

<b>Caso</b>	(583) Hernia de Quain como causa de obstrucción intestinal en mujer joven sin antecedentes quirúrgicos.
<b>Autores</b>	Juan Ignacio Gracia García, Adrián Gonzalvo Gómez, Elena Heredia Lacasa, Javier Sainz Sánchez, Ricardo Ignacio Gómez Miranda, María Cortés Costa
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Miguel Servet (zaragoza)

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años sin antecedentes medico-quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal. A la exploración presenta abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y FID, sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente presenta una leve leucocitosis con desviación izquierda y elevación significativa de la PCR.

Ante la sospecha de patología intraabdominal aguda se realiza ecografía abdominopélvica donde se objetiva en el punto de máximo dolor (anexial derecho) una estructura tubular de unos 25 mm de contenido heterogéneo predominantemente hipoecoico y discreta cantidad de líquido libre (mayor del esperado para la edad y fase menstrual). Los hallazgos sugieren absceso tuboovárico derecho y fue tratada como EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica) con ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico intravenoso.

A los dos días la paciente refiere aumento del dolor y presenta vómitos incoercibles estreñimiento y mal estado general.

Ante la sospecha de obstrucción Intestinal se realiza TC abdominal en el que se objetiva un cuadro obstructivo de intestino delgado con cambio de calibre ileal distal a nivel parauterino derecho por lo se atribuye a obstrucción por hernia interna vs. brida postquirúrgica.

Se indica laparoscopia donde se confirma obstrucción de intestino delgado secundaria herniación interna a través del ligamento ancho uterino o hernia de Quain.

## DISCUSIÓN

Un porcentaje no despreciable de las consultas por dolor abdominal se deben a una obstrucción intestinal, siendo la causa más frecuente las adherencias intraperitoneales, las hernias y el cáncer.

Dentro de las hernias encontramos las hernias internas, que se producen cuando foramen herniario se localiza a nivel intraabdominal y el saco herniario no se exterioriza, por lo que su diagnóstico clínico es complicado. Un ejemplo poco común de hernia interna es la herniación a través de defectos del ligamento ancho uterino.

El ligamento ancho uterino es una estructura formada por hojas peritoneales que fija el útero, las trompas y los ovarios a la pelvis. La primera referencia a dicha hernia

como causa de obstrucción intestinal fue realizada por el propio Quain en el año 1861

La presentación típica de la hernia de Quain es el de una mujer de mediana edad y generalmente múltipara.

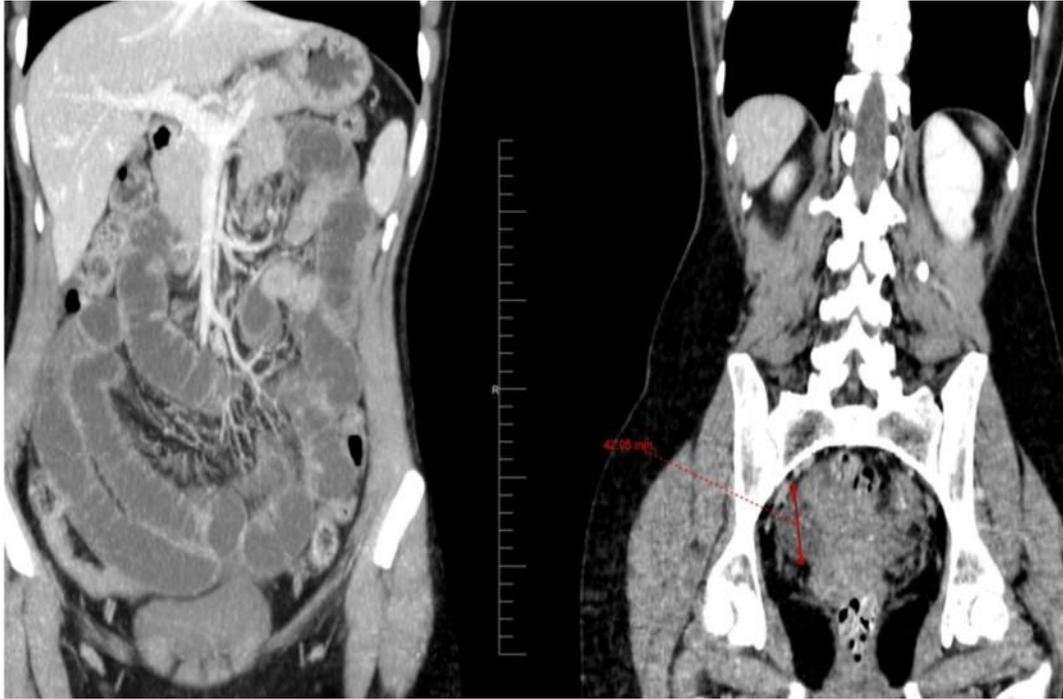
Los hallazgos en TC que deben sugerir el diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a hernia interna a través del ligamento ancho son la presencia de un asa cerrada con transición doble en la zona de la pelvis, una acumulación de asas de intestino dilatadas laterales al útero, o el aumento de la distancia entre el útero y el ovario con horizontalización de este último.

Existen diversas teorías acerca de la etiología de los defectos del ligamento ancho que se pueden categorizar en congénitos o adquiridos.

Los defectos congénitos varían desde una rotura espontánea de quistes congénitos en torno al ligamento ancho, reminiscencias del mesonefros o conductos müllerianos. Por otro lado, los más frecuentes que serían los adquiridos pueden ser iatrogénicos postquirúrgicos o se pueden originar por el embarazo (especialmente en múltiparas) y por patologías inflamatorias o infecciosas a nivel local tales como endometriosis, o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

## **CONCLUSIÓN**

La Hernia de Quain se produce por un defecto generalmente adquirido del ligamento ancho uterino debido principalmente al embarazo, EIP o endometriosis. Debe sospecharse en mujeres con obstrucción intestinal sin antecedentes quirúrgicos y con cambio de calibre del asa a nivel parauterino y el tratamiento consistirá en la reducción de la hernia por vía laparoscópica. Se trata de una urgencia quirúrgica a incluir en nuestro diagnóstico diferencial de dolor abdominal.



1) Dilatación patológica de asas de yeyuno e ileon, compatible con obstrucción de intestino delgado 2) Cambio de calibre de asa de ileon a nivel parauterino derecho.

## BIBLIOGRAFÍA

-Doishita S, Takeshita T, Uchima Y, Kawasaki M, Shimono T, Yamashita A, Sugimoto M, Ninoi T, Shima H, Miki Y. 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>

-Reyes N, Smith LE, Bruce D, Strangulated internal hernia due to defect in broad ligament: a case report, *J. Surg. Case Rep.* 2020; 11:487. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa487>

-Mailleux P, Ramboux A. Small bowel obstruction due to an internal herniation through a defect of the broad ligament. *JBR-BTR* 2010; 93:201-3 <https://doi.org/10.5334/jbr-btr.291>