

<b>Caso</b>	(110) Hernia interna pericecal estrangulada.
<b>Autores</b>	Jose Alberto Padilla Prada, Zabala Antxia Klara, Altuna Mongelos Leire, Valero Maciá Andrea, Aloa Hermoso De Mendoza Irantzu, Diez Lasheras Elena.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario De Araba.

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Masculino de 62 años con antecedente de hernioplastia inguinal indirecta derecha con prótesis. Ingresa al servicio de urgencias por cuadro clínico de dolor abdominal de tipo cólico, ubicado en fosa iliaca derecha, de inicio súbito, sin fiebre, sin náuseas y sin episodios eméticos. Al examen físico con distensión abdominal, abdomen depresible y con defensa en FID. Constantes vitales sin alteraciones.

Se le suministra analgesia oral, la cual es inefectiva persistiendo el dolor. En la analítica sanguínea como único hallazgo: PCR: 35mg/dl. Es evaluado por cirugía general quienes solicitan ecografía abdominal encontrando dilatación de asas con saco herniario con líquido en posición retrocecal elevando sospecha de hernia interna.

Para establecer posible etiología e integridad de asas se decide realizar TC abdominal con CIV encontrando desplazamiento superior y medial del ciego por imagen del saco herniario, con asas dilatadas en su interior de íleon medio, presentando disminución de la captación de su pared y pequeña cantidad de líquido libre en el saco, a través de un defecto de aproximadamente 1,4 cm. Con dilatación de íleon. Los hallazgos son compatibles con hernia interna paracecal con sufrimiento de asas, se lleva a quirófano encontrando asa herniada de unos 10 cm a 60 cm de la válvula ileocecal por orificio en gotiera parietocólica derecha.

## DISCUSIÓN

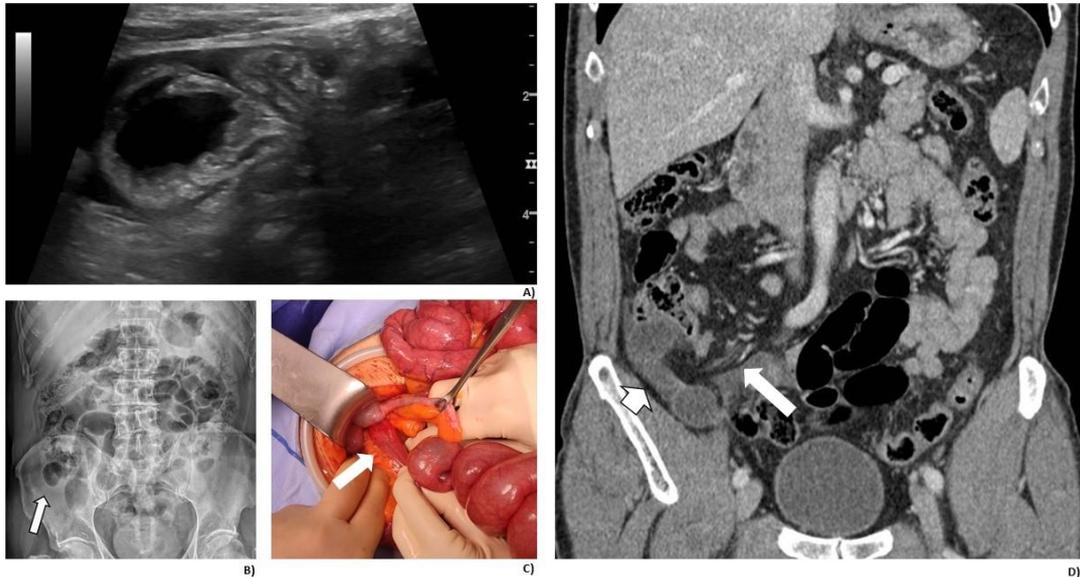
Las hernias internas corresponden a un 0.2 al 0.9% de las hernias abdominales en total, siendo las pericecales un 13% de estas, son causadas por un fallo embriológico debido a ausencia o extensión de alguno de los 4 recesos pericecales, siendo estos el receso ileocecal superior, receso ileocecal inferior, el receso retrocecal y el surco paracólicos. Dando lugar a hernias que ocupan la gotiera paracólica derecha. El diagnóstico es difícil clínicamente, por lo que usan medios de imagen, entre ellos el más adecuado es la tomografía computarizada (TC), como hallazgos tomográficos se encuentra generalmente un saco herniario que desplaza el ciego y el colon ascendente hacia anterior y medial, con tracción del mesenterio hacia el asa herniada. Requiriendo en la mayoría de los casos el tratamiento quirúrgico aún si ha existido resolución no quirúrgica del cuadro, realizando liberación del asa y del defecto anatómico, vía abierta o laparoscópica.

En el caso anterior debido a una ausencia de cierre del receso retrocecal cuyos límites normales son: en su parte anterior la pared posterior del ciego, en su parte posterior la pared abdominal y en su parte superior el reflejo del peritoneo visceral recubriendo la pared posterior del ciego medial y lateralmente por dos pliegues cecales del peritoneo.

En nuestro caso se diagnosticó con TC dando lugar a un agujero herniario pericecal por el receso retrocecal presentando una hernia encarcerada de asas del íleon, con hallazgos de sufrimiento de asa radiológicas como quirúrgicas sin necesidad de resección de estas.

## CONCLUSIÓN

Las hernias internas son defectos anatómicos de muy baja prevalencia, que requieren gran sospecha clínica, gran experiencia y conocimientos radiológicos para llegar a su diagnóstico. Siendo el papel del radiólogo fundamental para su correcto abordaje, pues la demora en su diagnóstico puede llevar a estrangulación y pérdida de la viabilidad de las asas afectadas.



*A) Ecografía abdominal en fosa iliaca derecha donde se visualiza contenido intestinal de localización retrocecal correspondiente a asas de íleon rodeadas de líquido y con disposición en asa cerrada; B) Rx abdominal en supino donde se observa dilatación de asas de intestino delgado e imagen radiolúcida correspondiente a asa intestinal de ubicación lateral al ciego correspondiente con hernia pericecal (flecha); C) Imagen quirúrgica donde se visualiza asa intestinal correspondiente a íleon herniado por detrás del ciego (flecha) (pinzas sujetando el apéndice cecal); D) Tomografía computarizada con CIV en corte coronal, donde se observa contenido intestinal lateral e inferior al ciego (flecha corta) con disminución de la captación de su pared en relación con sufrimiento intestinal, además de tracción del mesenterio (flecha larga) lo anterior en relación con hernia pericecal.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Satoshi Doishita, Tohru Takeshita, Yasutake Uchima. Internal Hernias in the Era of Multidetector CT: Correlation of Imaging and Surgical Findings. *RadioGraphics*. 2016. 36: 88-106, <https://doi.org/10.1148/rg.2016150113>.

Nobuyuki Takeyama, Takehiko Gokan, Yoshimitsu Ohgiya. CT of internal hernias. *RadioGraphics*. 2005. 25:997-1015. <https://doi.org/10.1148/rg.254045035>

Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: radiographic and clinical findings. *AJR AM J Roentgenol*. 2006; 186:703- 17. <https://doi.org/10.2214/AJR.05.0644>

Rahul P, Bhamkara Roopali V, Telangb Paresh. Primary pericecal internal hernia presenting as acute intestinal obstruction. *Apollo Medicine* 2016, Vol 13-2, 135-137. <https://doi.org/10.1016/j.apme.2016.04.003>