

La Hernia de Richter: una rara pero posible causa de peritonitis aguda difusa por perforación de víscera hueca

Dr. Alejandro Membreño-Padilla*

INTRODUCCION

Este raro tipo de hernia abdominal externa fue reportado por primera vez en 1785 y desde entonces han sido muy pocos los casos que se han publicado,¹ así como muy poco lo que se ha discutido sobre ella, ya que hasta 1950 sólo se habían reportado 126 casos en la literatura médica.¹ La "definición clásica" que sobre ella se podría escribir es la del Dr. Jackson² que dice literalmente:... "porción de pared antimesentérica del intestino delgado que se estrangula en un saco herniario; da síntomas de oclusión intestinal parcial y puede gangrenarse"... a la cual, yo le agregaría:... "pero antes de estrangularse pasa por una etapa inicial de encarcelamiento; que puede suceder esto en un saco herniario abdominal externo cualquiera: y que, al estrangularse, puede perforarse". También se ha dicho³ que el fenómeno de estrangulamiento puede llevar a la formación de un absceso local –en el caso herniario– o que el fenómeno de gangrena del segmento intestinal "pellizcado" puede llevar a la perforación de éste hacia la cavidad peritoneal¹ –la que podríamos llamar "per-

foración libre"– y que esto, a la vez, provocaría un peritonitis aguda generalizada o difusa; o a la perforación del mismo dentro del saco herniario –la que podríamos llamar "perforación local"– con la consiguiente formación de un absceso igualmente local –como ya la mencionó– el que podría terminar drenándose al exterior, ya sea espontánea o quirúrgicamente, formando así una "fístula entero-cutánea". Este tipo de hernia también se dice¹ que "evoluciona lenta y solapadamente, así como que si no se descubre y trata pronto... la estrangulación, ésta puede producir el mencionado absceso"³; cambiándole yo:... "cualquiera de las mencionadas complicaciones que secuencialmente pueden resultar del estrangulamiento del segmento de intestino pellizcado, el paciente puede morir". Por otro lado, desde el punto de vista de su frecuencia –o mejor: de la "verdadera prevalencia y/o incidencia" de estas hernias– se puede decir que representan el 5% de todas las hernias abdominales externas estranguladas¹ y el 14% de las hernias femorales también estranguladas⁴ –por un lado– pero solamente o apenas representan el 0.65% de todas las "hernias inguino-cruales"⁴ y el 0.7%^{1,4} de todas las "hernias femorales". Por otro lado: Todo esto es reafirmado en el excelente artículo de Steinke y Zellweger,⁵ recientemente publicado, con la diferencia de que en sus 18 casos, las hernias eran inguinales directas.

* Cirujano General de Guardias del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras, C. A.

Dirigir correspondencia a: Hospital Viera, Tegucigalpa.

CASOS ILUSTRATIVOS

No. 1. Hace varios años –en el recordado Hospital General San Felipe– se me llamó para operar de urgencia a un paciente masculino adulto con "abdomen agudo quirúrgico verdadero" y secundario, según se me dijo telefónicamente, a una "perforación de víscera hueca" probablemente provocada por una úlcera péptica duodenal, pues tenía una "peritonitis aguda difusa" con evidente "gas libre subdiafragmático" radiológicamente y claros antecedentes de EUP crónica.

Al llegar al Quirófano corroboré que efectivamente tenía una "peritonitis aguda difusa", pero al examinarlo cuidadosamente y meticulosamente –sin prejuicio alguno– encontré una pequeña "hernia femoral derecha encarcelada".

En base a este hallazgo, tomé la decisión de hacer una incisión media infraumbilical para explorarlo –en vez de media supraumbilical, como pensando en una úlcera péptica perforada– encontrando que la causa de la sospecha "perforación de víscera hueca" era efectivamente una "hernia de Richter" estrangulada en el propio anillo femoral y además, perforado libremente a la cavidad peritoneal el segmento de ileon "pellizado". Se reparó primariamente –en dos planos– esa perforación, se cerró el anillo herniario por vía intraperitoneal sin problemas y se lavó la cavidad peritoneal antes de cerrar en forma usual la herida abdominal. No se dejaron drenos, el paciente fue cubierto con antibióticos y evolucionó satisfactoriamente.

No. 2. Hace algunos años evalué en el Hospital Escuela en una de mis guardias a una anciana hospitalizada en una de las Salas del Departamento de Medicina, por la duda de que si presentaba o no un "verdadero abdomen agudo quirúrgico" ya que estaba con dolor y distensión abdominal, más paro parcial de evacuaciones. En realidad, en ese momento me impresionó como una "suboclusión intestinal" –talvez secundaria a bridas y/o adherencias postoperatorias, ya que había sido operada en el pasado– por lo cual no consideré que era una "urgencia quirúrgica" y que, además, por su alto riesgo anestésico era preferible manejarla conservadoramente. La paciente egresó a solicitud de sus familiares, –en iguales condiciones– pero 2 días después de eso, de nuevo fue traída a la Emergencia con una "evidente peritonitis

aguda difusa", claramente secundaria a una "perforación de víscera hueca" informándoseme que, al operarla ese mismo día, habían encontrado –como sorpresa– que la causa de la perforación había sido una "hernia de Richter", también estrangulada en el propio anillo femoral izquierdo en donde el segmento ileal pellizado se había perforado libremente a la cavidad peritoneal. Se hizo lo mismo que yo había hecho con el primer caso pero, infortunadamente, la paciente falleció unas horas después al no tolerar la anestesia en vista de problemas cardio-pulmonares asociados, más el DHE y la sepsis intraperitoneal que ya presentaba. La hernia femoral no había sido detectada clínicamente por nadie ni en el primer ingreso ni en el segundo y es posible que desde el primero la hernia ya estaba encarcelada, provocando así la suboclusión intestinal sospechada.

No. 3. Para finalizar, recientemente –y también, en el Hospital Escuela– me tocó operar a un adulto de edad avanzada a quien si se le había detectado una hernia femoral encarcelada la cual, por estar causando síntomas y signos de una oclusión intestinal parcial fue correctamente llamada de Richter. Esto fue confirmado al hallar –en el acto operatorio– una asa de yeyuno "pellizada" en el anillo femoral derecho la que fue reducida fácilmente, no encontrando en ese segmento antimesentérico signos isquémicos por estrangulamiento ni perforación pero, aún así, se reforzó la zona afectada invaginándosela con puntos alternos sero-serosa de halsted. El anillo herniario fue cerrado por vía intraperitoneal sin problemas. El paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dado de alta pocos días después.

DISCUSIÓN

Cualquiera de las hernias abdominales externas conocidas –pero en especial las inguinocrurales y las umbilicales– pueden complicarse algún momento de lo que se conoce como su "historia natural" y, por lo tanto, es importante aclarar cual –en realidad– es ésta; así como el manejo correcto y oportuno de cada una de las 5 posibles complicaciones. En la Figura 1 se resume en forma diagramática esto, pero conviene recalcar, obviamente, que una de las posibles complicaciones anotadas en ese diagrama es la "perforación libre" a la cavidad peritoneal de las hernias de Richter y que, además, esta complicación es una verdadera "emergencia quirúrgica", ya que está

Hernia Abdominal Externa



Figura 1. Evolución clínica de las hernias abdominales externas.

provocando una "peritonitis aguda generalizada". Es así que ésta específica complicación de las hernias abdominales externas se convierte en una rara pero posible causa de perforación espontánea de víscera hueca del tubo digestivo y conviene, por lo tanto, agregarla como una causa especial –poniendo el inciso e)– en o/a la lista ya publicada⁶ de ellas (Cuadro), aclarando que ésta complicación específica de las hernias de Richter no puede ser incluida en el grupo de las oclusiones realmente estrangulantes de intestino –como se anotan, excluyéndolas, en el pie de tabla, tanto en el artículo original como en éste– por ser diferente en el mecanismo o fisiopatogenia de las perforación en ambas situaciones. Ahora bien, estas hernias clínicamente son, por lo general, difíciles de detectar⁵ porque –precisamente– él o la paciente no le da importancia o aún no se la ha notado él o ella misma(o) y, además, porque como no hay estrangulamiento real de una asa intestinal –sino que sólo "pellizcamiento" antimesentérico– el "encarcelamiento parcial" casi se manifiesta. Sin embargo, si éste último es importante, el paciente presentará síntomas y signos de "oclusión

intestinal parcial" aguda y/o intermitente –como lo hicieron los casos ilustrativos 2 y 3– lo cual, si hacemos una buena historia clínica orientada, debería hacernos pensar en o sospechar una hernia de Richter, a pesar de la baja prevalencia de ellas. Lo mismo sucedería si pensamos o sospechamos que un paciente cualquiera tiene el cuadro clínico de una "suboclusión intestinal" sin causa evidente:...!!hay que buscar, también orientadamente, una hernia femoral!!... ya que ésta podría ser una hernia de Richter complicada, especialmente en mujeres de edad avanzada. Esto último si sucedió con el caso ilustrativo No. 3 –aunque era un hombre– y por ello, el manejo quirúrgico del caso fue realmente oportuno con lo que se evitó que esa hernia de Richter se complicara; error que si sucedió –aunque no debería de haber pasado– en el caso ilustrativo No. 2.

Cuadro. Posibles causas de perforación espontánea de las vísceras huecas del tubo digestivo*

- | |
|---|
| A) Úlceras Pépticas |
| 1. Gastroduodenales |
| 2. En un Divertículo de Meckel |
| B) Inflamaciones Agudas |
| 3. Apendicitis |
| 4. Enteritis Tifoidica |
| 5. Diverticulitis Intestinal |
| 6. Colecistitis Gangrenosa |
| 7. Colitis Ulcerativa |
| 8. Enteritis Regional |
| C) Granulomas Intestinales |
| 9. Amebomas |
| 10. Tuberculomas |
| 11. Eosinofílicos |
| 12. Por Enfermedad de Crohn |
| D) Neoplasias Gastrointestinales |
| E) Hernia de Richter |

* Excluyendo las oclusiones intestinales estrangulantes, las obstrucciones de colon con asa cerrada y los ileos intestinales vasculares con gangrena.

RECOMENDACIONES

En todo paciente con cuadro clínico evidente de "oclusión intestinal parcial" o de "suboclusión intestinal", ya sea aguda o crónicamente intermitente, debe interrogarse y/o buscarse en el examen físico "orientadamente" la presencia o no de una hernia abdominal externa, especialmente en las regiones inguinocrurales en el

hombre y más específicamente en las regiones femorales o crurales en las mujeres de edad avanzada –en primer lugar– o si se encuentra en esa(s) región(es) anatómica(s) una evidente "masa", debe sospecharse entonces que se trata de una hernia de Richter encarcelada o estrangulada –según el caso– para así, con ese diagnóstico operar a ese paciente tempranamente, con el objeto de evitar que si está estragulándose se vaya a perforar libremente a la cavidad peritoneal, en segundo lugar. Finalmente –y en tercer lugar– en un(a) anciano(a) con una evidente "peritonitis aguda difusa", con gas libre subdiafragmático, se debe sospechar y/o buscar siempre y orientadamente este tipo de hernia abdominal externa, en las regiones inguino-cru-
rales.

REREFENCIAS

- 1.- Harkins HN. Hernias. EN *Cirugía: Principios y Práctica de Rhoads, Allen, Harkins y Moyer*; Cuarta Edición, Interamericana, 1972: 1062.
- 2.- Jackson BT. Abdominal Wall and Hernias: IN *Davis's Clinical Surgery*; The C.V. Mosby Company 1987:1743.
- 3.- Morton JH. Hernias de la Pared Abdominal. EN *Principios de Cirugía de Schwartz*; 3ra. Edición, 1987: 1448.
- 4.- Dunphy JE, Hall AD and Lindner HH. Hernias and other Lesions of the Abdominal Wall. IN *Dunphy and Way's Current Surgical Diagnosis and Treatment*; 5th Edition, Lange Medical Publications, 1981: 628.
- 5.- Steinke W and Zellewer R. Richter's Hernia and Sir Frederick Treves: an original clinical experience, review and historical overview. *Ann Surg.* 2000; 232:710.
- 6.- Membreño-Padilla AA. Perforaciones espontáneas de vísceras huecas del tubo digestivo: Manejo quirúrgico moderno. *Rev Med Hond* 1990;58:230.

EL GRAN DESCUBRIMIENTO DE MI GENERACIÓN
ES QUE LOS SERES HUMANOS PUEDEN CAMBIAR SU VIDA
CAMBIANDO LA ACTITUD DE SU MENTE.

WILLIAM JAMES