

Caso	(693) Hernia de Richter; una entidad poco conocida y potencialmente mortal.
Autores	María Carvajo Garcés, Josep Maria Royo Solé, Carlos Gálvez García, Fadia Awad-breval, Francisco Esteban Dianderas Gutiérrez, Marta Bueno Gómez
Centro	Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, España.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 84 años que refiere dolor a nivel inguinal derecho de 8 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos. Por la mañana realizó una deposición líquida de escasa cuantía. A la exploración presentaba una tumoración dolorosa e irreductible en dicha región, y timpanismo con ruidos abdominales disminuidos.

Radiografía de abdomen: proyectado sobre la región mesogástrica izquierda se visualiza una distensión focal de un grupo de asas intestinales. Resto de asas no dilatadas. Presentan disposición en U invertida, con niveles hidroaéreos, y niveles a distintas alturas dentro de una misma asa. Se identifican válvulas conniventes, por lo que se trata de una obstrucción intestinal que afecta a asas de intestino delgado, con calibre entre 2,5-3 cm.

Ecografía de región inguinal derecha: medial a los vasos epigástricos inferiores se identifica un saco herniario con cuello estrecho que contiene líquido libre y un asa intestinal en su interior, con grosor parietal aumentado y ausencia de vascularización intramural.

Ante los hallazgos se contacta con Cirugía de guardia para intervención quirúrgica inmediata.

Se realiza hernioplastia inguinal derecha, apreciándose en el interior del saco herniario un asa de íleon ligeramente edematosa, que recupera la coloración en poco tiempo, sin identificarse signos de necrosis intestinal.

DISCUSIÓN

El diagnóstico definitivo fue hernia de Richter inguinal derecha estrangulada.

La hernia de Richter es una entidad poco conocida, representando el 1% de las hernias de pared abdominal y el 12% de las hernias estranguladas. Afecta a personas mayores de 60 años, sin predilección por ningún género.

Se trata de un tipo especial de hernia en la cual el borde antimesentérico de la pared intestinal se encarcela dentro del saco herniario provocando la estrangulación de solo una parte de la circunferencia del asa intestinal, ya que suelen presentar un estrecho cuello herniario. La bibliografía sustenta que el íleon distal es el tramo entérico más frecuentemente involucrado.

El borde antimesentérico está menos vascularizado y no posee circulación colateral, por lo que tienden a progresar más frecuentemente hacia la gangrena que el resto de las hernias estranguladas. Además, al involucrar a un pequeño segmento

del asa intestinal, los síntomas obstructivos se desarrollan de forma más insidiosa, presentando su diagnóstico una mayor dificultad.

Habitualmente son unilaterales y adquiridas debido a un aumento de presión intraabdominal. La mayoría de hernias de Richter son femorales e inguinales, aunque están aumentando los casos en la zona de inserción de los trocares de laparoscopia.

Sus principales complicaciones son: necrosis del segmento intestinal estrangulado, peritonitis secundaria a perforación, fístula entero-cutánea y aparición de un absceso en la localización de la hernia.

El diagnóstico se basa en una minuciosa exploración física del paciente; una radiografía simple de abdomen para valorar signos sugestivos de obstrucción intestinal; y la ecografía para determinar la localización anatómica de la hernia, valorar su contenido y la existencia de signos de sufrimiento intestinal. Si la ecografía no fuese concluyente, podría estar indicada la TC abdomino-pélvica con CIV.

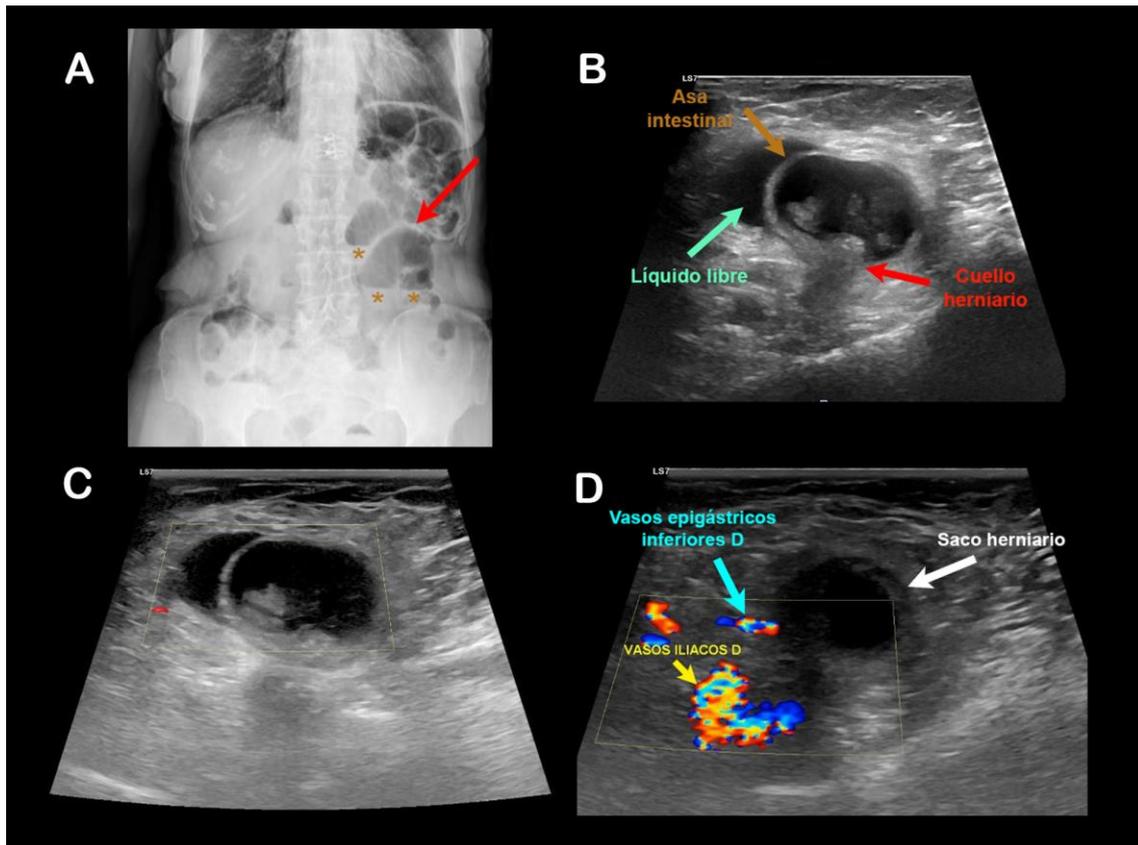
El tratamiento requiere cirugía inmediata para intentar preservar la viabilidad del asa intestinal afectada.

CONCLUSIÓN

La hernia de Richter es una entidad poco frecuente y potencialmente mortal que puede presentar una semiología poco florida y conllevar a un retraso diagnóstico.

Una rigurosa anamnesis y exploración física son claves para reconocer esta patología. La ecografía permite identificar la localización de la hernia, su contenido y signos de sufrimiento intestinal.

La intervención quirúrgica urgente permite liberar el asa intestinal afectada y disminuye la morbimortalidad de los pacientes.



Radiografía simple de abdomen. Imagen A: moderada dilatación de asas de intestino delgado (presencia de válvulas conniventes) con diámetro máximo de 33 mm, y varios niveles hidroaéreos (asteriscos naranjas), alguno de ellos con morfología de U invertida (flecha roja). Preservación de gas distal. Hallazgos compatibles con obstrucción intestinal de intestino delgado. Ecografía de canal inguinal derecho (donde la paciente presenta la tumoración). Imagen B: en modo B se identifica un saco herniario de dimensiones aproximadas 2,2 x 3,7 cm (diámetros AP x T) con cuello herniario estrecho. En el interior del saco se visualiza un asa intestinal con grosor mural aumentado y líquido libre adyacente. Imagen C: en modo Doppler Power se objetiva ausencia de vascularización en la pared del asa. Imagen D: el saco herniario se localiza medial a los vasos epigástricos inferiores derechos, indicativo de hernia inguinal directa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Richter Hernia: Surgical Anatomy and Technique of Repair. *The American Surgeon*. 2006;72(2):180-184. <https://doi.org/10.1177/000313480607200218>
2. Navarro A, Marco SF. Diagnóstico de la hernia de Richter por ecografía y TC: cuando el tiempo sí que es importante. *Rev. Colomb. Radiol.* 2014;25(2):3969-71. <https://doi.org/10.1177/000313480607200218>
3. Paulson EK, Thompson WM. Review of small-bowel obstruction: the diagnosis and when to worry. *Radiology*. 2015;275(2):332-342. <https://doi.org/10.1148/radiol.15131519>