: ciego; E: estómago.

ascendente, ciego, apéndice cecal y válvula ileocecal herniados a través del HW (Fig. 3). Se realizó hemicolectomía derecha con íleo transverso y anastomosis laterolateral

mecánica. La paciente tuvo una evolución posterior favorable y fue dada de alta en el día postoperatorio número seis, sin complicaciones. A los 6 meses del procedimiento, se ha mantenido asintomática. La identificación y pronta resolución de esta patología logró y evitó complicaciones sépticas mayores.

DISCUSIÓN

La transcavidad de los epiplones comunica con la cavidad peritoneal a través del HW, apertura situada posterior al borde libre del omento menor. Dicho hiato se puede localizar deslizando un dedo sobre la vesícula biliar hasta el borde libre del omento menor. Los límites del hiato son: anterior, el ligamento hepatoduodenal, que contiene la vena porta hepática, la arteria hepática propia y el conducto colédoco; posterior, la vena cava inferior y el pilar derecho del diafragma, cubiertos anteriormente por peritoneo parietal; superior, el hígado, cubierto por peritoneo visceral; e inferior, la primera porción del duodeno. Una hernia interna se define como la protrusión de una víscera y/o su contenido a través de un orificio congénito o adquirido dentro de la cavidad peritoneal. Las hernias internas son una causa rara de obstrucción intestinal, cuentan con una incidencia del 0.5 al 4.1% como causa de obstrucción del intestino delgado¹. Las hernias a través del HW representan el 0.1% de todas las hernias abdominales y el 8% de las hernias internas². Se pueden clasificar dependiendo del contenido herniario. La hernia aislada de intestino delgado es la presentación más frecuente, con un 55-60% de prevalencia³; la herniación del íleon distal, ciego y colon ascendente representa un 25-30%, y un

7% incluye colon transversal, y por último, las hernias que incluyen vesícula biliar, epiplón mayor y divertículo de Meckel son más raras y representan menos del 1%¹. En caso de obstrucción intestinal, las hernias internas están asociadas a una elevada mortalidad, hasta en el 50% de los casos si no se tratan³⁻⁴.

Las hernias internas se presentan generalmente en población de entre 20 y 60 años de edad, con una relación hombre: mujer de 1:1. Los factores de riesgo asociados para hernia interna por el HW son HW elongado, colon redundante, absceso peritoneal fijo al colon, antecedente de cirugía de *bypass* gástrico en Y de Roux, falta de fijación del colon a la pared abdominal posterior (ciego móvil), lóbulo hepático derecho elongado (lóbulo de Riedel), trasplante hepático, entre otros⁵. Las manifestaciones clínicas de este tipo de hernia son amplias y poco específicas. Pueden tanto ser agudas como crónicas, van desde dolor abdominal y distensión intermitente hasta abdomen agudo, dependen de la encarcelación o estrangulación del contenido, y el cuadro más frecuente es la obstrucción del intestino delgado. El diagnóstico de la hernia del HW debe ser por exclusión y se debe hacer el diagnóstico diferencial con cuadros de obstrucción intestinal por otras causas⁶. Siendo tan poco específico el cuadro clínico y la exploración física, el diagnóstico siempre se debe apoyar con un estudio de imagen. El estudio de imagen de elección es la tomografía computarizada, la cual permite evidenciar algunos datos sugerentes de esta patología: ausencia de colon ascendente en los cuadrantes derechos del abdomen, presencia de mesenterio entre la vena porta y la vena cava inferior, presencia

de gas y líquido en la transcavidad de los epiplones y el espacio subhepático cerca de la porta hepatis, así como el estómago desplazado por el contenido herniado⁷⁻⁹. Por la fisiopatología de la enfermedad, representa una urgencia quirúrgica en los casos en los que el contenido herniario se encarcela o se estrangula. El objetivo principal será la reducción del contenido herniario cuando este sea factible y la resección intestinal del segmento afectado cuando este tenga cambios isquémicos irreversibles. La reducción de la hernia puede realizarse a ser posible por simple tracción, o auxiliarse de procedimientos como una amplia maniobra de Kocher, la apertura de la transcavidad de los epiplones o celiotomías descompresivas en los casos en los que la dilatación intestinal lo impida¹⁰⁻¹¹.

La resección es obvia en los casos en los que el contenido intestinal se encuentre inviable, sin embargo, no hay un consenso para el tratamiento definitivo de los casos en los que la reducción del contenido se encuentre viable. Algunas reportes de caso sugieren la pexia lateral del colon ascendente y/o sigmoides para evitar recurrencia de la hernia, mientras que otros reportes se inclinan por procedimientos más radicales, como una colectomía derecha¹². El cierre del HW también representa un punto controversial. El fundamento principal para realizar esto es el cierre del defecto que condicionó la hernia y así evitar recurrencias, sin embargo, otros grupos quirúrgicos desaconsejan realizarlo debido a los riesgos potenciales de lesión de la arteria hepática, estenosis biliar y/o trombo-sis portal. Además se ha propuesto que el mismo proceso inflamatorio postquirúrgico favorece la obliteración del HW¹³. En el caso

de nuestro paciente, la distensión colónica imposibilitó la reducción de las estructuras a través del hiato, razón por la que se decidió la resección previa a la reducción. En cuanto al abordaje, se puede optar por un abordaje laparoscópico o abierto, y dependerá de las características de cada paciente y su entorno. Han sido reportados unos siete casos en los que la reducción y el cierre de un HW elongado se ha completado satisfactoriamente por vía laparoscópica^{8,11}.

CONCLUSIÓN

La hernia interna a través del HW es una entidad de difícil diagnóstico, en donde asas intestinales se hernian a través de este orificio. La clínica y los hallazgos de laboratorio son altamente inespecíficos. Los estudios de imagen son la herramienta más útil para el diagnóstico de esta patología y, aun así, el diagnóstico preoperatorio solo se realiza en el 10% de los casos. Así mismo, en la mayoría de los casos, los pacientes se presentan con un cuadro de obstrucción abdominal y datos francos de irritación peritoneal, por lo que es mandataria la exploración quirúrgica de urgencia, y el diagnóstico se realiza y/o confirma de forma operatoria. No hay un consenso en el manejo quirúrgico de las hernias internas a través del HW, sin embargo, la conducta quirúrgica debe guiarse por los hallazgos transoperatorios y el contexto del paciente, y dependerá principalmente de la viabilidad del órgano herniado. El cierre del HW continúa siendo un punto controversial, y una recomendación estandarizada dependerá de estudios más grandes con evidencia formal.

En retrospectiva, los hallazgos tomográficos de esta paciente sí fueron compatibles con los de una hernia interna a través del HW, sin embargo, un diagnóstico definitivo pre-operatorio no se pudo realizar por falta de sospecha diagnóstica. Aunque los resultados en este caso fueron favorables, es una entidad clínica cuya sospecha diagnóstica debe despertarse en el contexto de un paciente con obstrucción intestinal con hallazgos radiológicos sugerentes de hernia interna, y de esta manera planear el tratamiento de forma oportuna y mejorar los resultados postoperatorios.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sikiminywa-Kambale P, Anaye A, Roulet D, Pezzetta E. Internal hernia through the foramen of Winslow: a diagnosis to consider in moderate epigastric pain. *J Surg Case Reports*. 2014;2014(6):rju065-rju065.
2. Leung E, Bramhall S, Kumar P, Mourad M, Ahmed A. Internal herniation through foramen of Winslow: A diagnosis not to be missed. *Clin Med Insights Gastroenterol*. 2016;9(12):31-3.
3. Patel V, Newton R, Wakely S, Rajaratnam K, Ramesh S. Caecal herniation through the foramen of Winslow: A rare cause of bowel obstruction. *Updates Surg*. 2013;65(3):241-4.
4. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *Am J Roentgenol. American Roentgen Ray Society*; 2006;186(3):703-17.
5. Koh CE, Woods SDS, Usatoff V. Foramen of Winslow hernia. *Surg Pract*. 2007;11(2):81-3.
6. Forbes SS, Stephen WJ. Herniation through the foramen of Winslow: Radiographic and intraoperative findings. *Can J Surg*. 2006;49(5):362-3.
7. Azar AR, Abraham C, Coulier B, Broze B. Ileocecal herniation through the foramen of Winslow: MDCT diagnosis. *Abdom Imaging*. 2010;35(5):574-7.
8. Harnsberger CR, Mclemore EC, Broderick RC, Fuchs HF, Yu PT, Berducci M, et al. Foramen of Winslow hernia : a minimally invasive approach. *Surg Endosc. Springer US*. 2015;2385-8.
9. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, Satoh S, Hashizume T, Hataya K, et al. CT of Internal Hernias. *RadioGraphics. Radiological Society of North America*; 2005 Jul 1;25(4):997-1015.
10. Da Costa G, Ng B, Kociumbas I, Wong S. Herniation of caecum through the foramen of Winslow. *Australas Radiol*. 2007;51(SUPPL. 1):152-4.
11. Van Daele E, Poortmans M, Vierendeels T, Potvlieghe P, Rots W. Herniation through the foramen of Winslow: A laparoscopic approach. *Hernia*. 2011;15(4):447-9.
12. Sikiminywa-Kambale P, Anaye A, Roulet D, Pezzetta E; Internal hernia through the foramen of Winslow: a diagnosis to consider in moderate epigastric pain, *J Surg Case Rep*. 2014; 6.
13. González R, Pardo P, Valeira E, Perez C, Santos R, Loves S, Gomez FJ. Correct preoperative diagnosis of herniation through the foramen of Winslow: Two case reports. *Hernia*. 2013;17(3):409-14.