

Hernia de Blandin tipo II: una causa infrecuente de abdomen agudo

Debra Nielsen¹, Adriana García², Dolores Daneri³, María Sofia Thomas⁴, Juan C. Patrón Uriburu⁵

Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina

¹Residente Coloproctología

²Jefa Servicio de Imágenes

³Cirujana Staff en Coloproctología

⁴Ex Residente de Coloproctología

⁵Jefe del Servicio de Coloproctología

RESUMEN

Las hernias internas constituyen la tercer causa de abdomen agudo. Tan solo el 8% de ellas corresponden a hernias del hiato de Winslow. Cuando se presentan como obstrucciones intestinales agudas su mortalidad puede ascender hasta el 49%. Se presenta el caso de una mujer de 63 años sin antecedentes de cirugía abdominal, con dolor de 48 hs de evolución de instauración aguda, asociado a falta de eliminación de gases y vómitos. En la tomografía computada de alta resolución se visualizan mesos arremolinados a nivel subhepático y el ciego, colon ascendente y transverso ocupando la transcavidad de los epiploones, desplazando el estómago hacia el espacio subfrénico izquierdo. Con la sospecha de hernia del hiato de Winslow, se realiza laparoscopia exploradora convertida a laparotomía. Se realiza reducción del contenido a cavidad y, debido a signos de sufrimiento, se decide hemicolectomía derecha e ileo-transverso anastomosis. Se ocluye el hiato de Winslow con epiplón. Existe limitada evidencia publicada sobre esta patología, por lo que es el objetivo de este trabajo colaborar en la divulgación de una causa infrecuente de abdomen agudo.

Palabras clave: hernia de Blandin, hernia interna, oclusión intestinal, abdomen agudo

ABSTRACT

Internal hernias are the third cause of acute abdomen. Only 8% of them correspond to Winslow hiatus hernias. When they present as acute intestinal obstructions, their mortality can rise to 49%. We present the case of a 63-year-old woman with no history of abdominal surgery, with acute onset abdominal pain, associated with vomiting. High-resolution computed tomography showed swirling mesentery at the subhepatic level and the cecum, ascending and transverse colon occupying the retrogastric space, displacing the stomach towards the left subphrenic space. With suspicion of a Winslow hiatus hernia, exploratory laparoscopy converted to laparotomy was performed. The contents were reduced to the cavity and, due to signs of distress, a right hemicolectomy and ileo-transverse anastomosis were decided. The hiatus of Winslow was occluded with the omentum. There is limited published evidence on this pathology, so the aim of this work is to contribute to the dissemination of an uncommon cause of acute abdomen.

Keywords: Blandin's hernia, internal hernia, intestinal occlusion, acute abdomen

INTRODUCCIÓN

Se conoce como hernia interna a la protrusión de un víscera hueca a través de un orificio abdominal natural. Constituyen la tercer causa de abdomen agudo obstructivo. Al igual que otros tipos de hernias, pueden sufrir estrangulación con compromiso de la irrigación y, por ende, de la vitalidad de las vísceras, motivo por el cual la mortalidad de este cuadro alcanza entre el 36 y 49 %.¹

Las hernias del hiato de Winslow corresponden al 8% de todas las hernias internas. Desde su descripción inicial en 1823 por Philippe Frédérique Blandin, menos de 30 casos fueron publicados en la bibliografía.²

CASO

Paciente femenina de 63 años de edad que ingresa a emergencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución de instauración aguda, asociado a náuseas y falta de eliminación de gases de 12 horas de evolución. No presenta antecedentes personales de enfermedades preexistentes ni cirugías previas. El examen físico revela un abdomen blando, levemente doloroso en hemiabdomen superior, sin signos de defensa ni irritación peritoneal. Los análisis de laboratorio no evidencian hallazgos patológicos. Se solicita tomografía computada de alta resolución con contraste endovenoso que muestra mesenterio arremolinado y rotación del eje vascular

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Debra Nielsen:** mail: debranielsen@gmail.com

Fecha de recibido: 22/10/2023 Fecha de aceptación: 18/4/2024

Debra Nielsen: <https://orcid.org/0000-0001-8697-5690>; Adriana García: <https://orcid.org/0009-0001-3836-1157>; Dolores Daneri: <https://orcid.org/0000-0002-2496-1928>;

María Sofia Thomas: <https://orcid.org/0000-0002-6545-851x>; Juan C. Patrón Uriburu: <https://orcid.org/0000-0001-5893-4429>

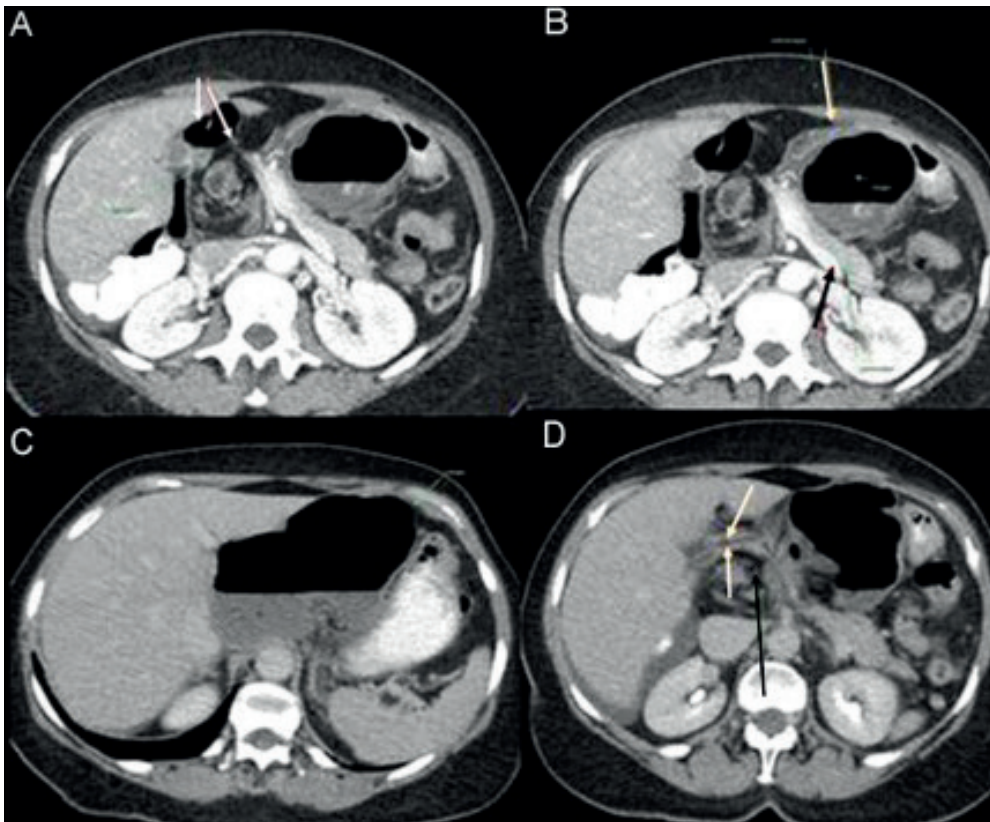


Figura 1. Tomografía computada con contraste oral y EV. Plano axial. **A.** Se aprecia el paso por el hiato de Winslow de la grasa mesentérica rodeando a las paredes colónicas (flechas). **B.** Contenido cecal en la hernia interna, desplazamiento de la cámara gástrica hacia adelante (flecha blanca) y del páncreas hacia atrás (flecha negra). **C.** Fondo cecal ubicado entre el lóbulo izquierdo hepático y el estómago (transcavidad). **D.** El paso del contenido herniario (flecha negra) produce la deformación del ligamento hepatoduodenal (flechas blancas), por donde discurren la arteria hepática, la vena porta y el árbol biliar.

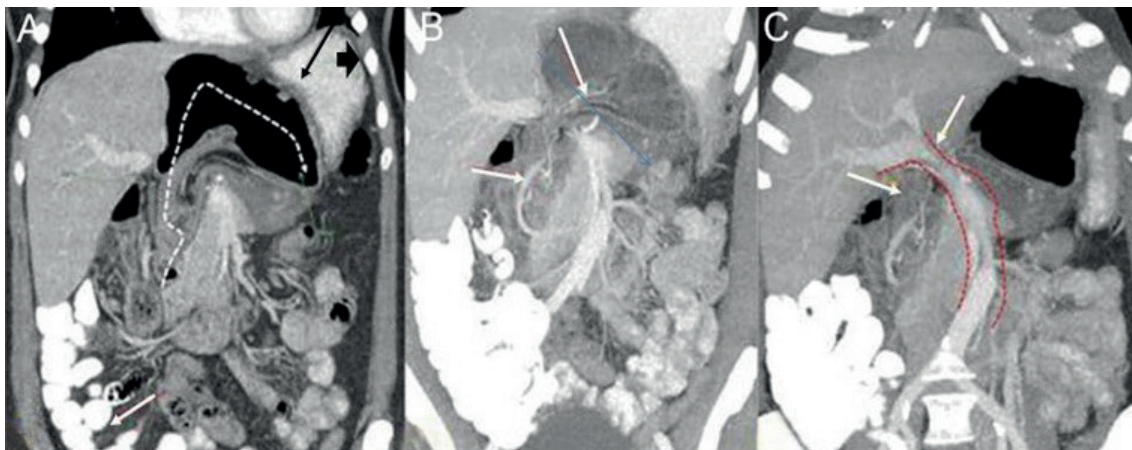


Figura 2. Tomografía computada con contraste oral y EV. Plano coronal. **A.** Se observa el contenido cecal de la hernia interna, con el fondo del ciego (flecha negra) desplazando la cámara gástrica (punta de flecha negra) y la ausencia del colon derecho en el abdomen (flecha blanca).

a nivel subhepático. Se identifica el colon derecho y la parte proximal del colon transverso ocupando la transcavidad de los epiplones, con desplazamiento del estómago. Se asocia a la presencia de escaso líquido libre subhepático y ausencia de

neumoperitoneo (Figs. 1 y 2). Ante los hallazgos descriptos se arriba a la sospecha de hernia del foramen de Winslow. Se intenta reducción endoscópica a baja presión sin éxito, logrando progresar hasta el colon transverso. Se decide laparoscopia

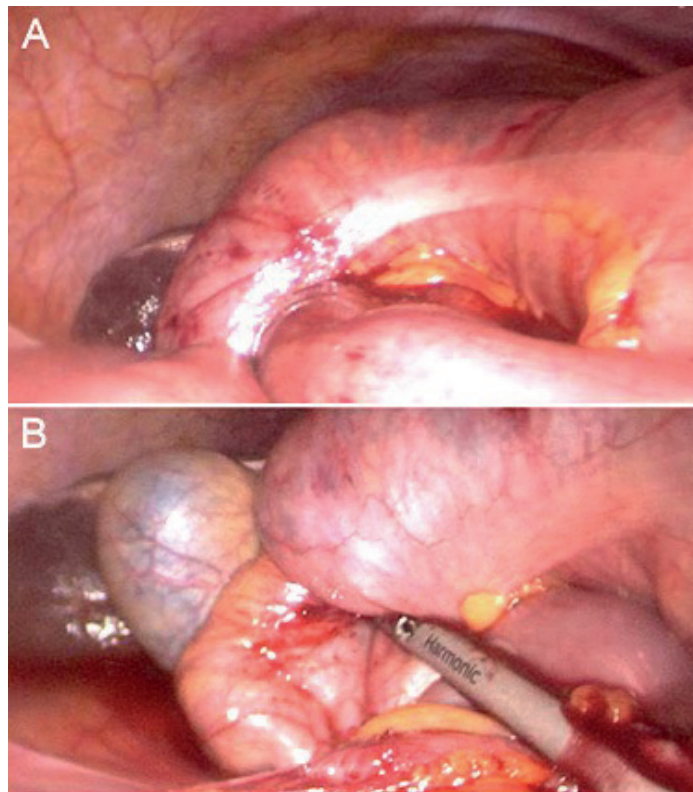


Figura 3. Laparoscopia exploratoria inicial. **A.** Se observa la hernia atascada del ciego, colon ascendente y transverso a través del hiato de Winslow. **B.** Luego de maniobras infructuosas de reducción con pinzas atraumáticas, se observan signos de sufrimiento en la serosa del colon y se decide la conversión a laparotomía.

exploradora. Se observa distensión de asas del intestino delgado. A nivel del hipocondrio derecho, se confirma la hernia atascada del ciego, colon ascendente y transverso a través del hiato de Winslow (Fig. 3 A). Se intentan maniobras de reducción con pinzas atraumáticas sin éxito, observándose signos de sufrimiento en la serosa del colon (Fig. 3 B). Se decide conversión a laparotomía. Se reduce el contenido a la cavidad. Se observan fascias de coalescencia elongadas, ciego y colon ascendente móviles, asociado a compromiso isquémico de este último, por lo que se decide realizar una hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis. Se realiza oclusión del foramen de Winslow con epiplón mayor. La paciente evoluciona favorablemente y egresa al cuarto día postoperatorio sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El foramen de Winslow es un orificio natural que comunica la cavidad peritoneal mayor y la transcavidad de los epiplones. Se encuentra delimitado hacia anterior por la vía biliar, arteria hepática común y vena porta, hacia posterior por la vena

cava inferior, hacia superior por el lóbulo caudado hepático y hacia inferior por el duodeno. Las hernias del foramen de Winslow, también llamadas hernias de Blandin, son extremadamente infrecuentes, constituyendo solo el 8% de todas las hernias internas.

Existen causas subyacentes que predisponen a su generación, tales como un intestino delgado con mesos exageradamente largos, hiperlaxitud o ausencia de las fascias de coalescencia del colon y foramen de Winslow atípicamente amplio. Sin embargo, el desencadenante de la herniación del contenido sería un cambio abrupto en las presiones de la cavidad peritoneal mayor en relación a la transcavidad de los epiplones.³ Según su contenido, han sido clasificadas en tipo I: intestino delgado (65% de los casos), tipo II: íleon terminal, ciego y colon ascendente (25%), tipo III: colon transverso (7%) y tipo IV: vejiga y otras vísceras de la cavidad abdominal (3%).⁴ Típicamente, se presentan como un cuadro de dolor abdominal inespecífico de instauración abrupta, asociado a vómitos y falta de eliminación de gases, que puede o no acompañarse de leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda como PCR y eritrosedimentación. Muchas veces, estos síntomas son precedidos por una historia de malestar epigástrico crónico y

cuadros suboclusivos a repetición, hasta que en forma aguda se produce un atascamiento y se transforma en un cuadro típico de obstrucción intestinal.⁵

Arribar a un diagnóstico prequirúrgico de hernia interna atascada es difícil y para ello los estudios de imágenes juegan un rol fundamental. La radiografía directa de abdomen puede ser de utilidad si muestra el desplazamiento del aire de la cámara gástrica por una asa intestinal con contenido aéreo, asociado a la obstrucción del intestino delgado. El ciego y colon ascendente pueden estar ausentes de su topografía habitual.

Sin dudas, la tomografía computada de alta resolución con contraste endovenoso es el método de elección en el diagnóstico de esta patología. Los posibles hallazgos son: a) presencia de grasa mesentérica entre la vena cava inferior y vena porta (Fig. 1 D), b) aire en la transcavidad de los epiplones (Figs. 1 B y 1 C y Fig. 2 A), c) ausencia del colon ascendente en el hemiabdomen derecho (Fig. 1 A) y/o d) ligamento hepato-duodenal deformado o elongado (Fig. 1 D). Para lograr objetivar el ligamento es necesario identificar el hilio hepático, integrado por la vena porta, la arteria hepática y la vía biliar (Fig. 2 C).

La resolución de esta patología es estrictamente quirúrgica. La reducción endoscópica, a pesar de realizarse a una baja presión, supone un riesgo incrementado de perforación en caso de presentarse isquemia en el segmento atascado y no se recomienda su utilización en este contexto. Si bien la evidencia es contundente en el manejo del contenido herniario, a su vez que es homologable a la resolución de cualquier otra hernia tanto natural como incisional (reducción a cavidad y eventual resección de presentarse isquemia), no lo es tanto en cuanto al manejo del hiato de Winslow para evitar la recurrencia. La anatomía del foramen, por las estructuras nobles que lo delimitan, genera una gran dificultad en el intento de ocluirlo. Si bien no existen casos reportados de recidiva, esta maniobra resulta tentadora si la hiperlaxitud de las fascias se presenta como la causa desencadenante. La pexia de la viscera móvil al peritoneo parietal se propone como una alternativa posible, de no mediar en la resolución la resección del contenido atascado.

CONCLUSIÓN

Las hernias internas del foramen de Winslow son una afección insospechada. La cirugía constituye el tratamiento de esta patología, siendo su abordaje temprano la clave para disminuir las tasas de morbimortalidad que pueden elevarse hasta el 49% cuando se presentan en forma de obstrucción intestinal aguda con isquemia asociada. Como se describe en este reporte de caso, la reducción laparoscópica del contenido herniario puede

ser desafiante, por lo que la resolución definitiva normalmente se alcanza por vía laparotómica. El beneficio de ocluir el foramen de Winslow con el objetivo de evitar la recidiva permanece indefinido. Se necesitan más reportes de casos con seguimiento a largo plazo para poder concluir sobre su utilidad.

REFERENCIAS

1. Jansen YJL, Nieboer K, Senesael E, Van Bael K, Allaeyns M. Internal herniation through the foramen of Winslow: a case report. *Acta Chir Belg.* 2020;120(2):136-38.
2. Leung E, Bramhall S, Kumar P, Mourad M, Ahmed A. Internal herniation through foramen of Winslow: a diagnosis not to be missed. *Clin Med Insights Gastroenterol.* 2016;9:31-3.
3. Chandhrasekhar D, Droger A, Baatz M, Chapuis T, Fox-McClary DJ. A Twisted cecum: herniation and volvulus of the cecum through the epiploic Foramen. *Cureus.* 2022;14(8):e27754.
4. Moris D, Tsilimigras DI, Yerokun B, Seymour KA, Guerron AD, Fong PA, et al. Foramen of Winslow hernia: a review of the literature highlighting the role of laparoscopy. *J Gastrointest Surg.* 2019;23(10):2093-99.
5. Welaratne I, Nasoodi A. A rare cause of obstructive jaundice: cecal herniation through the foramen of Winslow. *J Clin Imaging Sci* 2018;8:24.