

Hernia estrangulada del hiato de Winslow

Dr. ROBERTO PUIG *

La *hernia del hiato de Winslow* es una curiosa entidad de la cirugía de urgencia que se produce siempre en una predisposición embriológica y que combina los caracteres de hernia interna y vólvulo intestinal.

Todos los autores señalan una alta morbilidad por la dificultad y la demora en el diagnóstico, que en cambio se puede lograr por un correcto estudio clínico radiológico.

La oportunidad de presentar esta primera observación en nuestro medio, supone una breve revisión del tema en la experiencia de otros autores.

CASO PRESENTADO

Servicio de Urgencia del Hospital Maciel. M. L. de V., 69 años, sexo femenino.

Motivo de consulta. Dolor abdominal agudo.

Enfermedad actual. Comienza 9 horas antes del ingreso con dolores abdominales de tipo cólico, mediana intensidad, que posteriormente localiza en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Al ingreso tiene vómitos y luego tres deposiciones oscuras.

Examen. Intensa palidez cutánea, muy dolorida. Abdomen: asimetría por deformación saliente de unos 8 cm. de diámetro, redondeada, en hipocondrio izquierdo, muy dolorosa, timpánica a la percusión. Resto del abdomen, tenso e indoloro. A la auscultación ruidos hidroaéreos aumentados.

Radiografía simple de abdomen. Imagen de gruesa burbuja gaseosa que se proyecta en epigastrio e hipocondrio izquierdo; asa delgada distendida centroabdominal que sube desde la pelvis.

Diagnóstico preoperatorio. Vólvulo de ciego.

Operación. Dr. R. Puig, Dr. Muñoz. Anestesia general: Pte. Ribas. En la exploración: hernia interna que penetra por el hiato de Winslow: del ciego, parte del colon ascendente y última asa ileal que atraviesan el pequeño

epiplón volviendo a la gran cavidad; proceso de estrangulación con vísceras muy distendidas y de color cianótico.

Procedimiento. Se punciona el ciego sobre una cintilla evacuando el contenido gaseoso y se cierra este orificio con una jareta. Se reduce la hernia traccionando y haciendo presión desde la retrocavidad. El sector estrangulado se recolorea. Se fija el ciego con 4 puntos de lino a la fosa iliaca interna.

Evolución. Los dos primeros días abdomen algo distendido; al tercer día restablece tránsito intestinal y se levanta; al séptimo día vista por la guardia, anota: en colapso, sin pulso ni presión, muy disneica, estertores en ambos campos pulmonares, fallece.

CONSIDERACIONES

Blandin, en 1824, hace el primer relato de este tipo de hernia en un hallazgo de autopsia.

Treves, en 1888, hace la primera descripción operatoria. Es curiosamente incomprensible la explicación que daría de su fracaso: no pudo reducir la hernia porque le fue imposible agrandar el orificio del hiato y porque además consideró "no podía seccionar el pedículo hepático con total impunidad" (3,17).

Nevé, en 1892, presenta el primer caso operado con éxito (7).

Moynihan, en 1899, hace la primera revisión considerando los factores etiológicos. Los 8 casos publicados hasta ese momento, todos murieron.

Hollenberg, en 1945, hace el primer diagnóstico preoperatorio con estudios radiológicos contrastados; y Smoot, en 1952, hace el primer diagnóstico con radiografías simples. Cimmio, en 1953, hace una prolija descripción de la signología radiológica valorando la imagen en creciente que queda en el borde izquierdo de la gran burbuja gaseosa y que corresponde a la superposición con la cámara gástrica.

Trabajo del Servicio de Urgencia del Hospital Maciel. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de abril de 1970.

* Ex Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

Erskine (3), en 1967, hace una extensa revisión de los 90 casos publicados hasta ese momento e incluye 50 referencias bibliográficas.

Posteriormente, en el Index Medicus hasta febrero de 1969 aparecen otros 4 casos: de Schwartz (16), Stankey (18) Still (19) y Williams (22). El caso de Schwartz es una mujer de 63 años que comenzó 5 semanas antes del ingreso con un sufrimiento catalogado como cólico hepático, le hicieron estudios radiológicos contrastados de gastroduodeno, tránsito intestinal y enema baritado, con lo que llegaron al diagnóstico positivo y luego una intervención coordinada de elección con éxito. Still describe el primer caso en una mujer embarazada.

Pistacchi (12), en 1967, analiza la casuística de hernias internas que es inferior a un millar y se distribuyen de la siguiente forma: de la región duodenal, 53 %; pericecales, 16 %; del hiato de Winslow, 10 % transmesentéricas, 13 %; intersigmoideas, 1,8 %.

Etiología.

Toda hernia interna supone un *factor condicionante* anatómico: la presencia de un receso fisura o abertura a través del cual se produce (12) y que para el caso de la hernia del hiato de Winslow supone un aumento anormal de tamaño (3, 7, 16, 17) y/o una entrada en forma de embudo del mismo (3). En el caso presentado no se estableció cómo era esta condición.

Como *factores predisponentes* se señalan:

- la movilidad aumentada del asa intestinal (3, 7, 11, 12, 16, 17); y
- la existencia de bridas, retracciones mesentéricas o adherencias que actúan creando un punto fijo como centro de rotación.

La movilidad aumentada del asa intestinal resulta de una anomalía del desarrollo. El ciego alcanza su posición definitiva por rotación, descenso y fijación; el proceso de acolamiento normal se inicia al 8º mes de la vida fetal y se completa 4 meses después del nacimiento (11). Según la etapa donde se detenga el desarrollo se puede observar:

- mesenterio común;
- longitud anormal del mesenterio;
- falta de coalescencia del colon ascendente (3, 7, 17).

Erskine y Pistacchi observan el contraste entre la frecuencia de factores condicionantes y predisponentes y la relativa rareza de esta patología, sobre todo en los niños. En los 90 casos publicados hay sólo 7 pacientes menores de 20 años.

En el caso presentado existía una falta de acolamiento del colon ascendente.

Los *factores determinantes* actúan:

- por aumento brusco de la presión intraabdominal; y
- por dilatación brusca y/o peristalsis patológica del sector cecocólico (3, 7, 12, 11, 16).

Sobre todo después de una comida copiosa, la posición sentada con flexión anterior del tronco o los movimientos bruscos de flexión o rotación del tronco, provocarían un vacío relativo de aspiración en la retrocavidad.

Los esfuerzos de elevación de pesos o de defecación, por contracción de la pared abdominal pueden ejercer una presión positiva que empuja el intestino a través del foramen.

Los procesos de fermentación aumentados en dietas excesivamente vegetales produciendo una peristalsis exagerada del ciego o las obstrucciones intestinales distales por dilatación del mismo, pueden provocar una hernia del hiato o estrangular una hernia ya presente y reductible.

Anatomía patológica.

Según el segmento intestinal herniado, se distinguen *tres tipos*:

- intestino delgado, 63 %;
- ileocecolon, 30 %;
- colon transverso, 7 %.

Se han descrito variantes *rarísimas*: hernia de un divertículo de Meckel (22), de una vesícula biliar litiásica.

Se han referido 10 casos de hernias *complejas* por reentrada de las vísceras a la gran cavidad a través del pequeño epiploon, del ligamento gastrocólico o del mesocolon transverso.

En toda la casuística hubo 8 casos de gangrena intestinal por *estrangulamiento* que requirieron resección.

Fisiopatología.

Las manifestaciones clínicas dependen de múltiples y variables factores:

- sector y extensión del intestino herniado, en dependencia de la condición embriológica;
- reductibilidad y episodios intermitentes de herniación;
- fijación al anillo herniario por adherencias inflamatorias;
- tamaño del hiato y modificaciones que sufre con los cambios de posición: aumenta de tamaño en la posición sentada y genupectoral, disminuye con la extensión del tronco y la posición de pie;
- localización, extensión e intensidad de la oclusión intestinal que puede constituirse en asa abierta o cerrada de delgado y/o colon;
- grado de compromiso vascular y estrangulamiento;
- reentrada a la gran cavidad peritoneal;
- compresión de la vía biliar principal a nivel del hiato.

El *componente oclusivo* puede eventualmente adquirir distintos caracteres aun simultáneamente:

- oclusión duodenal por compresión a nivel del hiato, con ausencia de vómitos intestinales;
- oclusión cerrada de delgado a nivel del segmento herniado;
- oclusión cerrada de colon en el segmento herniado por compresión a nivel del hiato, o por volvulación;
- oclusión cerrada de colon entre la hernia y una lesión orgánica distal.

En el caso presentado se constituyó en forma aguda una oclusión con estrangulamiento en asa cerrada ileocolónica con reentrada a la gran cavidad.

Clínica.

La mayoría de los casos se presentan en forma aguda, pero a veces hay anteceden-

tes de sufrimiento recurrente probablemente en relación con la reducción espontánea (3).

El *dolor* es variable en su localización, irradiaciones, naturaleza e intensidad.

Lo más frecuente es que se localice en el hemivientre superior, pero en las hernias del cecoascendente puede tener una topografía más baja. Comienza en forma aguda con carácter cólico localizado en hipocondrio derecho y en el curso de la evolución puede hacerse permanente con signos generales de estrangulamiento o bien puede disminuir de intensidad y aun desaparecer por reducción de la hernia o por rotura de la pars flácida con pasaje a la gran cavidad.

El paciente tiene tendencia a tomar una posición en flexión o genupectoral, lo que alivia su dolor por aumento de la amplitud del hiato.

Los *vómitos* pueden constituir un síntoma predominante, pero en la mayoría de los casos son raros porque la oclusión se produce en asa cerrada y aun puede haber oclusión del duodeno a nivel del hiato.

Habitualmente hay detención del tránsito para materias y gases, pero en algún caso se ha visto enterorragia o melenas.

El examen se caracteriza por la *asimetría* y la aparición de una masa tensa, timpánica y dolorosa en epigastrio o hipocondrio izquierdo, coincidiendo con la fosa ilíaca derecha desocupada. Hay distensión abdominal y aumento de los ruidos intestinales.

El caso presentado comienza en forma aguda sin antecedentes, con dolor cólico que posteriormente se hace permanente y se localiza en la deformación asimétrica del hipocondrio izquierdo.

Radiología.

Es el elemento de mayor valor diagnóstico como en todo cuadro agudo de vientre. Los enfoques *simples* deben tomarse de pie y acostado, de frente y de perfil.

Se observa una colección o burbuja gaseosa circunscripta en la parte alta del abdomen, mediana, que se extiende a la izquierda de la línea media y desplaza el estómago, que a su vez la contornea dibujando una imagen en creciente típica, señalada por Cimmino (3). Esa gran burbuja puede tener un gran nivel y/o varios pequeños niveles según se trate del

colon y/o asas delgadas. El estómago puede estar desplazado adelante y a la izquierda o bien hacia atrás cuando la hernia atraviesa el pequeño epiplón y se antepone.

En relación con las distintas formas de oclusión se agregan imágenes de asas distendidas y niveles.

Otro elemento típico es la ausencia de materias y gases en la topografía habitual del cecoascendente.

La radiología *contrastada* puede ser prescindible, sobre todo en los casos agudos con estrangulamiento. El *enema baritado* da una imagen de compresión extrínseca con obstrucción a nivel de la gran burbuja gaseosa. En casos raros puede descubrirse una lesión orgánica en colon distal, que actuó como factor determinante (16).

En el *tránsito baritado oral* puede determinarse el exacto desplazamiento y compresión del estómago y su relación con la gruesa burbuja patológica. El medio de contraste puede penetrar y opacificar al intestino delgado herniado.

En el caso *presentado* se hizo una sola placa simple en decúbito que debió servir

para establecer el diagnóstico correcto: hay una gruesa burbuja gaseosa mediana e izquierda marginada a izquierda por dos crecientes que corresponden al estómago; hay un asa delgada distendida que sube por el centro hacia esa burbuja y se interrumpe en una opacidad que corresponde al pedículo hepático, falta el ciego en su topografía habitual.

Diagnóstico.

Es *difícil* porque es una situación muy rara y poco conocida. En los 90 casos publicados y revisados por Erskine, sólo se hizo diagnóstico correcto en 5; a los que se agrega el caso de Schwartz (16) operado en frío.

La *demora* en el diagnóstico es causa de la *alta mortalidad*. En los 90 casos alcanzó a 49 %, teniendo en cuenta que 12 casos no fueron operados y fallecieron.

El dolor de intensidad variable puede disminuir a las pocas horas de comienzo y reaparecer tardíamente con el estrangulamiento.

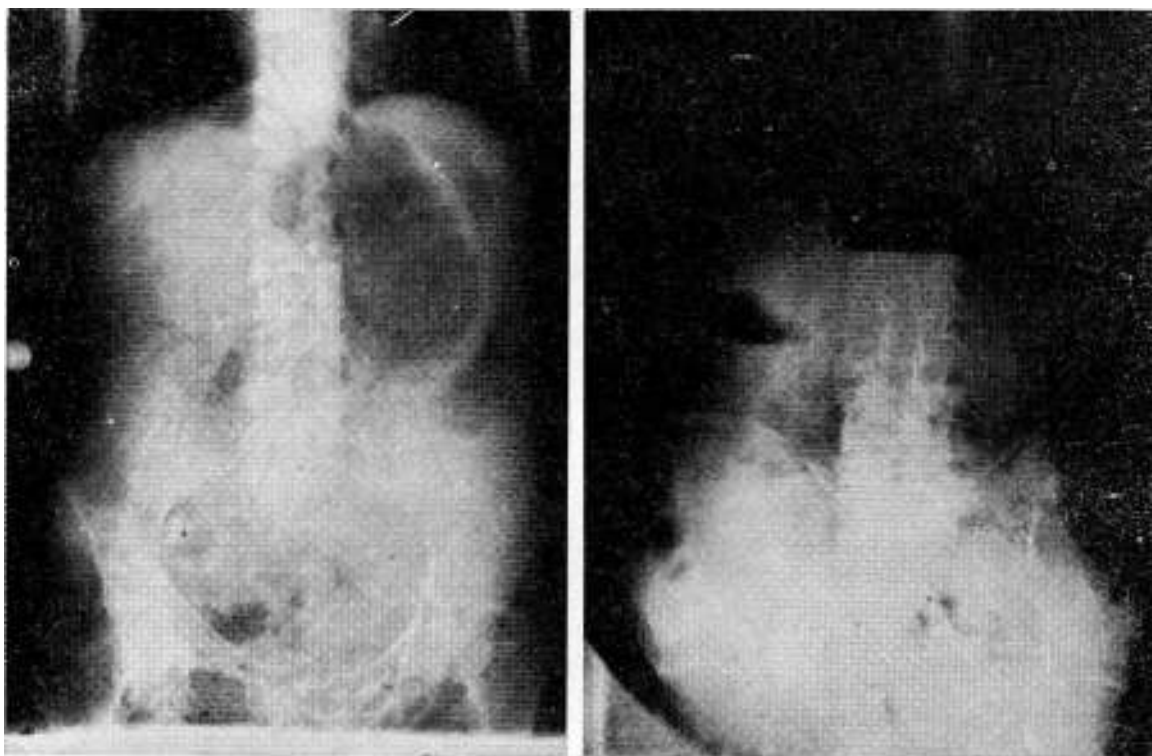


FIG. 1.— Se compara la radiografía simple del caso presentado, a la izquierda, con otro negativo correspondiente a un vólvulo de ciego, lo que llevó a un erróneo diagnóstico preoperatorio.

El componente oclusivo puede no ser evidente por obstrucción duodenal con ausencia de reflujo intestinal y de vómitos, y escasa distensión porque falta la aerofagia.

La masa herniada posterior puede ser poco evidente al examen clínico.

La radiología se puede interpretar equivocadamente como una cámara gástrica.

En el caso presentado se hizo diagnóstico preoperatorio de vólvulo cecal por asimilación a otro caso vivido poco tiempo antes. En la figura 1 se comparan las dos radiografías.

Tratamiento.

En relación con el *sector herniado*, el tratamiento depende de las condiciones de viabilidad o de la gangrena consecuente al estrangulamiento.

En caso de gangrena lo fundamental es la resección, ya sea segmentaria de delgado o la hemicolectomía derecha.

En los casos viables hay dos problemas fundamentales: la reducción de la hernia; la prevención de las recurrencias.

La *reducción de la hernia* puede ser dificultosa y se debe recurrir a varios procedimientos:

- agrandamiento del foramen por maniobras digitales y por movilización del duodenopáncreas (maniobra de Kocher);
- liberación de adherencias patológicas del asa herniada;
- decompresión del asa por simple punción y aspiración, por enterotomía o por apendicostomía;
- tracción de las asas herniadas y presión de las mismas desde la retrocavidad.

Aunque no es posible determinar la incidencia de las recurrencias, es obvia la indicación de medidas determinadas a su prevención, suprimiendo las condiciones anatómicas que favorecen, es decir: cierre

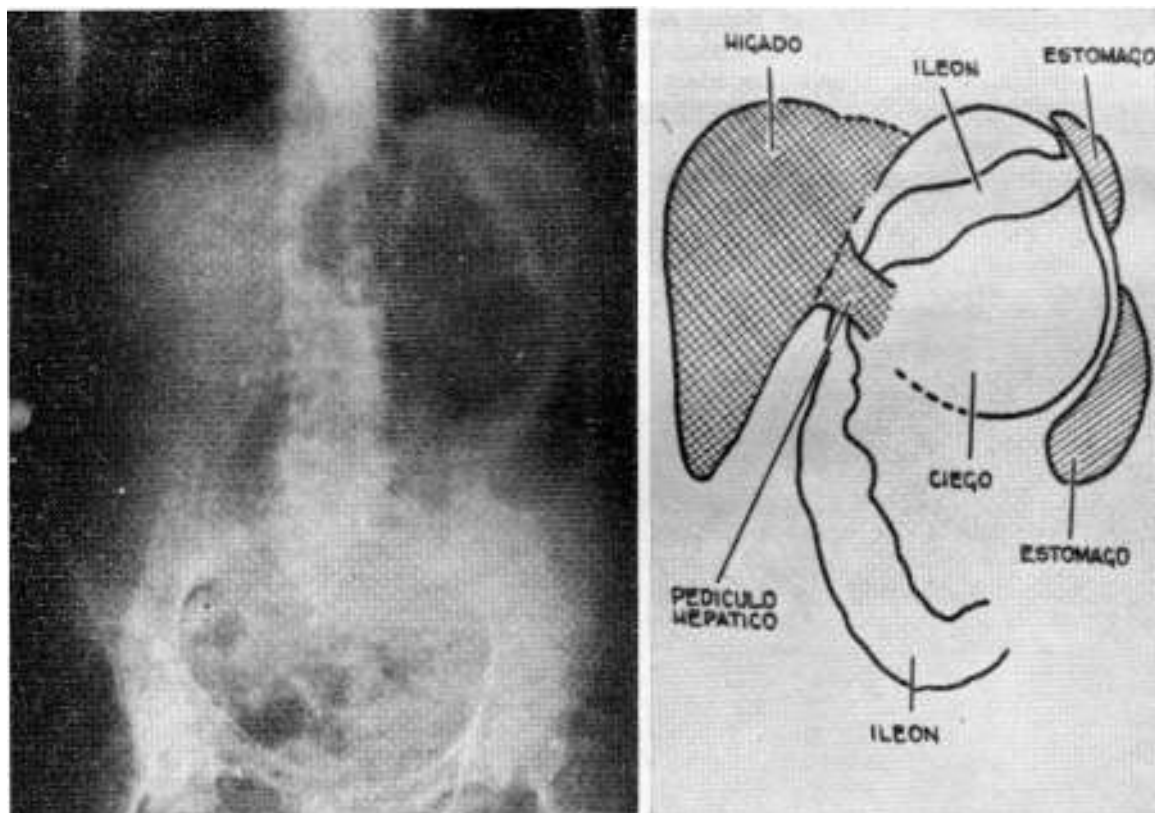


FIG. 2.—Se esquematizan los elementos típicos de la radiografía simple del caso presentado: gruesa burbuja gaseosa mediana y lateralizada a izquierda que corresponde al ciego; doble imagen en creciente que resulta de la cámara gástrica comprimida y desplazada; asa delgada distendida que sube por el centro hacia esa burbuja y se interrumpe en una opacidad que corresponde al pedículo hepático; falta el ciego en su topografía habitual.

del orificio hiatal y fijación del asa anormalmente móvil.

El cierre del foramen se ha hecho por sutura o por bloqueo fijando el epiplón mayor o el ángulo derecho del colon o el duodeno movilizado.

Los autores nacionales que se ocuparon del tema vólvulo del ciego describen distintos procedimientos para la fijación del asa móvil: Ardao (1), Fernández Chape-la (4), Praderi (13) y Suiffet (20) utilizan la simple sutura con puntos de lino al peritoneo parietal de la fosa ilíaca interna y de la gotera. Piquinela (11) preconiza la cecostomía o apendicostomía que además de permitir la decompresión y el drenaje aseguran la fijación del asa; también describe la cecoplicatura y las resecciones de tipo hemicolectomía que tiene en cuenta ante el fracaso de las llamadas operaciones de fijación. Priario (14) y Varela y Ormaechea (21) realizan hemicolectomía en presencia de lesiones gangrenosas.

Quénu (5, 15) y Large (8) reiteran las descripciones de antiguas operaciones de colopexia recomendando el empleo de material de sutura no reabsorbible y haciendo la fijación sobre una superficie fija, resistente y desperitonizada.

Quénu (fig. 3) reseca un fragmento de peritoneo en forma de triángulo en el borde externo del me enterio. Realiza la fijación de la bandeleta posterior del colon al psoas, cuadrado lumbar al tendón del pequeño psoas y luego al borde externo del colon al labio externo de la brecha peritoneal.

Large (fig. 4) realiza una incisión en el peritoneo de la gotera parietocólica

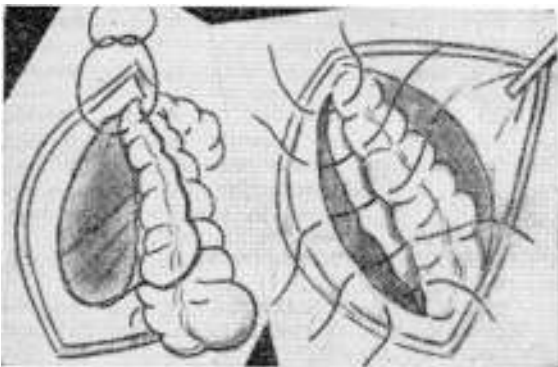


FIG. 3.—Colopexia (técnica de Duval y Gregoire).

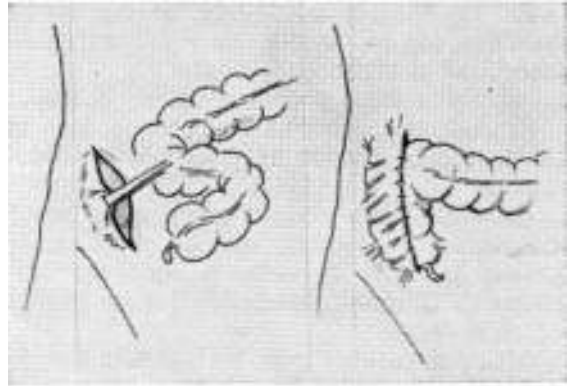


FIG. 4.—Colopexia (técnica de Large).

desde el ángulo derecho hasta la pelvis; decola el colgajo externo peritoneal y fabrica como un bolsillo donde ubica el cecoascendente. Cierra el bolsillo con un doble plano de sutura con material no reabsorbible.

En el caso presentado el sector herniado era viable. La reducción se logró por decompresión con simple punción a nivel de una bandeleta y tracción del intestino. La fijación se hizo con 4 puntos de lino a la fosa ilíaca interna.

CONCLUSIONES

Es esta la primera observación publicada en nuestro medio de hernia del hiato de Winslow: mujer de 69 años con cuadro agudo de vientre con 9 horas de evolución que al examen presenta asimetría abdominal por deformación en hipocondrio izquierdo. La radiología mostraba signos típicos. En la operación, hernia del ileoceocolon estrangulada y con reentrada a la gran cavidad por el pequeño epiplón. Se hizo decompresión por punción y aspiración, reducción de la hernia y fijación del ciego. Evolución fatal probablemente en relación con accidente cardiovascular central.

Se hace una corta revisión en base al trabajo de Erskine, de 1967, que analiza los 90 casos publicados hasta ese momento.

En la etiología se consideran factores condicionantes, predisponentes y determinantes.

En la anatomía patológica hay distintos tipos según el segmento herniado. Hay formas complejas por reentrada a la gran cavidad; y formas con estrangulamiento.

En la fisiopatología hay variantes en relación con el anillo, con el contenido intestinal y estrangulamiento. herniario y sus complicaciones: oclusión

El cuadro clínico se caracteriza por la forma aguda con dolor y asimetría abdominal.

La radiografía simple es de gran valor diagnóstico por sus elementos típicos: gruesa burbuja gaseosa, imagen en creciente de Cimmio y desocupación de la fosa ilíaca derecha.

Alta mortalidad por la dificultad y la demora en el diagnóstico.

En el tratamiento hay que considerar la viabilidad del segmento herniado, la reducción de la hernia y las medidas para prevenir su recurrencia.

RESUMEN

Se presenta la primera observación de hernia estrangulada en el hiato de Winslow publicada en el Uruguay.

Después de una revisión de la literatura se analizan los caracteres etiológicos y clínicos.

El diagnóstico es tardío, por eso existe una mortalidad elevada por esta afección.

El elemento más útil en el diagnóstico es el estudio radiológico.

RÉSUMÉ

Présentation de la première observation faite dans notre milieu de hernie du hiatus de Winslow.

Revision de la bibliographie ayant trait à cette affection.

Analyse de ses caractères étiologiques anatomiques, cliniques.

Le diagnostic a lieu tardivement, ce qui explique la mortalité élevée.

L'accent est mis sur l'importance de la radiologie simple de l'abdomen en tant qu'élément permettant un diagnostic plus rapide.

SUMMARY

This is the first observation made in Uruguay of Winslow hiatus herniation.

The author includes a bibliographical review of this disease.

Followed by an analysis of its ethiological, anatomic and clinical characteristics.

Its high mortality is accounted for delayed diagnosis.

Simple radiology of the abdomen is of value in permitting an early diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

1. ARDAO, A. R., QUAGLIOTTO, E. y BONILLA, E. Vólvulo del ciego. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 199, 1963.
2. DEL CAMPO, J. C. Vólvulo del ciego. Su expresión radiológica. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 14: 480, 1943.
3. ERSKINE, J. M. Hernia through the foramen of Winslow. *S.G.O.*, 125: 1093, 1967.
4. FERNANDEZ CHAPELA, A. M., PRADINES, J. C. y RUBIO, R. Vólvulo del ciego, colon ascendente y última asa ileal. *5º Cong. Urug. de Cir.*, 1: 443, 1954.
5. FEY, B. et col. *Traite de technique chirurgicale* VI. 1959. Masson, Paris.
6. HAYNES, C. D. Hernia through the foramen of Winslow: report of a case. *Amer. Surg.*, 34: 687, 1968.
7. JONES, T. W. Hernia del agujero de Winslow. En: *Hernias, tratado de Nyhus y Harkins*, 750, 1967. Traducción Ed. Intermédica.
8. LARGE, A. M. Partial intermittent volvulus of the cecum. *Ann. Surg.*, 167: 609, 1968.
9. LARGHERO, P. Vólvulos del ciego-colon ascendente. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 19: 366, 1948.
10. PAITRE, F. y col. La trascavidad de los epiploones. En: *Práctica Anatómicoquirúrgica Ilustrada*, fasc. primero: 104, 1936. Salvat, Barcelona.
11. PIQUINELA, J. A. Vólvulo de ciego. Los vólvulos del colon derecho. *Anales Fac. Med. Mont.*, 37: 3, 1952.
12. PISTACCHI, E. Studio anatomo-clinico sulle cosiddette ernie addominali interne. *Minerva Chir.*, 22: 511, 1967.
13. PRADERI, R. Vólvulos sucesivos de ciego y sigmoides. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 32: 285, 1961.
14. PRIARIO, J. y BONAVIDA, L. Vólvulo de colon derecho. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 28: 105, 1957.
15. QUENU, J. et KÜSS, R. Colopexias. En: *Traite de technique chirurgicale*. 1949. Masson, Paris.
16. SCHWARTZ, A. and FEUTCHTWANGER, M. M. Hernia through the foramen of Winslow. *Israel J. Med. Sci.*, 4: 117, 1968.
17. SHEPHERD, J. A. Hernia through the foramen of Winslow. En: *Surgery of the acute abdomen*, 20: 967, 1960. Livingstone. Edinburgh & London.
18. STANKEY, R. M. Intestinal herniation through the foramen of Winslow. *Radiology*, 89: 929, 1967.
19. STILL, R. M. and SCOTT, R. Hernia through the foramen of Winslow in pregnancy. *J. Obstet. Gynec. Brit. Comm.*, 74: 939, 1967.
20. SUIFFET, W. Vólvulo de ciego. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 25: 147, 1954.
21. VARELA, R. y ORMAECHEA, C. La ileocoliectomía derecha en el vólvulo de ciego. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 28: 445, 1957.
22. WILLIAMS, J. A. Meckel through Winslow. *Brit. Med. J.*, 1: 811, 1968.