



[Revista de la Facultad de Medicina](#)

versión impresa ISSN 0798-0469

RFM v.27 n.1 Caracas ene. 2004

HERNIA INTRA ABDOMINAL DE RICHTER

G Benítez P¹, E Nakhal H², R Scorzza³, R Saade C⁴ y E García T⁵.

¹Profesor Agregado de la Cátedra de Clínica y Terapéutica «C» Escuela de Medicina «Luis Razetti».- ²Profesor Instructor de la Catedra de Clínica y Terapéutica «C» Escuela de Medicina «Luis Razetti».- ³ Médico Coordinador del Área Quirúrgica del Hospital Universitario de Caracas.- ⁴ Médico Jefe Quirúrgico del Hospital Universitario de Caracas.- ⁵ Médico Residente de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas.E-mail: gbenitezp@cantv.net

RESUMEN: El objetivo del trabajo es presentar un caso de hernia de Richter que ocasionan problemas mecánicos intestinales, concretamente obstrucción intestinal. La condición del estado general y una deshidratación importante, siendo el cuadro clínico lentamente progresivo con una sintomatología en varios casos de distensión abdominal y en otro caso de diarrea persistente. La demora en su diagnóstico ocasiona una cirugía tardía, con un aumento de la morbilidad, por lo que creemos que el adecuado conocimiento de esta rara patología quirúrgica es importante.

Palabras Clave: Hernia de Richter, Obstrucción intestino delgado.

ABSTRACT: The objective of this report is to present one case of Richter's hernia that provoked mechanical intestinal problems, specifically bowel obstruction. The general condition and marked dehydration. The clinical situation progressed slowly, with symptoms of abdominal distention in some cases and persistent diarrhea in another. For this reason, we consider it important to be properly familiar with this rare surgical pathology.

Key Words: Richter's hernia, Small bowel obstruction.

Fecha de Recepción: 04/08/2004 Fecha de Aprobación: 13/04/2004

INTRODUCCIÓN

La hernia de Richter, es un especial tipo de hernia incarcerada con pinzamiento del borde antimesentérico del intestino delgado, que causa solo la estrangulación de esa parte de la circunferencia de la pared intestinal. Es una enfermedad muy poco frecuente. Su diagnóstico es difícil por el desarrollo lento de los signos y síntomas y se asocia con una alta morbilidad^(1,2,3). Este tipo de hernia fue observada por primera vez por el Dr. Fabricius Hildanus en 1598, descrita por Lavater en 1672, Littre en 1700 y Morgagni en 1723, Garengot en 1743, Ruysch en 1744. Fue A. Richter en 1785, quien realiza la primera publicación, otras grandes contribuciones se le atribuyen a Meckel en 1820, Riecke en 1841, Defaut en 1879, Treves en 1887, De Vires en 1897 el cual recopiló 96 casos, Ridel en 1910, Sawyer en 1921, Rhodes en 1929, Frankov en 1931, Siquiera en 1940, Goñi Moreno en 1941, Muñoz Areños en 1941,

Servicios Personalizados

Revista

SciELO Analytics

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- SciELO Analytics
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Otros
Otros

Permalink

Rodríguez Segade en 1942, Jens en 1943, Sartorius en 1944 y Orr describió tres casos en 1950. Lo cual hace ver que durante la historia este tipo particular de hernia ha sido observado por los diferentes cirujanos de las distintas épocas^(2,3,4).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 31 años de edad quien inicia enfermedad actual con 24 horas de evolución cuando comienza a presentar dolor en epigastrio de fuerte intensidad, limitante, continuo, acompañado de náuseas, vómito en tres oportunidades y fiebre no cuantificada. Al examen físico, la paciente luce en regulares condiciones generales con posición antálgica, vigíl, consciente deshidratada leve, taquicárdica, taquipneica y febril.

Ruidos respiratorios y cardíacos presentes de características normales, abdomen plano, blando, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco y fosa ilíaca derecha con signo de Blumberg positivo, signo de Zacarias Cope positivo y ruidos hidroaéreos presentes de características normales, disminuidos en frecuencia. Examen ginecológico, rectal sin alteración.

LABORATORIO

G. Blancos $13.600/\text{mm}^3$ (Neutrófilos 91%, Linfocitos 9%). Ecosonograma abdominal: Área vesicular, pancreática y renal sin anormalidades. Distensión de asas delgadas hacia fosa ilíaca derecha. Se realiza tratamiento laparoscópico para el cuadro de apendicitis aguda. Evoluciona en estables condiciones y egresa, presentando a las 48 horas distensión abdominal, náuseas, vómitos incoercibles e intolerancia a la vía oral, encontrándose paciente deshidratada leve, taquicárdica, taquipneica, ruidos respiratorios y cardíacos presentes de características normales, abdomen distendido, doloroso difuso a la palpación superficial y profunda a predominio de abdomen superior, con ruidos hidroaéreos ausentes sin expulsión de flatos. Se inician medidas de soporte hidroelectrolítico, vía central, sonda nasogástrica tipo Salem y pro cinéticos y control de líquidos administrados y excretados con evolución parcial del cuadro de obstrucción intestinal durante ocho días posteriores a su reingreso. Radiología simple de pie y estudio contrastado tipo tránsito intestinal, ([Figura 1](#) y [Figura 2](#)). Por la no mejoría clínica y con resultados de estudios de imagen se realiza laparoscopia diagnóstica.

Figura 1



Figura 2



HALLAZGOS

Distensión de asas delgadas, líquido de irritación peritoneal en fondo de saco de Douglas y corredera parieto cólica derecha, área de apendicetomía sin lesiones, torsión y aprisionamiento de segmento de ileon distal a 30 y 40 centímetros de la válvula ileocecal por su borde antimesentérico, en un defecto del peritoneo parietal posterior a nivel de fondo de saco de Douglas, [Figura 3](#) y [Figura 4](#), dada la dificultad técnica por la gran dilatación y aprisionamiento severo, se realiza conversión del procedimiento a laparotomía por incisión transversa modificada (Pffannenstiel) liberando el segmento de asa ileal y constatando su viabilidad, se realiza lavado de cavidad y cierre de pared por planos. La paciente evoluciona en buenas condiciones generales y al tercer día es dada de alta médica.

Figura 3



Figura 4



DISCUSIÓN

Generalmente este tipo de hernias son adquiridas y unilaterales, pudiendo aparecer en cualquier localización (orificio inguinal, crural, femoral, umbilical, obturador, flexura esplénica, etc.), aunque son más frecuentes en la región inguinal y femoral⁽⁶⁾; con el desarrollo de la cirugía laparoscópica aumenta su incidencia y se describen casos de localización en la zona de inserción del trocar umbilical⁽⁷⁾. Por lo inespecífico de los síntomas, aunque usualmente

no se presenta como cuadro de obstrucción intestinal, en la hernia de Richter no hay obstrucción intestinal completa, pero la porción atrapada favorece el edema local y la dilatación proximal.

Si no se reconoce y se trata en una etapa temprana, se puede producir lesión de ese segmento intestinal lo que agrava el desarrollo de la evolución⁽⁸⁾.

Las complicaciones son consecuencia del retardo diagnóstico y terapéutico, pudiendo ser: incarceration, estrangulación, gangrena, abscesos, fístulas entero cutáneas e incluso la muerte^(6,8,9,10). La paciente presentó diagnóstico difícil por la ausencia de signos que orienten a una etiología herniaria. En otras ocasiones, al no producirse una obstrucción completa de la luz intestinal, el mantenimiento del tránsito intestinal puede dar lugar a confusión en el diagnóstico. Aunque la radiografía simple es inespecífica, se pudo apreciar signos de obstrucción^(10,11), pero su indicación exige la sospecha clínica de esta variante diagnóstica. El tratamiento es quirúrgico, mediante cirugía abierta o laparoscópica, con resección y anastomosis del intestino si fuera necesario.

Se puede realizar cura operatoria simple o cura operatoria con malla. Se han publicado artículos que prefieren la reparación laparoscópica por las siguientes ventajas: mínima morbilidad posoperatoria, menor dolor posquirúrgico y disminución de la estancia hospitalaria⁽¹⁰⁾. En este caso, si fuera preciso, se puede realizar resección del íleon isquémico con anastomosis extracorpórea con una pequeña incisión abdominal⁽¹¹⁾. En conclusión, la importancia de las hernias de Richter radica en su conocimiento y en su bizarra presentación clínica, que demora una intervención quirúrgica precoz, lo que origina una mayor morbimortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patiño JF http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/id/357/pagina/1/cirugia_hernias. Agosto 19/09/2003. [[Links](#)]
2. Codina Cazador A, Girones V J, Lequerica M A, Roig Garcia J y col, Hernia de Richter como causa de obstrucción del intestino delgado, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (Dr. F. Tuca Rodríguez). Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. Cir Esp 2001; 69: 65-67. [[Links](#)]
3. H King. Femoral hernia causing pneumoperitoneum, postgraduate Medical Journal, 1986; 62: 675-676. [[Links](#)]
4. Watson Leigh F. Hernia. E. Artécnica 1952; 101-104. [[Links](#)]
5. Regier H. Routine Suture Closure of Laparoscopic Ports Urged to Avoid Richter's Hernia Laparoscopy News 1994. [[Links](#)]
6. Kadirov S, Sayfan J, Friedman S, Orda R Richter's hernia: a surgical pitfall. J Am Coll Surg 1996; 182: 60-62. [[Links](#)]
7. Williams MD, Flowers SS, Fenoglio ME, Brown TR, Richter hernia: a rare complication of laparoscopy. Surg Laparosc Endosc 1995; 5: 419-421. [[Links](#)]
8. Vervest AM, Eeftinck Schattenkerk M, Rietberg M, Richter's femoral hernia: a clinical pitfall. Acta Chir Belg 1998; 98: 87-89. [[Links](#)]
9. Limjoco UR, Grubbs JM, Thomas MD, Richter's hernia with bowel perforation. Am Fam Physician 1998; 58: 352-354. [[Links](#)]
10. Yip AW, AhChong AK, Lam KH, Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. Surgery 1993; 113: 266-269. [[Links](#)]
11. Archer RJ, Vaughan M, McArdle JP, Havlat M, Richter's hernia of the splenic flexure: computed tomography appearances. Australas Radiol 1994; 38: 66-67. [[Links](#)]

Edificio del Decanato, Oficina 50 P.B., Ciudad Universitaria, Caracas D.C, Venezuela. Apartado Postal 76333, El Marqués, Caracas.

Tlfs: (0212) 5619871 (0414) 2634154 Fax: (0212) 3214385



velascom@cantv.net