



Hernia transmesentérica congénita en el anciano

Sr. Director:

Las hernias internas debidas a defectos congénitos en el mesenterio del intestino delgado son causa únicamente del 2% de todas las obstrucciones intestinales. El diagnóstico es difícil pero debería sospecharse en aquellos pacientes que presentan un cuadro clínico de obstrucción intestinal y que precisan de tratamiento quirúrgico precoz¹.

Presentamos el caso de un paciente varón, de 78 años, que acudió a urgencias por presentar un cuadro clínico de dolor abdominal difuso, vómitos y estreñimiento de 48 h de evolución. En la exploración presentaba una moderada distensión abdominal, sin datos de irritación peritoneal. La analítica al ingreso no mostró alteraciones significativas. La radiografía simple de abdomen fue compatible con un cuadro de obstrucción del intestino delgado. Tras 24 h de tratamiento médico conservador, el paciente presentó un empeoramiento clínico y analítico, por lo que se decidió realizar una laparotomía exploradora y se evidenció como hallazgo casual una "bolsa peritoneal" supramesocólica, que englobaba la totalidad del intestino delgado, y una brida congénita, causa del cuadro obstructivo (fig. 1).

Las hernias internas son una causa infrecuente de obstrucción de intestino delgado y pocas veces se diagnostican preoperatoriamente. El saco herniario está formado por tejido peritoneal desarrollado anormalmente a medida que el mesocolon del colon ascendente y descendente se fusiona con la pared peritoneal posterior². Sin duda, la tomografía computarizada con contraste es la mejor prueba de imagen³; sin embargo, hoy día su diagnóstico preoperatorio sigue siendo excepcional, por ello la laparotomía media sigue estando indicada ante cualquier síndrome oclusivo del intestino delgado de etiología indeterminada. La técnica quirúrgica consiste en reducir de forma progresiva el intestino delgado herniado mediante una tracción suave, pero rechazándolo conjuntamente a través del defecto mesentérico; es necesaria la incisión previa de la hoja peritoneal al nivel del cuello para no lesionar un vaso nutricio marginal⁴.

**Rosa Álvarez-Seoane,
Francisco Javier González-Rodríguez, Ana Paulos
y Joaquín Potel Lesquereaux**

Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

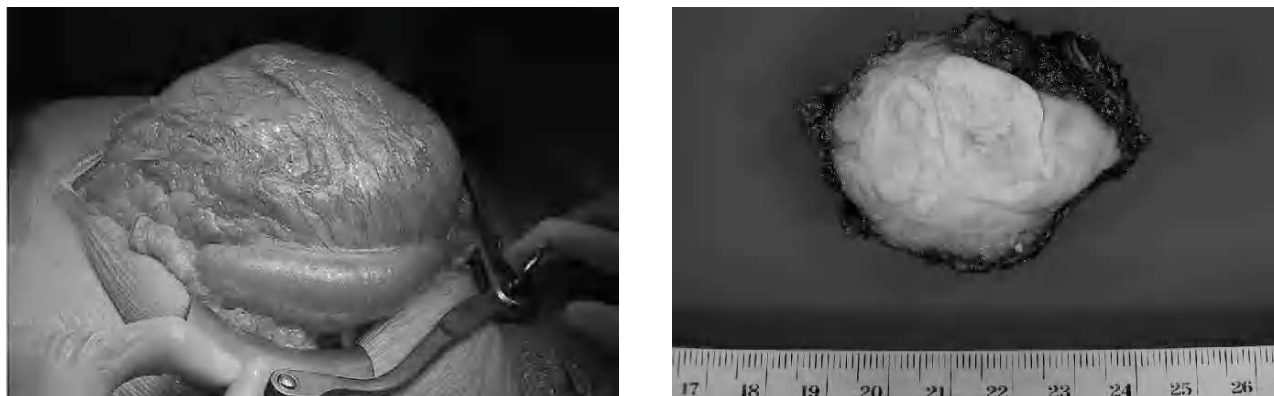


Fig. 1. Pieza quirúrgica con los bordes marcados mediante tinta china y seccionada transversalmente, que muestra un tumor compuesto por 2 masas de aspecto heterogéneo, mayoritariamente bien delimitadas, aunque con zonas mal definidas (margen inferior izquierdo).

Bibliografía

1. Fujita A, Takaya J, Takada K, et al. Transmesenteric hernia: report of two patients with diagnostic emphasis on plain abdominal X-ray findings. *Eur J Pediatr.* 2003;162:147-9.
2. Alver O, Oren D, Apaydin B, Yigitbasi R, Ersan Y. Internal herniation concurrent with ileosigmoid knotting or sigmoid volvulus: Presentation of 12 patients. *Surgery.* 2005;137:372-7.
3. Hong SS, Ha HK, Kim AY, Kim PN, Lee MG. Current diagnostic role of CT in evaluating internal hernia. *J Comput Assist Tomogr.* 2005;29:604-9.
4. Baeza-Herrera C, Sanjuan-Fabian H, Salinas-Montes J, Garcia-Caballo LM, Ortiz-Zuniga AI. Congenital transmesenteric hernia. *Cir Cir.* 2004;72:189-92.