

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,
Volumen 9, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

OCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA INTERNA TRANSMESO APENDICULAR. REPORTE DE UN CASO

INTESTINAL OCCLUSION SECONDARY TO TRANSMESO-APPENDICULAR INTERNAL HERNIA. CASE REPORT

María Alejandra Campos Serrano

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Luis Carlos Romero Cuevas

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Cheryl Zilahy Diaz Barrientos

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Mónica Heredia Montaña

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Emilio Álvarez Arango

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Rosalba Salgado Martínez

Investigador Independiente, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18332

Oclusión Intestinal Secundaria a Hernia Interna Transmeso Apendicular. Reporte de un Caso

María Alejandra Campos Serrano¹alejandracampos190396@gmail.com<https://orcid.org/0009-0002-0370-898X>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México**Cheryl Zilahy Diaz Barrientos**cher_zilahy@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0003-3046-1185>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México**Emilio Álvarez Arango**aaaemm@gmail.com<https://orcid.org/0009-0000-3398-8519>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México**Luis Carlos Romero Cuevas**dr.carlos.romerocu@outlook.com<https://orcid.org/0009-0009-7019-0587>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México**Mónica Heredia Montaña**monica.hereditamon@correo.buap.mx<https://orcid.org/0000-0002-4234-9644>Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México**Rosalba Salgado Martínez**rosalba_salgado@outlook.com<https://orcid.org/0009-0000-8947-316X>Investigador Independiente
México

RESUMEN

La oclusión intestinal (OI) ocupa el 20% de las urgencias quirúrgicas y presenta una mortalidad del 30 % cuando hay estrangulación de asa o presencia de daño intestinal, esta puede ser causada por diferentes etiologías como la hernia interna (HI) que se presenta hasta en un 15% de los casos y son debidas a orificios congénitos, traumas o cirugías previas. La HI se manifiesta principalmente con dolor abdominal que puede confundirse con otras patologías abdominales haciendo que el diagnostico sea difícil por lo que los métodos de imagen como la tomografía permitirán una intervención temprana para evitar las complicaciones. Debido a esto, el objetivo de este artículos es presentar un caso clínico de OI secundaria a HI transmeso apendicular en el Hospital universitario de Puebla.

Palabras clave: obstrucción intestinal, hernia interna

¹ Autor principal

Correspondencia: alejandracampos190396@gmail.com

Intestinal Occlusion Secondary to Transmeso-Appendicular Internal Hernia. Case Report

ABSTRACT

Intestinal occlusion (IO) accounts for 20% of surgical emergencies and has a 30% mortality rate when there is loop strangulation and intestinal damage. This can be caused by various etiologies, such as internal hernia (IH), which occur in up to 15% of cases and is due to congenital orifices, trauma, or previous surgeries. IH primarily manifests with abdominal pain, which can be confused with other abdominal pathologies, making diagnosis difficult. Therefore, imaging methods such as CT will allow for early intervention to prevent complications. Therefore, the objective of this article is to present a clinical case of OI secondary to transmeso appendicular IH at the University Hospital of Puebla.

Keywords: intestinal occlusion, internal hernia

Artículo recibido 15 abril 2023

Aceptado para publicación: 21 mayo 2023



INTRODUCCIÓN

La oclusión intestinal (OI) se define como la interrupción en el tránsito normal del contenido intestinal así como la detención completa y continua de las heces y gases en un segmento intestinal ¹; este padecimiento ocupa el 20% de las urgencias quirúrgicas y presenta una mortalidad del 5 % en obstrucciones simples y hasta de un 30% cuando hay la existencia de estrangulación de asa y presencia de daño intestinal².

Los síntomas de la OI abarcan el dolor abdominal, distensión, estreñimiento, así como náuseas y vómitos³, el diagnóstico de la oclusión intestinal es principalmente clínico y su tratamiento dependerá de la gravedad del cuadro⁴.

La OI se puede dividir en una obstrucción alta, si es que afecta el intestino delgado, o baja si se trata de intestino grueso, ambos segmentos pueden presentar obstrucciones físicas como adherencias (60%), hernias (15%) o tumores (4%) o trastornos funcionales como el íleo mecánico⁵.

La hernia interna (HI) se define como la protrusión de asas intestinales a través de una abertura peritoneal o mesentérica hacia un compartimento en la cavidad abdominopélvica, estos orificios pueden ser congénitos o causados por trauma o cirugías previas⁶ y aunque son poco comunes, estas pueden provocar OI aguda que puede evolucionar a estrangulación e isquemia.

Por tal motivo se presenta el abordaje quirúrgico de un caso clínico de OI secundaria a HI transmesoapendicular.

Caso clínico

Se trata de paciente femenino de 72 años con antecedentes de hipertensión e histerectomía quien acudió al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio y mesogastrio, progresivo, de intensidad 9/10, asociado a ausencia de canalización de gases e imposibilidad para la evacuación por más de 72 horas, además de anorexia y distensión abdominal ocho horas posterior al inicio del dolor, por lo que se sospechó de obstrucción intestinal y se decidió realizar tomografía de abdomen simple.

En la tomografía se observó estómago de situación normal con mínima distensión y sin lesiones parietales, íleon terminal con aumento de la cantidad de líquido intraluminal con calibre de 31 mm en su diámetro anteroposterior denotando engrosamiento mural regular de 7.9 mm asociado a estriación

de la grasa mesentérica adyacente (Imagen 1) y a líquido circundante en escasa cantidad extendiéndose por una longitud aproximada de 12 cm; así como presencia de sitio de estrechez abrupto del asa intestinal del íleon terminal de aproximadamente 4cm con resto del íleon distal colapsado.

Con respecto a la apéndice cecal la localización es paracecal de calibre normal sin datos inflamatorios; el colon descendente se observó espástico con el resto de los segmentos con calibre conservado y escaso material de residuo en ciego y ámpula rectal, además se encontró líquido libre perihepático así como en correderas parietocólicas, fosas iliacas y en hueco pélvico asimismo ganglios linfáticos mesentéricos y pericecales inflamados.

Finalmente, en la pared abdominal se hallaron defectos herniarios de contenido graso en región umbilical (8 mm) y en ambas regiones inguinales (derecho 12 mm e izquierdo 8mm) medial a los vasos epigástricos todas sin datos de complicación; los músculos rectos del abdomen con aumento de la distancia de la línea alba de hasta 60 mm en región umbilical así cambios postquirúrgicos en la línea media infraumbilical.

Debido a los hallazgos en la tomografía se decide intervención quirúrgica donde se ejecutó incisión supra infraumbilical de 20 cm aproximadamente, se disecó por planos hasta ingresar a cavidad para laparotomía exploradora hallando hemoperitoneo 300 centímetros cúbicos (cc) con presencia de HI transmeso apendicular (Figura 2) que compromete el asa de íleon distal con sitio de transición a 300 cm de ángulo de Treitz que condiciona necrosis de asa intestinal de 50 cm aproximadamente con punto de transición distal a 100 cm de válvula ileocecal.

La apéndice presentó medidas de 8 cm de longitud por 0.5 cm de diámetro con porción distal adherida a retroperitoneo así como mesoapéndice con atrapamiento de mesenterio intestinal correspondiente a 140 cm de asa intestinal necrótica (Figura 3). Se realizó pinzamiento, corte y ligadura con seda 2-0, puntos simples de porción apendicular media permitiendo la liberación del asa comprometida; se procedió a pinzar segmento proximal y distal de íleon y se realizó disección de mesenterio; se pinzó, cortó arterias ileales y se ligó con seda libre 2-0, se hizo resección intestinal de 50 cm y posteriormente se efectuó ileo-ileo anastomosis latero-lateral manual, el primer plano con puntos totales con monocryl 3-0 tipo conell-mayo, se corroboró ausencia de fuga intestinal y se continuó con el segundo plano de sutura con puntos en lembert con monocryl 3-0, se cerró brecha mesentérica con puntos simples con

crómico 3-0, se irrigó y aspiró la cavidad con 1 litro de solución fisiológica sin eventualidades, se colocó drenaje tipo Blake 19 fr avocado hacia hueco pélvico y corredera parietocolica derecha exteriorizado hacia flanco derecho, se afrontó aponeurosis con surgete continuo de vicryl del 1, tejido celular subcutáneo con vicryl 2-0 con puntos simples invertidos y por último se afrontó la piel con puntos ashiff nylon 3-0 terminando así el acto quirurgico.

La pieza quirúrgica fue enviada para valoración por patología hallando:

En producto de resección intestinal: enteropatía aguda necrótico-hemorrágica por isquemia. Apéndice cecal: con esclerosis de la mucosa e infiltración adiposa de la pared.

DISCUSIÓN

La OI por HI representan del 2 al 4% de todas las obstrucciones intestinales, de acuerdo con la clasificación de Welch pueden ser paraduodenales (53%), pericecales (13%), de hiato de Winslow (8%), transmesentéricas (8%), pélvicas (7%), supravesicales (7%) e intersigmoideas (6%); las HI pueden ser congénitas o estar asociadas a eventos quirúrgicos ginecológicos⁷, de derivación gástrica o trasplantes⁸, en el caso de esta paciente ella contaba con antecedentes de una histerectomía abdominal por sangrado uterino.

Debido a que el síntoma primordial de la HI es el dolor abdominal, esta se puede confundir con otras patologías abdominales haciendo que el diagnóstico sea difícil por lo que los métodos de imagen como la TAC pueden mostrar hallazgos sugerentes de HI^{9,10}.

En la TAC de HI transmesentéricas se puede observar el agrupamiento de asas de intestino delgado adyacente a la pared abdominal así como alteraciones de los vasos mesentéricos como ingurgitación y/o desplazamiento hacia la derecha (signo de remolino), sin embargo, la TAC solo da un diagnóstico temporal debido a las discrepancias de los hallazgos por lo que el método ideal es la laparotomía exploratoria^{11,12}.

Las HI transmesentéricas presentan como sintomatología dolor abdominal agudo, vómitos y en raras ocasiones puede presentarse una masa abdominal palpable que representa el "nudo gordiano del intestino herniado", además ya que la protrusión del intestino se limita por el diámetro pequeño de la abertura mesentérica (2 a 5 cm), este tipo de hernias son más propensas a desarrollar vólvulo (30%) y estrangulación o isquemia (40%)¹³



Así como provocar altas tasas de mortalidad en un 50% en pacientes tratados y del 100% para los no tratados^{14,15} por lo que su diagnóstico oportuno permitirá disminuir las complicaciones y por ende la mortalidad.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de HI representa un reto para el médico debido a que los síntomas son muy difusos y pueden presentarse en otras patologías del tracto intestinal, sin embargo los métodos de imagen como TAC pueden mostrar signos radiológicos que orientan a la patología que a pesar de su discrepancia, permitirán el manejo quirúrgico oportuno que es el método definitivo para el tratamiento de la HI así como de las complicaciones que esta pueda presentar principalmente OI e isquemia.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albiza Sotomayor, Leonel, Betancourt Cervantes, Julio Roberto, Camejo Rodríguez, Diurán, Lozano Cancio, Lisdaysi, & Fernández Villasante, Frederick. (2021). Caracterización de los pacientes operados de oclusión intestinal mecánica por cáncer colorrectal y anal. *Gaceta Médica Espirituana*, 23(1), 75-87. Epub 01 de abril de 2021. Recuperado en 08 de abril de 2025, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212021000100075&lng=es&tlng=pt
- Bolívar-Rodríguez, M. A., Cortés-Ramos, M. A., Fierro-López, R., Cázarez-Aguilar, M. A., & Morgan-Ortíz, F. (2020). Obstrucción del intestino delgado por adherencias. *REVMEDUAS*. <https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n1.006>
- Ten Broek, R. P. G., Krielen, P., Di Saverio, S., Coccolini, F., Biffl, W. L., Ansaloni, L., Velmahos, G. C., Sartelli, M., Fraga, G. P., Kelly, M. D., Moore, F. A., Peitzman, A. B., Leppaniemi, A., Moore, E. E., Jeekel, J., Kluger, Y., Sugrue, M., Balogh, Z. J., Bendinelli, C., Civil, I., ... van Goor, H. (2018). Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World journal of emergency surgery : WJES*, 13, 24. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0185-2>



- Figueroa-Giralt, M., León, P., Gonzalez, T., Diaz, R., & Korn, O. (2024). NOVEDADES EN LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA. *Revista de Cirugia*, 76(3). doi: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920240031980>
- Diaz Barzola, A. ., & Viteri Rojas, A. M. (2024). Obstrucción Intestinal como Emergencia Médica: una revisión de la literatura. *Journal of American Health*, 7(2). Recuperado a partir de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/200>
- Lanzetta, M. M., Masserelli, A., Addeo, G., Cozzi, D., Maggioletti, N., Danti, G., Bartolini, L., Pradella, S., Giovagnoni, A., & Miele, V. (2019). Internal hernias: a difficult diagnostic challenge. Review of CT signs and clinical findings. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 90(5-S), 20–37. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i5-S.8344>
- Ai, W., Liang, Z., Li, F., & Yu, H. (2020). Internal hernia beneath superior vesical artery after pelvic lymphadenectomy for cervical cancer: a case report and literature review. *BMC surgery*, 20(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00985-4>
- Motta-Ramírez GA, Alonso-Blancas É, González-Merino LI, et al. La hernia interna como condicionante del síndrome de obstrucción intestinal: identificación y evaluación por tomografía computada multidetector. *Anales de Radiología México*. 2012;11(3):157-164.
- Myers Esmenjaud, Jorge Andrés, Blanco Vargas, Jorge Alberto, Maldonado Vázquez, María Angélica, & Castillo González, Federico Armando. (2023). Quiloperitoneo incidental asociado a hernia interna en pacientes postoperados de bypass gástrico en Y de Roux. *Acta médica Grupo Ángeles*, 21(1), 32-35. Epub 09 de junio de 2023. <https://doi.org/10.35366/109018>
- Bordonaro, V., Brizi, M. G., Lanza, F., Gallucci, P., Infante, A., Giustacchini, P., Sessa, L., Ciccoritti, L., Danza, F. M., Manfredi, R., & Raffaelli, M. (2020). Role of CT imaging in discriminating internal hernia from aspecific abdominal pain following Roux-en-Y gastric bypass: a single high-volume centre experience. *Updates in surgery*, 72(4), 1115–1124. <https://doi.org/10.1007/s13304-020-00767-w>
- Surel, A. A., Işık, N. İ., & Yazla, M. (2023). Untangling diagnostic confusion in internal abdominal hernias. İnternal abdominal hernilerdeki tanı karışıklığının çözülmesi. *Ulusal travma ve acil*



cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES, 29(10), 1114–1121.

<https://doi.org/10.14744/tjtes.2023.36037>

Zhu, T., Lou, Q., Ma, X., Chen, T., Qiu, L., & Chen, G. (2021). Internal hernia caused by the appendix adhering to the right ovary: a case report. *American journal of translational research*, 13(4), 3864–3867.

Zanca, K. M., Marcantonio, M., Pini, R., Mongelli, F., La Regina, D., & Cianfarani, A. (2023). Intestinal ischemia due to internal hernia beneath the right external iliac artery after laparoscopic hysterectomy and lymphadenectomy: A case report. *International journal of surgery case reports*, 106, 108187. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108187>

Lanzetta, M. M., Masserelli, A., Addeo, G., Cozzi, D., Maggioletti, N., Danti, G., Bartolini, L., Pradella, S., Giovagnoni, A., & Miele, V. (2019). Internal hernias: a difficult diagnostic challenge. Review of CT signs and clinical findings. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 90(5-S), 20–37. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i5-S.8344>

Bairwa, B. L., Manjra, S., & Gupta, S. (2025). Internal Hernia: A Rare Cause of Bowel Ischemia and Infarction. *Cureus*, 17(2), e78482. <https://doi.org/10.7759/cureus.78482>



ANEXOS

Figura 1. Estriación de la grasa, aumento en el diámetro de las asas, datos que sugieren compromiso de asa.

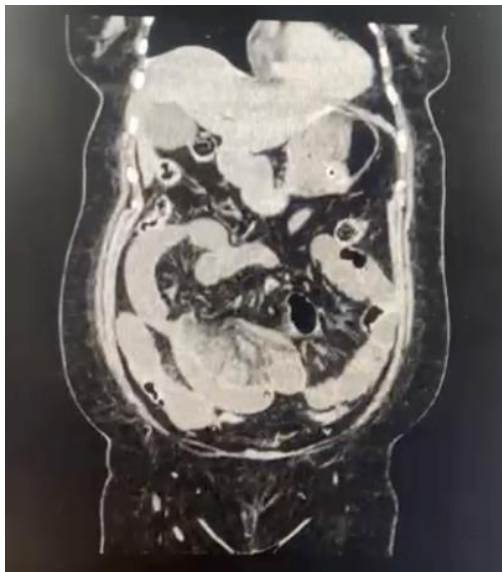


Figura 2. Obstrucción intestinal en asa cerrada secundario a hernia interna por Apéndice vermiforme.

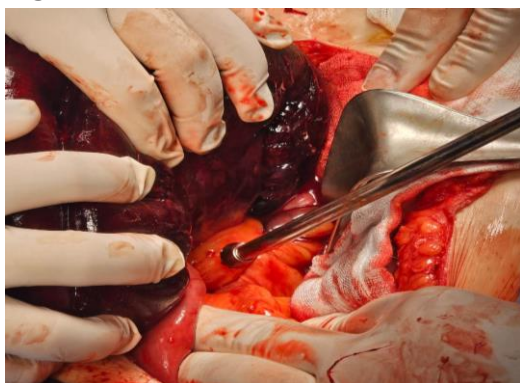


Figura 3. Necrosis de asa intestinal 140 cm aproximadamente, correspondiente a íleon distal.

