



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile  
Chile

HOLA B., JOSÉ; AZOLAS M., RODRIGO; ABEDRAPO M., MARIO; AVILLO, VÍCTOR; SOBRON B.,  
MARCOS; GARRIDO C., ROGELIO; BOCIC A., GUNTHER; SANHUEZA S., ALVARO

Hernia interna secundaria a defecto del ligamento ancho

Revista Chilena de Cirugía, vol. 62, núm. 1, febrero, 2010, pp. 13-14

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531940002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Hernia interna secundaria a defecto del ligamento ancho\*

Drs. JOSÉ HOLA B.<sup>1</sup>, RODRIGO AZOLAS M.<sup>1</sup>, MARIO ABEDRAPO M.<sup>1</sup>, VÍCTOR AVILLO<sup>2</sup>,  
MARCOS SOBRON B.<sup>2</sup>, ROGELIO GARRIDO C.<sup>1</sup>, GUNTHER BOCIC A.<sup>1</sup>, ALVARO SANHUEZA S.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía.

<sup>2</sup> Interno de Medicina.

<sup>3</sup> Departamento de Radiología.

Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Santiago, Chile.

### Hydatid bronchobiliary fistula

Paciente mujer de 24 años, sin antecedentes médicos, obstétricos ni quirúrgicos previos. Presenta cuadro de 24 horas de evolución sugerente de obstrucción intestinal. La tomografía computada de abdomen y pelvis (Figuras 1 y 2) informa signos de obstrucción de asas de intestino delgado, cuya etiología podría corresponder como primera posibilidad a endometriosis. Escaso líquido peritoneal libre.

Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose una hernia interna a través de un defecto del parametrio izquierdo por donde protruía un asa de íleon distal, la que presentaba signos de isquemia (Figuras 3 y 4). Se procede a liberar el segmento de asa comprometida, recuperando una coloración normal y su peristaltismo. El defecto del parametrio se suturó con Vicryl 3/0 a puntos separados. La paciente evoluciona bien y es dada de alta al segundo día postoperatorio.

La obstrucción intestinal es una patología frecuente de ver en los servicios de urgencia, representando aproximadamente el 12-16% de los ingresos<sup>1</sup>. Las hernias internas como causa de obstrucción intestinal son extremadamente raras, ocurriendo en menos del 1% de los casos, más aún, si la causa es una herniación a través de un defecto del ligamento

ancho, debido a que sólo corresponden a un 4-5% de las hernias internas<sup>2</sup>. En una revisión extensa de la literatura se han encontrado sólo 73 casos de herniación a través de un defecto del ligamento ancho desde que Quain en 1861 describiera el primer caso<sup>3</sup>. En la mayoría de los reportes fue el íleon el segmento intestinal herniado<sup>4</sup>, sin embargo, otras estructuras como colon, ovario, omento, apéndice y uréter también han sido mencionados<sup>5</sup>. El ligamento ancho del útero está formado por peritoneo cubriendo sus dos superficies. Un defecto puede involucrar una o ambas superficies peritoneales y frecuentemente ocurre en ambas. Dentro de los factores etiológicos a ser considerados se incluyen: traumatismo del parto, anomalías congénitas, enfermedad inflamatoria pélvica y, en el pasado, la cirugía de Webster-Baldy como tratamiento de la retroversión uterina, que creaba aperturas en el ligamento ancho<sup>6</sup>.

La detección preoperatoria de una herniación a través de un defecto en el ligamento ancho puede ser difícil debido a la ausencia de un cuadro clínico característico, sin embargo, reportes recientes indican que la tomografía computada de abdomen y pelvis puede sugerir un diagnóstico correcto, aunque no preciso<sup>7</sup>.

\*Recibido el 16 de junio de 2009 y aceptado para publicación el 27 de julio de 2009.

Correspondencia: Dr. Rodrigo Azolas M.  
Santos Dumont 999, Santiago, Chile.  
E-mail: rodrigoazolas@gmail.com



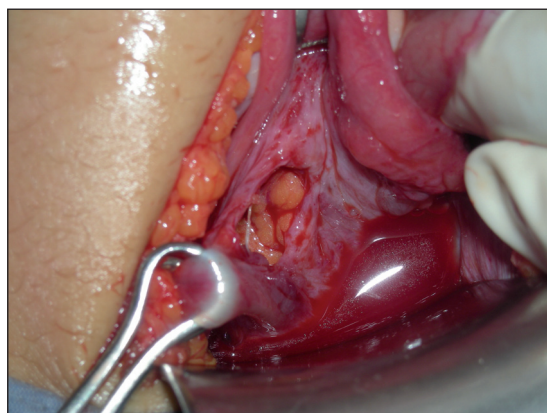
**Figura 1.** TAC que muestra asas dilatadas de intestino delgado.



**Figura 2.** TAC que muestra asas dilatadas de intestino delgado.



**Figura 3.** Asa dilatada en orificio herniario.



**Figura 4.** Orificio herniario.

## Referencias

1. Wetch J. General consideration and mortality in bowel obstruction. In: Welch JP, ed Bowel obstruction: differential diagnosis and clinical management. Philadelphia: WB Saunders 1990: 59-95.
2. Fukuoka M, Tachibana S, Harada N, Saito H. Strangulated herniation through a defect in the broad ligament. *Surgery* 2002; 131: 232-233.
3. Garcia-Oria M, Inglada J, Domingo J, Biescas J, Ching C. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques* 2007; 17: 666-668.
4. Rabushka SE. Colon hernia through a hiatus in the broad ligament: report of a case and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1968; 31: 261-265.
5. Slezak FA, Schlueter TM. Hernia of the broad ligament of the uterus. In: Nyhus LM, Codon RE. *Hernia*. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1989: 311-316.
6. Hunt AB. Fenestrae and pouches in the broad ligament as an actual potential cause of strangulated intra-abdominal hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1934; 58: 906.
7. Suzuki M, Takashima T, Funaki H, Uogishi M, Isobe T, Kanno S. Radiologic imaging of a herniation of the small bowel through a defect in the broad ligament. *Gastrointest Radiol* 1986; 11: 102-110.