

Hernia a través del hiato de Winslow: Importancia de la tomografía computarizada en el diagnóstico

A. Campillo-Soto, B. Flores-Pastor, R. Lirón-Ruiz, B. Andrés-García, M.F. Candel-Arenas, V. Soria-Aledo, J.L. Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General(Dr. JL Aguayo-Albasini). Hospital General Universitario JM Morales Meseguer

Resumen

Fundamento y objetivo: Las hernias a través del hiato de Winslow son infrecuentes, de presentación clínica poco específica y con alta mortalidad. El objetivo de este trabajo es mostrar que el empleo de la Tomografía computarizada permite establecer el diagnóstico.

Paciente y método: Se presenta el caso clínico de una mujer que consultó por abdomen agudo, diagnosticándose de hernia a través del Hiato de Winslow mediante la radiografía simple de abdomen y la tomografía computarizada.

Resultados: En la radiografía de abdomen se observaba un asa con semiología de colon en el compartimento supramesocólico. En la tomografía computarizada se evidenciaba nivel hidroaéreo en el espacio gastrohepático que correspondía al ciego. La cirugía confirmó los hallazgos.

Conclusión: El empleo de la tomografía computarizada permitió establecer el diagnóstico de hernia a través del hiato de Winslow.

PALABRAS CLAVE: Hernia del Winslow. Tomografía computarizada.

Introducción

Las hernias abdominales internas son aquellas en que las vísceras abdominales se introducen a través de un orificio intraperitoneal anatómico o adquirido y permanecen dentro de la cavidad abdominal. El Hiato de Winslow, cuyos límites son el lóbulo caudado del hígado, vena cava inferior, ligamento hepatoduodenal y primera porción del duodeno, es la única región anatómica con posibilidad de ser origen de una hernia abdominal interna^{1,2}.

Presentamos un caso de hernia estrangulada del ciego a través del foramen de Winslow cuyo interés radica en el valor de las pruebas de imagen y en el difícil diagnóstico preoperatorio de este tipo de hernias abdominales internas.

Caso clínico

Mujer de 87 años de edad con antecedentes personales de cardiopatía isquémica con bloqueo AV y ángor postinfarto, hiper-

tensión arterial, diabetes mellitus tipo II y ACVs de repetición. Consultó en urgencias por dolor abdominal de tipo cólico y distensión de unos días de evolución. Tras la valoración inicial fue ingresada con el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico a estudio. Al segundo día del ingreso se observó un empeoramiento del estado general con deshidratación, discreta taquicardia y taquipnea, hallándose un abdomen distendido, depresible, con signos de irritación peritoneal de predominio centroabdominal. Se realizó analítica, radiografía simple de abdomen y tomografía computarizada (TC) abdominal. En la analítica de se observaba una discreta leucocitosis con desviación izquierda, acidosis metabólica, hipernatremia e hiperglucemia.

En la figura 1 se muestra la radiografía simple de abdomen. Se observa la presencia de una asa patológica a nivel supramesocólico (epigastrio) con semiología de colon transversal proximal o ángulo hepático del colon. También destaca la presencia de asas de ileon meteorizadas. No se objetiva el colon derecho en su localización normal, y se aprecia gas en colon distal y ampolla rectal.

En la figura 2 se muestran unos cortes del TC abdominal. Se aprecia un nivel hidroaéreo localizado en espacio gastrohepático sin relación con el estómago al que desplaza lateralmente, ni con duodeno al que desplaza anteriormente. Dicho nivel

Correspondencia: Álvaro Campillo-Soto. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario JM Morales Meseguer. 30008 Murcia, España. alvarocalculo@yahoo.es



Figura 1.— Radiografía simple de Abdomen en Decúbito supino.

se extiende caudalmente hasta el ciego, que no aparece definido como tal. También se observa líquido libre perihepático y en el saco de Douglas.

Con la sospecha diagnóstica de herniación del ciego a través del hiato de Winslow se realiza laparotomía de carácter urgente, confirmándose la presencia de una hernia del ciego y colon ascendente a través del hiato de Winslow, quedando alojados en la transcavidad de los epiplones y con signos de compromiso vascular. Se realizó reducción del contenido herniario y, dada la no viabilidad del mismo, se practicó hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. Al 10º día postoperatorio, la paciente desarrolló un cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva con edema agudo de pulmón, falleciendo a las pocas horas.

Discusión

La hernia a través del foramen de Winslow supone un tipo poco frecuente de hernia interna, representando el 1 % del total de hernias y el 8 % de las hernias internas. Es el tipo más infrecuente de hernia abdominal interna, estando descritos unos 110 casos en la literatura^{2,3,4}.

Su presentación clínica es muy variable e inespecífica. Puede presentarse con clínica abdominal inespecífica, cuadro suboclusivo, o incluso peritonitis por gangrena y perforación del intestino herniado. En un 10-15 % de los pacientes se trata de un hallazgo casual en la laparotomía realizada por otra causa^{1,5,6}.

El diagnóstico preoperatorio es difícil y la indicación de cirugía urgente se establece en base a un diagnóstico de obstrucción intestinal o peritonitis⁵. En el diagnóstico prequirúrgico desempeñan un papel importante las pruebas de imagen; pudiendo establecerse con el enema de bario, precedido por la radiografía simple de abdomen, en la que es característica la presencia del ciego en posición posteromedial al estómago, en lugar de su

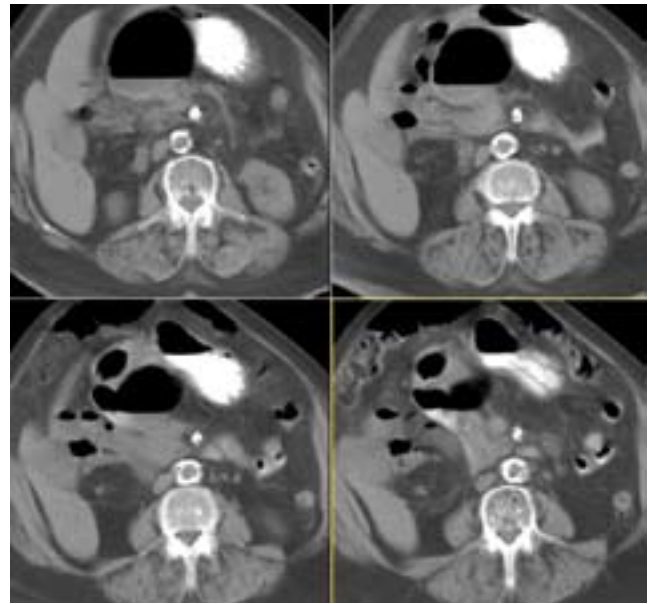


Figura 2.— TC Abdominal.

habitual ubicación en fosa ílica derecha. Aunque el enema de bario clásicamente se ha recomendado como prueba de elección para establecer el diagnóstico, nosotros, al igual que otros autores, recomendamos la TC porque además de mostrar imágenes clarificadoras muy sugestivas del diagnóstico, permite realizar el diagnóstico diferencial con un absceso o colección mayor en el saco menor^{6,7,8,9}.

El tratamiento quirúrgico comprende la reducción del contenido herniario y la resección intestinal y anastomosis si el asa herniada no se considera viable^{2,10}.

Bibliografía

- Gullino D, Giordano O, Gullino E: Internal hernia of the abdomen. Apropos of 14 cases. *J Chir* 1993 Apr; 130 (4) : 179-95.
- Muffak K, Ramia JM, Palomeque A: Hernia a través del hiato de Winslow. *Cir Esp* 2003; 74 (6): 357.
- Senati E, Rizzo M, Crescenzi U, Barioglio A: Herniation of the cecum and ascending colon through Winslow's foramen and lesser omentum. A case report. *Ann Ital Chir* 1994 Sep-Oct; 65(5):575-7.
- Lisalo P, Mero M: Hernia through the foramen of Winslow. *Ann Chir Gynaecol* 1978; 67(5): 195-7.
- Heathwood CM, Strong R, Boston MM: Foramen of Winslow hernia. *Aust NZ J Surg* 1987 Nov; 57(11): 875-7.
- Goldberger LE, Berk RN: Cecal hernia into the lesser sac. *Gastrointest Radiol* 1980 Apr 30; 5(2):169-72.
- Wojtasek DA, Codner MA, Nowak EJ: CT diagnosis of cecal herniation through the foramen of Winslow. *Gastrointest Radiol* 1991 Winter; 16(1): 77-9.
- Romano S, De Lutio E: Acute abdomen due to internal hernia through the foramen of Winslow: CT diagnosis. *Radiol Med (Torino)*. 2003 May-Jun;105 (5-6):511-3.
- Delabrousse E, Courvreur M: Strangulated transomental hernia: CT findings. *Abd Imaging* 2001 Jan 26 (1); 86-8.
- Skandalakis JE, Gray SW, Akin JT: The surgical anatomy of hernial rings. *Surg Clin North Am* 1974; 54:1227.