



## Informes breves

# Hernia de Richter como causa de fístula enterocutánea

**Roux Graciela\*;** **Rodriguez Gacio Claudia E.;** **Segovia José;** **Martinez Vamvakianos Nicolas;**  
**Rodriguez Gacio Nicolás L.**

### Resumen

Paciente de sexo masculino de 51 años, sin comorbilidades. Consulta por secreción de aspecto fecaloide de 15 días de evolución, que se exterioriza por fosa ilíaca derecha, región que se constata flogótica, con formación indurada redondeada en tejido celular subcutáneo. Antecedente de laparotomía mediana supra-infraumbilical por peritonitis apendicular hace 30 años, con cicatriz abdominal viciosa por retracciones y eventración. Por mala evolución y fístula cutánea de alto débito, se realiza laparotomía exploradora y resección de tejido celulo-cutáneo con orificio fistuloso. Se halla por esta vía de abordaje en topografía de fosa ilíaca derecha, un saco herniario de 5cm de diámetro con contenido graso, que al ser resecado permite observar pequeño borde antimesentérico del íleon pellizcado por un anillo herniario rígido de 1,5 cm de diámetro, el cual se correspondería con el sitio de exteriorización de algún drenaje de su primer cirugía.

**Palabras clave:** *Hernia-Richter-Fístula-complicación- posoperatorio alejado.*

### Richter hernia as a cause of enterocutaneous fistula.

#### Summary

Richter's Hernia, or partial enterocele, is the protrusion of the antimesenteric border of an intestinal loop through an orifice in the abdominal wall, congenital or acquired.

51 years old, male patient, without comorbidities, with fecaloid secretion that exteriorizes in right iliac fossa, 10 days of evolution. The patient refers a surgery of appendicular peritonitis 30 years ago.

Physical examination, vicious, median supra-infra umbilical scar, with surgical wound eventration.

After performing surgery an ileocutaneous fistula is noted, without finding the cause. Containing a preherniarylipoma After its resection a small antimesenteric border of the ileonis evidenced, pinched by a herniary ring with an approximate diameter of 1,5 cm, which would correspond to the drain exteriorization orifice of his first surgery.

**Keywords:** *Hernia-Richter-Fistula-complication- postoperative away.*

### Introducción

Se denomina Hernia de Richter o enterocele parcial, a la protrusión del borde antimesentérico de un asa intestinal a través de un orificio en la pared abdominal ya sea congénito o adquirido.(1,2) En términos más sencillos, es como “un pellizco” de la pared intestinal afectada.(1)

Representa el 1% del total de hernias y el 14% de las hernias estranguladas. Generalmente, son adquiridas y unilaterales, pudiendo aparecer en cualquier localización (orificio inguinal, crural, femoral, umbilical, obturador, flexura esplénica, etc.), en orificios de los trocares o puertos del instrumental utilizado en las cirugías laparoscópicas (3, 4, 5, 6) incluso se presentan casos inusuales como ser el sitio de inserción del tubo de drenaje luego de una cirugía abierta, el segmento más afectado es el íleon distal. (1). La presentación clínica es variable, siendo la más común la de un tumor doloroso y los síntomas de



obstrucción intestinal no son tan frecuentes como en el resto de hernias estranguladas, ya que cuando la afectación luminal es menor de dos tercios de la luz, normalmente no producen obstrucción intestinal. Por todo esto, es frecuente que el diagnóstico de la hernia de Richter sea tardío, favoreciéndose así la aparición de complicaciones y aumentando la morbimortalidad postoperatorio de esta entidad. Anatómicamente, existe una mayor tendencia a la isquemia del asa intestinal de la hernia de Richter encarcelada frente al resto de encarcelaciones herniarias debido a la peor vascularización que presenta el borde anti mesentérico intestinal en comparación con la parte del asa en contacto con el mesenterio, y a la gran presión a la que se ve sometida la pared en el pequeño orificio de la hernia de Richter, llevando a un diagnóstico tardío y aumentando la morbi-mortalidad entre un 16 a 26%(7)

Las complicaciones son consecuencia del retraso diagnóstico y terapéutico, pudiendo observarse gangrena del segmento estrangulado, absceso, abdomen agudo peritonítico por perforación de víscera hueca, o fístula entero-cutánea cuyo trayecto desde el punto de vista anatomopatológico pueden ser de aparición reciente (agudos) o de evolución prolongada (crónicos). La aparición de una fístula enterocutánea genera diversas alteraciones orgánicas que varían en cantidad y gravedad según las características fisiopatológicas de ésta, ya que el grado de desequilibrio del medio interno es directamente proporcional al flujo de la fístula, las alteraciones hidroelectrolíticas provocan deshidratación y trastornos metabólicos serios, pérdida de nutrientes, además de la disminución de la ingesta, el aumento del gasto calórico por la sepsis, desnutrición y aumento de la mortalidad.

#### **Caso Clínico**

Paciente de sexo masculino de 51 años, sin co-morbilidades. Concorre a la consulta por presentar secreción de aspecto fecaloide que se exterioriza por fosa iliaca derecha de aproximadamente 10 días de evolución. La misma presenta un débito diario de 500ml acompañado de náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso no cuantificable.

Como antecedente de importancia refiere cirugía por peritonitis apendicular hace 30 años, con vía de abordaje a través de una laparotomía mediana.

Al examen físico observamos: cicatriz viciosa mediana suprainfraumbilical, que a la palpación permite identificar una eventración con un anillo de 10 centímetros de diámetro en la parte media de la cicatriz, en fosa ilíaca derecha la piel muestra signos de dermatitis y flogosis con un orificio fistuloso que presenta salida de material fecaloide, la temperatura local en la piel de la región está elevada y rubicunda, el tejido celular subcutáneo se palpa indurado, con una formación redondeada de consistencia dura, de 5 cm. de diámetro, dolorosa a la palpación, fija al plano profundo. Como estudios complementarios al ingreso, además de los de laboratorio, se efectuó una fistulografía que es la infusión de contraste generalmente hidrosoluble a través de la boca fistulosa (8) con la que se constató fistula simple del íleon con asa eferente dilatada (Fig 1), y ecografía de flogosis de fosa ilíaca derecha como celulitis o posible absceso

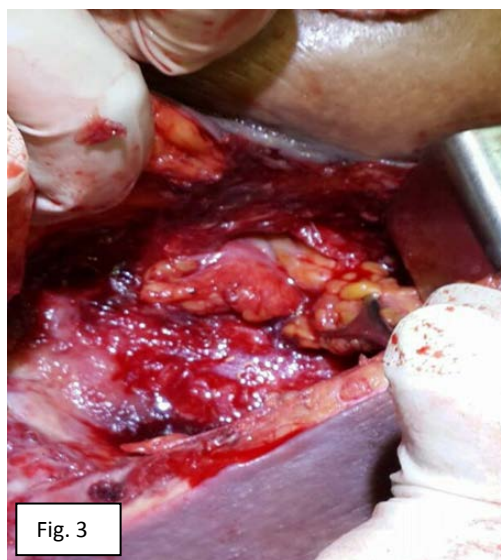


Fig. 1

en formación. Posteriormente con la video fibrocolonoscopia, que progresó hasta el ciego, permitió descartar entidades benignas inflamatorias crónicas (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn), infecciosas (tuberculosis intestinal), u otras malignas como

carcinomas, ya que el resultado macroscópico bajo visión endoscópica informó que la mucosa de todo el colon era de aspecto normal, hallazgo que coincidió con el informe del resultado histopatológico de la toma de biopsias de la mucosa del intestino grueso.

A los 5 días de la internación el paciente muestra una evolución tórpida, con desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición paulatina, leucocitosis, el derrame del material entérico provoca dermatitis química muy dolorosa en la región de fosa ilíaca derecha. Se efectúa compensación del medio interno y se decide intervenir quirúrgicamente utilizándose dos vías de abordaje. Primero laparotomía mediana suprainfraumbilical, con la que se evidencia: cavidad abdominal limpia, con asa intestinal acodada a 30 cm de la válvula íleo-cecal, bloqueada con firmes adherencias al peritoneo parietal en fosa ilíaca derecha, cuyo corto trayecto se aboca en fistula cutánea, se efectuó ileotransversoanastomosis excluyendo la fístula, (la que no pudo ser resecada debido al gran componente inflamatorio), y se secciona el asa eferente del íleon con posterior sutura de cabos distal y proximal a cabos disociados, por una segunda vía de abordaje quirúrgico se procede a la toilette de la dermatitis y celulitis en fosa ilíaca derecha, tras realizar incisión y disección de plano subcutáneo se evidencia saco eventrógeno de 5cm de diámetro con contenido de lipoma



preherniario (Fig 2), que al ser resecado, permitió observar el pequeño borde antimesentérico del íleon pellizcado por un anillo eventrógeno de aproximadamente 1,5 cm de diámetro (Fig3), el cual se correspondería con el orificio de exteriorización del drenaje de su alejada primer cirugía de hace 30 años atrás.

Se cierra parcialmente el anillo eventrógeno con un punto de material irreabsorbible y se coloca drenaje tubular de látex abocado y dirigido al exterior sobre el orificio fistuloso hallado. La piel se aproxima con dos puntos separados. Se termina el procedimiento



operatorio con eventroplastia anatómica mediana suprainfraumbilical, sin colocación de material protésico.

El paciente evolucionó favorablemente con desaparición absoluta del débito fistuloso en 72 hs, buena cicatrización de incisión quirúrgica mediana y granulación por segunda intención con sacaroterapia en la incisión celulo-cutánea, ya que la misma se hallaba infectada previamente. El 7º día de posoperatorio se retiró drenaje ofrecido al orificio fistuloso, y el paciente es dado de alta hospitalaria el día 14 del posoperatorio.

### **Discusión**

Se presenta el caso de un paciente con fístula enterocutánea, se realizan estudios complementarios y no se llega a ningún diagnóstico certero más que a la sospecha de que el segmento involucrado es el íleon, se realiza tratamiento quirúrgico, utilizando una vía de abordaje abdominal sin poder dilucidar por completo la patología de origen debido al intenso componente inflamatorio, tras la exploración del plano cutáneo-celuloadiposo de la pared abdominal, se logra arribar al diagnóstico de certeza al hallar la causa etiológica de la afección: saco con lipoma preherniario, anillo eventrógeno y borde antimesentérico del ileón pellizcado y fistulizado .

Este tipo de hernia fue observada por primera vez por el Dr. Fabricius Hildanus en 1598, y fue el cirujano alemán August Gottlieb Richter, en 1785, quien realiza la primera publicación de un caso (3). En el paciente no se tuvo en cuenta este diagnóstico, de aquí

surge la necesidad de exponer el caso clínico, debido a las múltiples complicaciones que conlleva, y a la signo sintomatología poco evidente.

La hernia de Richter es una entidad infrecuente aunque no extraordinaria, por lo que debería estar siempre presente en el diagnóstico de la obstrucción intestinal a fin de evitar demoras y estudios por imágenes innecesarias, y nos recuerda la importancia de realizar una correcta y exhaustiva exploración del paciente independientemente del motivo de consulta.(9,10)

### **Bibliografía**

1. Suprapubic Fecal Fistula Due To Richter's Inguinal Hernia: A Case Report and Review of Literature. ShahbazHabibFaridi, MS,<sup>1</sup> BushraSiddiqui, MD,<sup>2</sup> MohdAmanullah Khan, MS, FICS,<sup>1</sup> AfzalAnees, MS, FICS,<sup>1</sup> and Syed Asmat Ali, MS, MRCS. Iran J Med Sci. Jun 2013; 38(2): 129–131.
2. Enterocutaneous Fistula An Unusual Complication of Partial Enterocoele: Report of a Case Rudolph W. Roesel, M.D.; John M. Mc Kain, M.D.AMA Arch Surg. 1960;80 (4):634-638. doi:10.1001/archsurg.1960.01290210102021.
3. Jorge Luis Ramirez Chacon. HERNIA DE RICHTER.edigraphic.com [www.edigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc1310.pdf](http://www.edigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc1310.pdf)
4. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2003 Feb;13(1):55-8. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case reports and review of the literature. Boughey JC1, Nottingham JM, Walls AC.
5. Rev Med Suisse Romande. 1997 Jan;117 (1):25-8.[Incarcerated hernia following laparoscopic surgery.A complication to be avoided.Case presentation and literaturereview]. Esteve C1, Tolck P
6. Arellano-Borja, A; Mojarrá-Estrada, JM; Ungson-Beltrán, G. Hernia de Richter en sitio de puerto de 5 mm posterior a miomectomía laparoscópica, reparada con engrapadora mecánica endoscópica. PerinatolReprodHum. 2010; 24 (2): 117-121



7. Hernia de Richter: Causa de Oclusión Intestinal de Difícil Diagnóstico. Agustín Soteras, Gonzalo Casares Díaz, Edgardo Cortil, Christian Janikow, Paul Eduardo Lada. Servicio de Guardia Central. Hospital Nacional de Clínicas. Universidad Nacional de Córdoba
8. Fístulas enterocutáneas postoperatorias - edigraphic.com [www.edigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm032g.pdf](http://www.edigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm032g.pdf) de JL Martínez-Ordaz - 2003.
9. Alarcón Del Agua, I. et al. Hernia de Richter como causa de obstrucción intestinal de difícil diagnóstico. Rev. esp. enferm. dig., Madrid, v. 102, n. 10, oct. 2010. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-)
10. La Hernia de Richter: una rara pero posible causa de peritonitis difusa por perforación de víscera hueca. Membreño-Padilla, A. . [www.bvs.hn/RMH/pdf/2001/pdf/Vol69-1-2001-5.pdf](http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2001/pdf/Vol69-1-2001-5.pdf)