

PRESENTACIÓN DE CASO

Hernia del hiato de Winslow

PAULO A CABRERA¹, MANUEL SANTIAGO MOSQUERA², AKRAM KADAMANI¹, GABRIEL SÁNCHEZ³, JORGE HERNÁN SANTOS⁴

Palabras clave: hiato de Winslow; hernia hiatal, hernia abdominal; epiplón; obstrucción intestinal.

Resumen

Las hernias internas corresponden de 0,2 a 0,9 % de todos los casos de obstrucción intestinal. De ellas, el 8 % son hernias del hiato de Winslow. Este tipo de hernia se asocia frecuentemente a obstrucción intestinal y a algún grado de isquemia. Su diagnóstico prequirúrgico es difícil y se da en menos del 10 % de los casos. Su manejo es quirúrgico y la mortalidad está alrededor del 50 % cuando existe compromiso vascular. Se han descrito cuatro tipos de hernias del hiato de Winslow, dependiendo del órgano comprometido.

Se presenta el caso de una paciente que ingresó al servicio de urgencias con dolor abdominal de inicio súbito, progresivo, asociado a náuseas, emesis y compromiso de su estado general. Fue sometida a laparotomía exploratoria. Se encontró una hernia del hiato de Winslow, con necrosis isquémica del íleon terminal, el ciego y el colon ascendente, por lo cual requirió resección intestinal, con ileostomía y fístula

mucosa. Durante el posoperatorio necesitó soporte en la unidad de cuidados intensivos y, posteriormente, en salas de hospitalización, y fue dada de alta una vez su condición clínica se estabilizó.

Introducción

Las hernias internas constituyen una pequeña minoría de las causas de obstrucción intestinal, cuya incidencia es menor de 1 %. Las hernias del hiato de Winslow corresponden al 8 % de ellas, siendo muy infrecuentes¹⁻³. Su curso puede variar desde la instauración aguda, pasando por síntomas crónicos e inespecíficos, e incluso, casos descritos durante necropsias por otras causas. Actualmente, se describen cuatro tipos de hernias del hiato de Winslow, dependiendo del órgano herniado⁴. Es una entidad de difícil diagnóstico preoperatorio y el pronóstico del paciente depende de la rapidez en la instauración del tratamiento quirúrgico, ya que la morbimortalidad se acerca al 50 % cuando existe compromiso vascular del órgano afectado¹⁻¹⁰.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 74 años de edad, con hipertensión arterial sistémica controlada como única enfermedad y sin antecedentes quirúrgicos, que ingresó al servicio de urgencias de la Fundación Cardioinfantil (Bogotá, Colombia). Presentaba un cuadro clínico de 36 horas de evolución de dolor abdominal de inicio súbito, el cual era progresivo en intensidad y se asociaba a sensación de distensión abdominal, náuseas y múltiples episodios de vómito. En sus exámenes paraclínicos de ingreso se encontraron 24.500 leucocitos por ml, y la gasimetría arterial mostró acidemia metabólica e hiperlactatemia.

¹ Médico, cirujano general, Servicio de Cirugía General, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia

² Médico, cirujano gastrointestinal, Servicio de Cirugía General, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia

³ Médico, cirujano de cabeza y cuello, Servicio de Cirugía General, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

⁴ Médico residente, Departamento de Cirugía, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

Fecha de recibido: 4 de mayo de 2015

Fecha de aprobación: 23 de junio de 2015

Citar como: Cabrera PA, Mosquera MS, Kadamani A, Sánchez G, Santos JH. Hernia del hiato de Winslow. Rev Colomb Cir. 2015;30:306-10.

Fue sometida a laparotomía exploratoria urgente con los siguientes hallazgos intraoperatorios: importante distensión gástrica, presencia en la transcavidad de los epiplones del íleon distal, el apéndice, el ciego y el colon ascendente, los cuales se encontraban herniados a través del hiato de Winslow, con compromiso isquémico y necrosis transmural sin perforación (figuras 1 y 2). Se practicó hemicolectomía derecha sin reducir la hernia y la pieza quirúrgica se extrajo a través de la transcavidad de los epiplones y exponiendo el hiato de Winslow (figuras 2-4). Por su condición clínica fue necesario realizar ileostomía y fístula mucosa. Se trasladó a la unidad de cuidados intensivos para monitoreo posquirúrgico y continuó hospitalizada hasta que su condición clínica se estabilizó para ser dada de alta.

Discusión

La cavidad peritoneal consiste en dos principales espacios, el saco mayor o cavidad peritoneal general y la bolsa epiploica (*bursa omentalis*), saco menor o transcavidad de los epiplones. Estas cavidades están conectadas por el foramen epiploico de Winslow¹⁻⁸. El hiato de Winslow, o foramen epiploico, es una comunicación virtual entre la cavidad peritoneal mayor y la transcavidad de los epiplones; está limitado en su aspecto anterior por



FIGURA 1. Se muestra parte del colon ascendente necrosado (flecha) ubicado en la transcavidad de los epiplones. La estrella muestra el estómago rechazado hacia arriba y a la derecha.

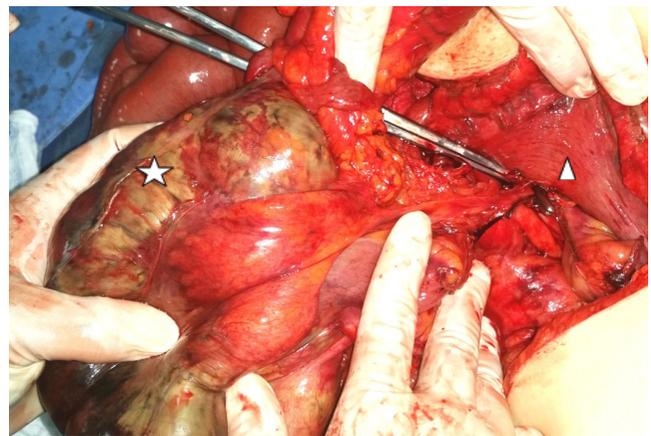


FIGURA 2. Las flechas negras muestran el íleon terminal seccionado. La estrella muestra el colon ascendente con necrosis transmural. El triángulo hace referencia al estómago distal rechazado hacia arriba. La pinza hemostática se encuentra controlando el mesenterio ileocólico distal.



FIGURA 3. Se muestra el hiato de Winslow a través del cual pasan dos dedos del cirujano. Se puede apreciar el ligamento hepato-duodenal (estrella blanca).



FIGURA 4. Se aprecia la pieza quirúrgica producto de la hemicolectomía derecha. La pinza de la derecha muestra el íleon distal y la pinza de abajo e izquierda muestra el apéndice cecal. Es evidente la necrosis transmural del ciego y el colon ascendente.

el ligamento hepatoduodenal, en el posterior por la vena cava inferior, en el superior por el lóbulo caudado y en el inferior por el duodeno. Se encuentra obliterado por la propia presión intraabdominal, pero es fácilmente franqueable³. Las hernias internas se definen como la protrusión de una víscera a través de un orificio natural de la cavidad abdominal. Se le atribuye a Bladin, en 1834, el reporte del primer caso de hernia del hiato de Winslow y, desde entonces, se han reportado poco más de 200 casos, la mayoría de ellos asociados a obstrucción intestinal.^{6,11} Por lo general, este tipo de hernia se diagnostica durante el procedimiento quirúrgico¹².

Una herniación intestinal a través del hiato de Winslow suele iniciarse de derecha a izquierda y progresar de dos formas: a) disecando el espacio del hiato y ocupando la transcavidad de los epiplones, con desplazamiento del estómago hacia adelante y a la izquierda; o, b) protruyendo la delgada lámina que constituye el epiplón menor hasta romperla, con la consiguiente angulación de la víscera herniada por delante del estómago, dejando este último en situación posterior. Raramente, la hernia del hiato de Winslow se desarrolla de izquierda a derecha; en estos casos, la presión de la víscera sobre el epiplón menor permite franquear el hiato y emerger por el lado derecho¹⁻²⁰.

Las hernias internas son responsables de 0,2 a 0,9 % de todos los casos de obstrucción intestinal. Las hernias del hiato de Winslow corresponden a cerca del 8 % de todas las hernias internas y están frecuentemente asociadas a obstrucción. Se presentan usualmente entre los 20 y los 60 años, y afectan a hombres y mujeres por igual⁹⁻¹⁸. Comprometen principalmente el intestino delgado (60-70 %), seguido por el ciego, el íleon terminal y el colon ascendente (25-30 %), y en menor proporción, otras estructuras anatómicas. Se describen cuatro tipos de hernias del hiato de Winslow: tipo I, hernia aislada de intestino delgado (50-70 %); tipo II, incluye íleon distal, ciego y colon ascendente (25-30 %); tipo III, incluye el colon transversal (7% de los casos); y tipo IV, incluye vesícula biliar, epiplón mayor y divertículo de Meckel o solamente este último (1 %)⁴.

Su presentación clínica es variable, con síntomas y signos inespecíficos, de evolución insidiosa o instauración aguda y, en algunos casos, de resolución espontánea. Suele existir oclusión con isquemia de grado variable, pero puede también presentarse como ictericia obstruc-

tiva, cólico biliar, pancreatitis secundaria y herniación no sintomática. Se han relacionado algunos casos con la funduplicatura de Niessen y la colecistectomía laparoscópica^{3,19-22}.

Los pacientes se presentan con síntomas de obstrucción intestinal aguda alta, inclusive en casos de herniación del colon. Estos síntomas son causados por la presión y la distensión de la víscera herniada sobre el estómago. Se han publicado otros casos de pacientes con síntomas crónicos o intermitentes, o incluso, otros que eran completamente asintomáticos y a quienes se les hizo el diagnóstico de manera incidental durante una laparotomía por otra razón. Semiológicamente, el dolor puede reducirse con la flexión de la cadera y las rodillas, ya que en la posición de pie el foramen de Winslow causa un aumento de la presión del asa intestinal herniada²³⁻²⁵.

La mayoría de las hernias internas se originan como una entidad primaria; sin embargo, en 1987, se describió un caso de herniación a través del hiato de Winslow tres días después de una colecistectomía^{3,22}. Las causas reales de la herniación a través del hiato de Winslow se desconocen. Sin embargo, se han descrito los siguientes factores que predisponen a su presentación: mesenterio muy largo; hiato muy amplio, generalmente mayor del través de dedo; falta de fijación del colon a la pared abdominal posterior (ciego móvil); lóbulo hepático derecho (lóbulo de Riedel) agrandado; defectos del ligamento gastrohepático, atrofia del epiplón mayor; mala rotación o rotación intestinal incompleta, y procedimientos quirúrgicos, como funduplicatura de Niessen, trasplante hepático, derivación gástrico y colecistectomía¹⁹⁻²⁶.

En la tomografía computadorizada (TC) pueden verse asas de intestino delgado o de colon en la transcavidad de los epiplones, distendidas y agrupadas, y los vasos tensos pasando a través del hiato^{1,11,14-16}. Para su tratamiento, debe reducirse la hernia por simple tracción, si es posible, o con procedimientos un poco más complejos, como la maniobra de Kocher o la apertura de la transcavidad de los epiplones. Una vez reducida, se deben recolocar las vísceras herniadas en posición anatómica. Se postula que el hiato de Winslow se cierra espontáneamente debido a la reacción inflamatoria posoperatoria, por lo que el cierre quirúrgico no es una recomendación constante. En caso de existir

compromiso de las asas intestinales, debe hacerse la resección correspondiente. El diagnóstico preoperatorio certero o de sospecha de hernia del hiato de Winslow, sólo se hace en 10 % de los casos y la indicación de cirugía urgente es el único factor que disminuye su morbimortalidad¹⁻²⁵. Cuando se compromete el colon, en la TC se pueden observar niveles hidroaéreos característicos a nivel del epigastrio, del hilio hepático o ambos, ausencia del ciego en la fosa iliaca derecha, así como desplazamiento gástrico anterior o posterior y hacia la izquierda. El examen de vías digestivas altas

con Gastrografin® y el colon por enema, así como la ecografía, también pueden ser de utilidad^{1,13,14-16}.

En algunos reportes no se recomienda el cierre del foramen debido al riesgo de lesión de la arteria hepática o de los conductos biliares y de trombosis de la vena porta, y por el hecho de que no existen reportes de recurrencia después de cirugía^{1,2,4,7}. Sin embargo, algunos cirujanos lo han cerrado mediante fijación quirúrgica del duodeno, del epiplón o de la flexura cólica derecha, sin complicaciones⁹.

Hernia through foramen of Winslow

Abstract

Internal hernias constitute 0.2% - 0.9% of all cases of intestinal obstruction. Of these, hernias through the foramen of Winslow represent about 8%. This type of hernia is often associated with intestinal obstruction and some degree of ischemia.

Preoperative diagnosis is difficult and occurs in less than 10% of cases.

Treatment is surgical and mortality rate is about 50% when there is vascular compromise.

Four types of hernias through the foramen of Winslow are described depending on the organ involved. We report the case of a 73 year old female who was admitted to the emergency department with sudden progressive abdominal pain associated with nausea, emesis, and systemic compromise evidenced by metabolic acidosis and hyperlactatemia. At exploratory celiotomy a large hernia through the foramen of Winslow with ischemic necrosis of the terminal ileum, cecum and ascending colon was encountered, requiring bowel resection, ileostomy and mucous fistula. The patient required initial support in the ICU and was discharged once the clinical condition was stable.

Key words: *Winslow hiatus; hernia, hiatal; hernia, abdominal; omentum; intestinal obstruction.*

Referencias

1. Rezazadeh A, Abraham C, Courlier B, Broze B. Ileocecal herniation through the foramen of Winslow: MDCT diagnosis. *Abdom Imaging*. 2010;35:574-7.
2. Martin LC, Merkle EM, Thompson WM. Review of internal hernias: Radiographic and clinical findings. *AJR*. 2006;186:703-17.
3. Iribarren M, Rivo A, de Castro G. Hernia interna a través del hiato de Winslow asociada a rotación incompleta del intestino medio. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101:71-80.
4. González R, Pardo P, Valeiras E, Pérez C, Santos R, Gómez F. Correct preoperative diagnosis of herniation through the foramen of Winslow: Two case reports. *Hernia*. 2013;17:409-14.
5. Osvaldt AB, Mossmann DF, Bersch VP, Rohde L. Intestinal obstruction caused by a foramen of Winslow hernia. *Am J Surg*. 2008;196:242-4.
6. Hansman GH, Morton SA. Intraabdominal hernias. *Arch Surg*. 1939;39:973-86.
7. Erskine JM. Hernia through the foramen of Winslow. *Surg Gynaecol Obstet*. 1967;125:3.
8. Smith RLG, Mansfield S, Wood T, Lambrinadides AL. Extensive herniation and necrosis of the small and large bowel through the foramen of Winslow. *Am Surg*. 2012;78:E429-31.
9. Evrard V, Vielle G, Buyck A, Merche M. Herniation through the foramen of Winslow. Report of two cases. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:1055-7.

10. Cohen DJ, Schoolnik ML. Herniation through the foramen of Winslow. *Dis Colon Rectum*. 1982;25:820-2.
11. Dainko EA. Incarcerated foramen of Winslow hernia. *Surg Clin North Am*. 1970;50:1015-20.
12. Newsom BD, Kukora JS. Congenital and acquired internal hernias: Unusual causes of small bowel obstruction. *Am J Surg*. 1986;152:279-85.
13. Tran TL, Pitt PC. Hernia through the foramen of Winslow. A report of two cases with emphasis on plain film interpretation. *Clin Radiol*. 1989;40:264-6.
14. Romano S, De Lutio E, Lombardo P, Gatta G, Romano L. Acute abdomen due to internal hernia through the foramen of Winslow: CT diagnosis. *Radiol Med (Torino)*. 2003;105:511-3.
15. Cimmino CV. Lesser sac hernia via the foramen of Winslow; a case report. *Radiology*. 1953;60:57-9.
16. Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, Satoh S, Hashizume T, Hataya K, *et al*. CT of internal hernias. *Radiographics*. 2005;25:997-1015.
17. Gibbaoui H, Arnalsteen L, Bougard V, Glineur D, Salem C, Vernay L. Une occlusion intestinale par hernie à travers l'hiatus de Winslow. *Ann Chir*. 2001;126:493-4.
18. Borkar BB, Whelan JG Jr, Creech JL. Herniation of the gallbladder through the foramen of Winslow. *Dig Dis Sci*. 1980;25:228-32.
19. Puig CA, Lillegard JB, Fisher JE, Schiller HJ. Hernia of cecum and ascending colon through the foramen of Winslow. *Int J Surg Case Rep*. 2013;4:879-81.
20. Joo YE, Kim HS, Choi SK, Rew JS, Kim HR, Cho CK, *et al*. Internal hernia presenting as obstructive jaundice and acute pancreatitis. *Scand J Gastroenterol*. 2002;37:983-6.
21. Samson TD, Tercero FM, Sato K, Awad ZT, Filipi CJ. Cecal herniation through the foramen of Winslow after laparoscopic Nissen fundoplication. *Surg Endosc*. 2001;15:1490.
22. Jacquemin G, Boeur JP, Laloux P. Caecum and ascending colon herniated in the lesser sac through the Winslow's hiatus. A case report. *Acta Chir Belg*. 2008;108:127-9.
23. Dietz DW, Walsh RM, Grundfest-Broniatowski S, Lavery IC, Fazio VW, Vogt D. Intestinal malrotation: A rare but important cause of bowel obstruction in adults. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:1381-6.
24. Muffak K, Ramia JM, Palomeque A, García A, Villar J, Garrrote D, *et al*. Hernia a través del hiato de Winslow. *Cir Esp*. 2003;74:357.
25. Rich PB, Burke L, Cairns BA. Hernia of right colon and cecum through the foramen of Winslow and lesser omentum. *J Am Coll Surg*. 2002;194:230.
26. Stahlfeldt KR, Edwards M, Sell HW. Image of the month. Foramen of Winslow hernia. *Arch Surg*. 2003;138:561-2.

Correspondencia: Paulo Cabrera, MD
Correo electrónico: theepaulo@gmail.com
Bogotá, D.C.