

Hernia del mesosalpinx, una causa rara de obstrucción intestinal: Reporte de caso

Luis Felipe Arias Guerra¹, Silvana Isabel Acosta González¹,
Efraín Nicolás Mastrodomenico Medina¹

Mesosalpinx hernia, a rare cause of bowel obstruction: Case report

Introduction: Internal hernias are an uncommon cause of bowel obstruction, there is a visceral protrusion through a defect inside the cavity, mostly the small intestine. **Objective:** To report the clinical case of a patient with bowel obstruction secondary to hernia of the wide ligament and literature review. **Materials and Methods:** A 78-year-old multiparous woman with previous abdominal surgeries, presented with clinical bowel obstruction and peritoneal irritation; the tomography showed dilation of the thin wing, suggesting ileus and alterations in mesenteric fat; exploratory laparotomy was performed with evidence of herniary defect in mesosalpinx with necrosis of 30 centimeters of ileum, requiring intestinal anastomosis, hemoperitoneous drainage, salpingo-oophorectomy, and closure of the abdominal cavity with adequate postoperative evolution. **Discussion:** Broad ligament hernias represent a small group of rare causes of bowel obstruction that are difficult to diagnose. Most are found intraoperatively and increase morbidity and mortality. Diagnostic images are essential. The treatment is surgical; the laparoscopic or open approach is controversial, and each case should be individualized.

Keywords: internal hernia; laparoscopy, laparotomy; bowel obstruction.

Resumen

Introducción: Las hernias internas son una causa infrecuente de obstrucción intestinal, en la que existe una protrusión visceral a través de un defecto dentro de la cavidad, mayormente intestino delgado. **Objetivo.** Reportar el caso clínico de una paciente con obstrucción intestinal secundaria a hernia del ligamento ancho y revisión de literatura. **Caso clínico:** Mujer de 78 años, múltipara, con cirugías abdominales previas, presentó clínica de obstrucción intestinal e irritación peritoneal, la tomografía mostró dilatación de asa delgada, sugería íleo y alteraciones en la grasa mesentérica; se realizó laparotomía exploratoria con evidencia defecto herniario en mesosalpinx con necrosis de aproximadamente 30 centímetros de íleon, requirió anastomosis intestinal, drenaje de hemoperitoneo, salpingooforectomía y cierre de cavidad abdominal; con adecuada evolución postoperatoria. **Discusión:** Las hernias del ligamento ancho comprenden un pequeño grupo de causas raras de obstrucción intestinal de difícil diagnóstico. La mayoría son halladas intraoperatoriamente. lo que aumenta la morbimortalidad. Las imágenes diagnósticas son fundamentales. El tratamiento es quirúrgico; el abordaje laparoscópico o abierto es controversial y cada caso debe ser individualizado.

Palabras clave: hernia interna; laparoscopia, laparotomía; obstrucción intestinal.

¹Organización Clínica General del Norte. Barranquilla, Atlántico, Colombia.

Recibido el 2025-04-15 y aceptado para publicación el 2025-04-21

Correspondencia a:
Dr. Luis Felipe Arias Guerra
felipeariasguerra@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La obstrucción intestinal (OI) es un cuadro de presentación aguda en la que el tránsito intestinal se ve interrumpido, lo que aumenta la morbimortalidad en los pacientes. Las hernias internas son una causa poco frecuente de OI, menor del 1% de todas las hernias¹. Las hernias internas se definen como la protrusión de vísceras intraabdominales y pueden ser adquiridas o congénitas. La hernia del ligamento ancho constituye el 4-7% de todas las hernias internas; pueden ser unilaterales, en su mayoría, o bilaterales; su etiología es desconocida, pero se describe que son atribuibles a causas congénitas o adquiridas, estas últimas relacionadas con eventos del tracto reproductivo femenino como: la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), partos y cirugías previas².

La primera hernia del mesosalpinx fue descrita por Quain en 1861³. El ligamento ancho, anatómicamente conformado por una doble capa de peritoneo que da origen a: meso-ovario, mesosalpinx, mesometrio. Se clasificó por Hunt en tipo I y II según su localización y por Cilley en tipos I, II y III^{4,5}. La edad de presentación es variable, pero en algunas revisiones señalan edad media de aprox. $44,7 \pm 13,2$ años². Es imperativo conocer los signos clínicos característicos que sugieran OI por hernia de Quain, puede cursar típicamente como cualquier cuadro obstructivo sin embargo existe una relación clínica en el que puede estar asociada a cuadros de pseudo-oclusión intestinal de inicio insidioso e intermitente sin afectar gravemente la condición de salud del paciente o por el contrario requerir cirugía de urgencia. Las imágenes como: radiografía de abdomen, TC (tomografía computarizada) de abdomen y pelvis con contraste permiten realizar el diagnóstico de OI, además de visualizar lesiones asociadas en ocasiones no establecen un diagnóstico claro sobre esta patología; es por ello que ante indicios radiológicos y antecedentes se debe sospechar en hernia de Quain.

El tratamiento siempre es quirúrgico, en cuanto al abordaje surgen controversias entre la vía laparoscópica o abierta. La literatura disponible es escasa, se basan en series de casos. En Colombia, existen pocos casos reportados. En 2012, se reportaron dos casos en los que se realizó laparotomía y uno requirió resección del anexo comprometido y otra corrección del defecto, no requirieron de resección intestinal por viabilidad del asa⁶.

Este artículo describe el caso clínico de una paciente con signos de obstrucción intestinal por una hernia de Quain, atrapada en el mesosalpinx, que fue

llevada a cirugía para su corrección sin complicaciones graves posteriores.

Informe del caso

Paciente femenina de 78 años de edad con antecedentes de cirugías abdominales, múltipara, con antecedentes de revascularización miocárdica reciente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e hipertensión arterial.

Ingresó con cuadro clínico de 12 horas de evolución con dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de moderada intensidad, asociado a distensión abdominal, emesis persistente de tipo fecaloide, realización de una deposición, se hospitaliza para manejo conservador por sospecha de proceso adherencial.

La paciente presentaba constantes vitales dentro de la normalidad en el examen físico inicial, se evidenció cicatrices quirúrgicas anteriores, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó radiografía de abdomen que mostró niveles hidroaéreos y posteriormente TC de abdomen con contraste endovenoso, que mostró alteraciones en la grasa mesentérica en fosa iliaca izquierda con íleo, además se denotan zona de transición y dilatación de asa delgada en pelvis así como desviación de útero hacia el lado derecho (Figura 1).

Evolucionó tópidamente con empeoramiento del cuadro clínico aproximadamente 48 horas después del inicio de los síntomas con datos claros de irritación peritoneal asociado a alteraciones de la bioquímica sanguínea dadas por: hiperglicemia, hipopotasemia leve, alteraciones de reactantes de fase aguda como proteína C reactiva elevada, ácido láctico en 2,15 milimol por litro (mmol/L); se evidenció además alteraciones en el hemograma como leucopenia leve y disminución de 2 gramos de hemoglobina con respecto a los valores de ingreso iniciales, además con signos de: taquicardia, taquipnea y desaturación que requirió de oxigenoterapia no invasiva con alteraciones del sensorio con qSOFA *score* de 2 puntos⁷, por lo que se llevó a cirugía de laparotomía exploratoria emergente. En el procedimiento quirúrgico se evidenció hernia de Quain tipo I de Hunt y tipo II Cilley, hemo-peritoneo de aproximadamente 500 mililitros (ml), necrosis de aprox. 30 centímetros de íleon a 70 centímetros de válvula ileocecal, peri apendicitis (Figura 2). Se realizó resección intestinal y anastomosis latero-lateral ileo-ileal con sutura mecánica *endoGIA* 60 milímetros recarga morada, salpingooforectomía izquierda, apendicetomía, lavado y cierre de cavidad.

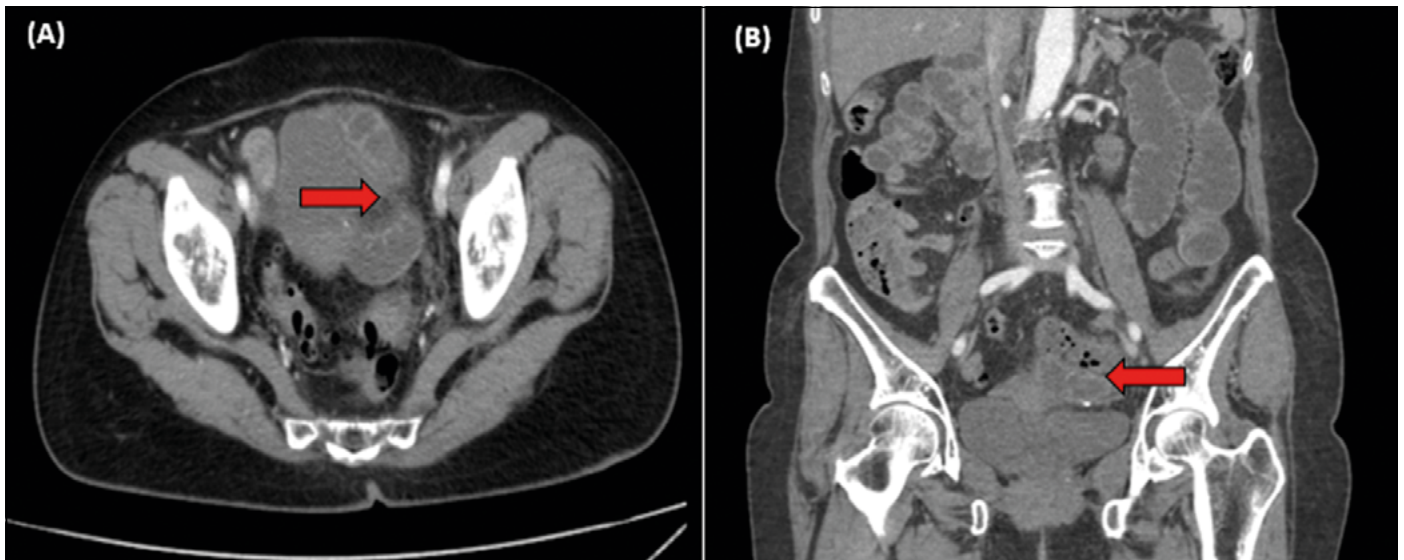


Figura 1. TC de abdomen, corte axial con asa delgada en bucle (flecha), aparentemente zona de transición de este **(A)**, corte coronal se evidencia desplazamiento uterino hacia el lado derecho con presencia de asa intestinal (flecha) en zona aneal izquierda **(B)**. Fuente: tomada de los registros de imagen del paciente.

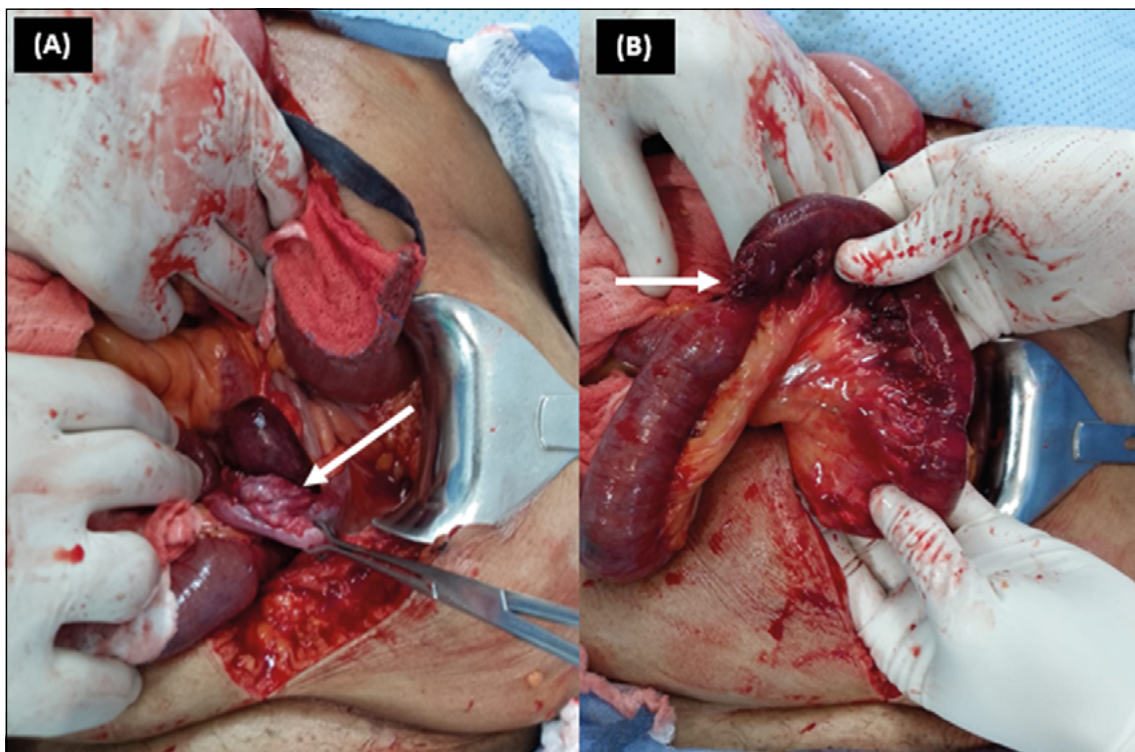


Figura 2. Defecto herniario con fenestra del mesosalpinx tipo II de Cilley (flecha blanca) mientras se sostiene trompa uterina izquierda **(A)**, Íleon distal con compromiso irreversible y extensa necrosis (flecha blanca) **(B)**. Fuente: elaboración por los autores.

En el postoperatorio inmediato se trasladó a unidad de cuidados intensivos (UCI), con terapia antibiótica endovenosa de amplio espectro, reanimación hídrica, monitorización hemodinámica estricta, evolucionando satisfactoriamente con mejoría del cuadro de sepsis, culminó su estancia en UCI al quinto día y fue dada de alta en la hospitalización a los 16 días después de la intervención inicial; la paciente en el transcurso requirió de drenaje de hematoma suprafascial, sin mayores complicaciones. Acudió a control ambulatorio 20 días del postoperatorio con resolución completa, buena cicatrización y sin signos o síntomas asociados.

Discusión

Las causas de obstrucción intestinal secundaria a hernias de Quain corresponden al 0,003% de todos los casos⁸. Existe escasa evidencia en el manejo de esta entidad, la mayoría suele corresponder a series de casos y algunas revisiones. La incidencia de esta patología es baja, en los últimos 20 años se han reportado alrededor de 49 casos²; otras revisiones recientes apuntan que desde 1861 hasta 2022 no superan más de 130 casos reportados en el mundo. En Colombia, se encontró evidencia de al menos 2 casos reportados en el año 2012, sin embargo este último dato puede ser un poco mayor⁸.

Existen datos que podrían sugerir factores de riesgo asociados como multiparidad, cirugías abdominales, traumatismos o EPI. Sin embargo, un 18-20% de la población no cumple con ninguno de estos factores asociados, atribuyendo causas congénitas. En nuestro caso el tipo de defecto fue el tipo ventana y tipo II de Cilley, el cual comprende un tipo de defecto del mesosalpinx relativamente infrecuente, atribuible posiblemente a sus antecedentes ginecológicos y cirugías abdominales previas. En orden, los órganos más comúnmente comprometidos son: intestino delgado, intestino grueso y ovarios⁹. El diagnóstico temprano es fundamental, ya que se documenta un riesgo en la mortalidad de hasta 50%; sobre todo cuando hay compromiso vascular¹⁰. La búsqueda activa de esta patología comprende la realización de estudios de imagen de forma temprana para su diagnóstico, los estudios de laboratorio pueden orientar a las alteraciones sistémicas dadas por el cuadro agudo motivado por sepsis. Sin embargo, algunas revisiones apuntan que un diagnóstico preoperatorio es escaso cerca del 36% con tomografía computarizada. El uso de la TC de abdomen con contraste es fundamental.

El manejo siempre es quirúrgico, realizar el abordaje de forma temprana de la hernia de Quain es seguro y eficaz. En cuanto al abordaje es controversial, puesto que por vía laparoscópica y abierta ambas ofrecen resolución del cuadro. Sin embargo, el factor de conversión de laparoscópica a cirugía abierta está latente¹¹, causas de ello podrían estar asociadas la gran dilatación de asas delgadas con riesgo de perforación, síndrome adherencial por cirugías previas. Siempre hay que tener en cuenta que existen algunas condiciones agravantes en cuanto a la condición clínica del paciente en casos de obstrucción intestinal por hernia de Quain, que sugieran un manejo quirúrgico urgente, como signos de sepsis e irritación peritoneal, por lo cual es una opción viable que se opte por la vía abierta como fue nuestro caso con el fin de disminuir su mortalidad. Existen unas recomendaciones al reducir quirúrgicamente la hernia, se ponen a consideración reparación del defecto con sutura absorbible, además de realizar una revisión o evaluación obligada al lado contralateral del defecto puesto que el porcentaje de que sea bilateral está presente, aunque este último sea mínimo. Por otro lado es posible de requerir, según el caso, resección de anexos¹², como en este caso, siempre y cuando se revise la paridad satisfecha de la paciente. Se atiende a que la mejor opción para el paciente está sujeta por la disponibilidad del equipo y la experiencia de cada cirujano. Cada caso debe ser individualizado, en la búsqueda activa de esta patología.

Por último, es primordial que futuras investigaciones en esta patología se centren en el método diagnóstico temprano o su sospecha clínica en fases tempranas; puesto que es una patología retardadora difícil confirmar en sus presentaciones iniciales con desenlaces que pueden aumentar la morbilidad y mortalidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Uso de inteligencia artificial: los autores declara-

ran que en este artículo no se realizó uso de inteligencia artificial.

Esfera de Colaboración

Luis Felipe Arias Guerra: Conceptualización, adquisición de fondos, investigación, metodología, recursos, supervisión, validación, visualización, escritura.

Silvana Isabel Acosta González: Conceptualización, adquisición de fondos, investigación, metodología, recursos, supervisión, validación, visualización, escritura.

Efraín Nicolás Mastrodomenico Medina: Conceptualización, recursos, supervisión, validación.

Bibliografía

1. Bogdan A. Obstrucción intestinal por hernia interna secundaria a defecto del ligamento ancho. Caso clínico y revisión de la literatura. [Trabajo de grado en medicina]. Alcalá de Henares. España: Universidad de Alcalá; 2024. Fecha de consulta: 15, Febrero, 2025. Disponible en: https://ebuah.uah.es/xmlui/bitstream/handle/10017/62621/TFGM_Zgardau_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Sajan A, Hakmi H, Griep DW, Sohail AH, Liu H, Halpern D. Herniation Through Defects in the Broad Ligament. *JLS*. 2021 Apr-Jun;25(2):e2020.00112. doi: 10.4293/JLS.2020.00112
3. Quain, R. Caso de estrangulación interna de una gran porción del íleon. Caso de estrangulación interna de una gran porción del íleon. *Trans Pathol Soc Lond*. 12.12 1861:103-4.
4. Cilley R, Poterack K, Lemmer J, Dafeo D. Defects of the broad ligament of the uterus. *Am J Gastroenterol*. 1986 May;81(5):389-91. Fecha de consulta: 10, Abril 2025. Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/74780/j.1572-0241.1986.tb01505.x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Hunt AB. Fenestra and pouches in the broad band ligament as an actual and potential cause of strangulated intraabdominal hernia. *Surg Gynecol Obstet*. 1934;58:906-13.
6. Bernal A, Restrepo R, Bernal C, Castaño R. Foramen Congénito del ligamento ancho con hernia enteral interna y sufrimiento intestinal reversible: presentación de dos casos. *Revista Colombiana de Gastroenterología* 2012;27(1):56-61. Fecha de consulta: 10, Abril 2025. Disponible en: <https://www.gastrocol.com/file/Revista/v27n1a07.pdf>
7. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, Seymour CW, Liu VX, Deutschman CS, et al. Desarrollo de una nueva definición y evaluación de nuevos criterios clínicos para el choque séptico: Para las definiciones del Tercer Consenso Internacional de sepsis y choque séptico (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):775-87. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0289>
8. Artigues L, Zorraquino Á, Exposito R, García A. Hernia interna a través del ligamento ancho del útero, una entidad a conocer: actualización de la literatura. *Rev Hispanoam Hernia* 2024;12 (2):93-6. <http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00518>
9. Rojo S, Pantoja M, Fernández M, Perea A, Parra MJ, Herniación de intestino delgado a través de defecto en el ligamento ancho de origen idiopático en paciente sin antecedentes quirúrgicos, *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2020;47:9-13. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2019.07.001>
10. Karthik N, Lodha M, Banerjee N, Sharma P, Chhawal P. Quain Hernia Masquerading as Mesenteric Ischemia. *Cureus* 2024 Jun 4;16(6):e61664. doi: 10.7759/cureus.61664.
11. García-Oria M, Muñoz de la Fuente A, Peraza JM, Bodega Quiroga I, Martínez A, Serrano A. Hernia interna de Quain como causa de abdomen agudo. *Sanid Mil*. [Internet]. 2012 Dic [citado 2025 Feb 14]; 68(4): 231-233. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712012000400006&lng=es
12. García-Fadrique A, Sospedra Ferrer R, Vázquez Tarragón A, Martínez Abad M. Oclusión intestinal por hernia a través del ligamento ancho del útero, *Cirugía Española* 2012;90:e5. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.02.013>