UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

Consideraciones sobre las Hernias de Richter

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por

HUGO PALMA MARROQUIN

Ex-Interno de las Salas: Cirugía de Niños, Traumatología de Mujeres, Cuarta Medicina de Mujeres, Traumatología de Hombres, Ex-Practicante de las Clínicas de: Cirugía General y Enfermedades Tropicales de la Consulta Externa del Hospital General Ex-Vocal de la Junta Directiva de la "Juventud Médica", Ex-Vocal de la Junta Directiva de la "Asociación de Internos", Ex-Asistente de Residente en el Hospital de Tiquisate.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.

GUATEMALA, FEBRERO DE 1956

PLAN DE TESIS

CAPITULO I

a) Definición y Concepto de Hernia de Richter;
b) Historia;
c) Incidencia;
d) Etiopatogenia;
e) Sintomatología;
f) Diagnóstico Diferencial;
g) Evolución y Pronóstico; y
h) Tratamiento.

CAPITULO II

a) Observaciones Clínicas
b) Evolución Pre-operatoria de los Casos Presentados;
c) Relación entre el tiempo de evolución, el estado de las partes interesadas del intestino y la evolución post-operatoria;
d) Pre-operatorio
e) Anestesia;
f) Operaciones efectuadas;
g) Análisis de los casos en relación a la tabulación de: Foltz;
h) Resumen;
i) Conclusiones; y
j) Bibliografía.

Capítulo I

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION Y CONCEPTO DE HERNIA DE RICHTER:

La hernia de Richter, es un tipo raro, no frecuente, de hernia que fue establecido, como entidad clínica, por Richter, en 1778; y está constituido según la tabulación de *Foltz* por los siguientes requisitos:

a) Presencia de un saco herniario;
b) Un anillo herniario lo suficientemente pequeño, para prevenir el paso de toda una asa intestinal al saco;
c) Que el anillo estrecho ceda cuando la presión abdominal fuerce una porción de la pared intestinal, en forma de divertículo, a través de dicho anillo;
d) La estrangulación o encarceramiento, siempre acompañan a la hernia de Richter.

HISTORIA:

Las primeras referencias a este tipo de hernia, se encuentran en una descripción de: *Fabricius Hildanus,* en 1598. En el año de 1700, Littré describió tres casos, en cuyo saco herniario, se encontró sólo una porción de la pared intestinal en dos de sus casos, se reconoció después, que se trataba de hernias cuyo contenido estaba constituído por el divertículo de Meckel, pero la tercera no pudo ser identificada por su publicación. No fue hasta el año de 1815, que Meckel describió el divertículo que lleva su nombre, aclarando así la verdadera naturaleza, de los dos casos

de Littré. La primera descripción científica completa de este tipo de Hernia la hizo Richter en 1778, describió esta forma de hernia como una "Pequeña Ruptura". Reconoció que la pared del intestino interesado estaba compuesta, de las mismas capas, que el resto de la pared intestinal; y que su estructura era igualmente idéntica, circunstancias distintas de las del divertículo, que describió más adelante Meckel. Por lo que concierne al tratamiento, recomendó, en el caso de que no hubiera aparecido la gangrena, la reducción ayudada por la dilatación del anillo con un gancho; pero en el caso gangrena, consideraba que la reducción era peligrosa, y debía practicarse la resección. Treves en 1887, coleccionó de la Literatura Médica, 53 Hernias de Richter, de ochenta casos que habían sido reportados como tales. Governale y sus asociados en 1941, coleccionaron y compilaron: 63 casos más uno operado por ellos mismos, haciendo llegar el total a 117. De estos últimos 63 casos, todos eran verdaderas hernias de Richter, y todas crurales; Foltz coleccionó seis más, tres de los cuales fueron operados por él mismo. Nota: Para mejor comprensión, damos a continuación una descripción somera del divertículo de Meckel; aclarando que la Hernia de Littré es la que incluye al divertículo de Meckel dentro del saco herniario.

El divertículo de Meckel es un residuo del conducto onfalo-mesentérico que pone en conexión el intestino primitivo con la vesícula umbilical y que debiera cerrarse entre la tercera y quinta semana.

Grados de malformación que pueden originar la detención en el desarrollo del intestino delgado, según Meckel:

a) Persistencia de una fisura en la pared abdominal, por debajo del ombligo a través de la cual se abre el íleon;

b) Persistencia de la Cisura Abdominal con el íleon en comunicación directa, por medio de un conducto permeable ónfalo-mesentérico con la abertura existente en el ombligo;

c) La Cisura Ventral está ocluída, pero existe una prolongación ciega del íleon que está unida al ombligo por el conducto obliterado representado por un cordón fibroso, sólido; y

d) El Conducto Onfalo-mesentérico persiste como un divertículo libre del íleon.

La longitud de los divertículos de Meckel varía entre: 25 y 125 milímetros. Su forma es también variable, puede presentar forma de: a) salchicha, b) de saco, c) cónica, d) vermiforme, e) filiforme, f) hemisférica, o quedar reducido a un vestigio. Puede existir un mesenterio semejante al del apéndice. El divertículo se localiza de ordinario en el íleon a una distancia comprendida entre los 30 y 90 centímetros de la unión íleo-cecal y suele proyectarse desde el borde libre del íleon. La luz puede ser tan ancha como la del íleon. La frecuencia del divertículo de Meckel, es de 2%, en sujetos examinados post-mortem, es más frecuente en el sexo masculino. Raras veces causa síntomas, pero puede dar origen a complicaciones muy serias, como: perforación a consecuencia de la penetración de un "cuerpo extraño" en su interior, o puede ser asiento de: Vólvulo y Gangrena. Se han observado casos de Obstrucción Intestinal Aguda, a causa de incarceración de una asa intestinal debajo o alrededor del cordón extendido desde el divertículo.

Uno de los caracteres más interesantes del divertículo de Meckel, es la presencia frecuente de mucosa gástrica, pancreática o duodenal heterotópica. La mucosa gástrica aberrante es susceptible de secretar jugo gástrico, y ser la

causa de formación de una úlcera péptica, con su cortejo sintomático.

INCIDENCIA:

De acuerdo con Foltz, el 90% de las Hernias de Richter (Enteroceles parciales), son crurales, siendo más frecuentes en el lado derecho, y en orden de frecuencia por su localización; inguinales, umbilicales, del agujero obturador, epigástricas abdominales.

ETIOPATOGENIA:

El mecanismo activo que produce las Hernias de Richter, no es el mismo en todos los casos y todos los casos no pueden ser explicados satisfactoriamente, por la misma hipótesis. Muchas veces estas hernias son complicación de hernias viejas, reductibles, con adherencias y dudosamente las adherencias pueden ser las causas. Otras veces en los casos reportados se atribuye a hernias que han sido precipitadamente, tratadas de reducir por taxis. Al aumento de la presión abdominal en presencia de un saco herniario se ha atribuído, frecuentemente como posible causa.

Cuando un segmento intestinal está encarcerado, las ondas peristálticas anormales provocadas en estos casos, pueden liberar la mayor parte del segmento intestinal, dejando sólo una pequeña porción en forma de divertículo. Hipótesis de T. G. Orr, Jr: Con un aumento de la presión abdominal, una asa del intestino delgado se insinúa a través del anillo herniario y penetra en el saco, este intestino se edematiza y se encarcera. Muy pronto aparecen los síntomas de obstrucción mecánica del intestino delgado. Los esfuerzos propulsivos del intestino distendido traen por resultado la reducción parcial del contenido del saco con la restauración de la continuidad del lumen del intestino, quedando encarcerado un segmento antimesentérico del mismo, el cual cogido entre el anillo, continúa inflamándose durante el desarrollo de la hiperperistalsis y la reducción parcial.

SINTOMATOLOGIA:

La sintomatología y el diagnóstico crean un real problema al presentarse el Enterocele parcial o Hernia de Richter. Sólo ⅓ de los pacientes tienen síntomas típicos de hernia estrangulada, con severa obstrucción. Cuando está presente la obstrucción completa, se palpa una masa, con defensa local acompañado de dolor de tipo cólico en el abdomen, náuseas, vómitos fecaloides, hiperperistaltismo, constipación, junto con las manifestaciones generales de shock; son la regla en esta minoría de casos. Algunas veces hay diarrea persistente pero raramente, se encuentra moco o melena. Estos pacientes presentan el cuadro típico de una obstrucción intestinal, por eso la Operación debe aconsejarse lo más temprano posible, para obtener mejores resultados finales, aunque la naturaleza de la causa de la obstrucción no puede ser reconocida antes de la operación, esto será demostrado durante el acto quirúrgico.

Pero la mayoría de los pacientes: ⅔ presentan síntomas vagos e indefinidos que sugieren una Obstrucción Parcial por su iniciación, de ahí por qué es tan importante reconocer estos casos temprano, porque la gangrena y la perforación del intestino se presentan rápido y el paciente no muestra un estado general grave, que evidencie la obstrucción. Los vómitos fecaloides en estos pacientes no son comunes, una masa puede o no estar presente, pero si se encuentra es de gran importancia para el diagnóstico. Después de las primeras horas de la estrangulación local puede no haber defensa muscular y el dolor estar localizado a la región lesionada; por esto, en este grupo de pacientes, la

mortalidad operatoria es alta, desde que la intervención quirúrgica se hace demasiado tarle. Usualmente, cuarenta y ocho horas después de establecida la obstrucción, se presenta la gangrena; a consecuencia de ésta, sobreviene la muerte por Peritonitis e Ileo Paralítico, o alguna perforación a través de las partes blandas, estableciéndose una Fístula entérica.

En los casos que Governale reportó hasta 1941, sólo en el 50%, tuvieron síntomas de Obstrucción Intestinal, asociados con una masa palpable, en el supuesto sitio de la hernia. El diagnóstico raramente se hace pre-operatorio, debido a la inconstancia de los síntomas y signos y a la relativa rareza, de la hernia de Richter.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de la Hernia de Richter, entra en el cuadro del diagnóstico diferencial de la Oclusión intestinal; con frecuencia es tan característico este último cuadro, (dolor de tipo cólico, vómitos, distensión); que el diagnóstico no ofrece dificultad, por más que es necesario diferenciarla de otros cólicos, como el biliar, el renal y el apendicular; ello se logra más eficazmente, por la auscultación del abdomen con el estetoscopio. Lo que importa averiguar, es si el cólico intermitente, es o no de origen intestinal: si los borborigmos se intensifican de manera evidente, en los momentos de máxima intensidad del cólico, será correcto afirmar que es de origen intestinal.

La coexistencia de síntomas y signos de Irritación Peritoneal con los de Oclusión Aguda, no pocas veces hace difícil diferenciar la Oclusión con la Estrangulación de otras lesiones inflamatorias intra-abdominales; las que merecen reflexión más detenida son: Apendicitis, Salpingitis, Peritonitis, Pancreatitis Aguda, Torsión de un Quiste Ovárico, Embarazo Ectópico, Perforación de Ulcera Péptica.

En tales casos hay que fiar, principalmente, en la naturaleza del cólico intestinal y en la anamnesis. La exploración pelviana es muy útil, para diferenciar la Salpingitis, el quiste ovárico y la Gestación ectópica. En ocasiones, el elemento decisivo del diagnóstico es el roentgenograma del abdomen, que se tomará con el paciente en posición erecta, para descubrir la acumulación de gases en el intestino y la presencia de niveles líquidos en el mismo.

EVOLUCION Y PRONOSTICO:

Si la hernia puede ser liberada quirúrgicamente, antes que haya gangrena del intestino, la mortalidad y la morbilidad post-operatoria es muy baja. Rodney Maingot en su tratado: "Post Graduates Surgery", toma la tabla de Frankau, enseñando el porcentaje de mortalidad en las estrangulaciones de la manera siguiente:

	1er. día	2º día	3er. día	4º día	5º día
Inguinales:	6%	15%	28%	40%	36%
Crurales:	3.7%	18%	23%	16%	27%

Si este cuadro, se deja evolucionar, termina con la muerte, por la Perforación y Gangrena del intestino y el cuadro Peritonítico Secundario. En raras ocasiones, termina por el establecimiento de una fístula estercorácea.

TRATAMIENTO:

El tratamiento es quirúrgico, y mientras más pronto se instituye, mejores resultados se obtienen. Si la hernia puede ser operada antes que la Gangrena se establezca, la mortalidad y morbilidad post-operatorias pueden ser bajas. Si la porción del intestino, interesado, se ha necro-

sado, debe ser resecado lo más tempranamente posible y hacerse una Anastomosis Término-terminal. Cuando la condición de los pacientes es muy precaria y no permite un procedimiento definitivo, se puede hacer en dos tiempos, con una Enterostomía Proximal como primer tiempo, seguida más tarde por la Escisión de la porción lesionada y el restablecimiento de la continuidad del intestino.

Capítulo II

OBSERVACIONES CLINICAS

OBSERVACION NUMERO 1:

Caso Nº 4137, de 45 años de edad, de sexo femenino, originaria de la capital y residente en Tiquisate; ingresa al Hospital el 9 de junio de 1952, por: *Dolor abdominal agudo,* que le principió tres horas antes en el momento en que levantaba un "cubo de agua". La enferma refiere también que desde hace cinco meses y después de un esfuerzo, le apareció una "Tumoración en el bajo vientre del lado derecho", tumoración que le aumentaba de tamaño con el esfuerzo.

Antecedentes Personales: Menarquia a los 14 años. Reglas en un principio regulares, después entre el segundo y tercer embarazo tuvo un período de Polimenorrea. Casada. Siete hijos, de los cuales cuatro viven. Tres abortos, última menstruación hace seis años.

Antecedentes Patológicos: Disentería en dos ocasiones. Malaria. Leucorrea Post-abortum.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Examen Físico: Temperatura: 36.8°. Pulso: 72. P.A. 130/90. Regular nutrición. Facies normal. Mucosas rosadas.

Examen de la región enferma: Abdomen: Inspección: De paredes flácidas con pérdida del tejido celular subcutáneo y diastasis marcada de los rectos. Movimientos respiratorios presentes y normales. Se observa una tumoración

del tamaño de una "bola de golf", en la arcada femoral derecha, la cual aumenta con la tos.

Palpación: La tumoración es irreductible. No presenta latidos.

Auscultación: Ruidos intestinales presentes y normales.

Datos de Laboratorio: Orina: Negativa. Biometría Hemática: Glóbulos Rojos: 3.330,000. Glóbulos Blancos: 9,000 con un 60% de Neutrófilos. Hematozoario: Negativo. Tiempos de coagulación y Sangría: Normales.

Diagnóstico: Hernia Crural Derecha.

El 12 de junio de 1952, tres días después de su ingreso al Hospital y en momentos en que la enferma se encontraba defecando, sintió dolor agudo en el bajo vientre, el cual la obligó a buscar reposo en cama; el dolor fue aumentando en intensidad, acompañándose este cuadro de náuseas, las cuales fueron seguidas de vómitos en un principio alimenticios y después fétidos. No hubo expulsión de gases ni de heces y la enferma se puso muy agitada.

Al examen se le encontró: dolor exquisito a nivel de la tumoración crural, los ruidos intestinales estaban exagerados, se le hizo el diagnóstico de Hernia Crural Estrangulada y se le preparó para una operación de urgencia.

Al abrir el saco herniario, se encontró que el borde antimesentérico del intestino (porción terminal del íleum), se había insinuado en el saco herniario y había quedado "pellizcado", por los bordes del anillo crural. Al tratar de liberar el intestino se perforó a través de la zona necrosada que era la que correspondía al sitio de el "pellizcamiento intestinal"; se hizo Enterorrafia y Hernioplastía. Se le dejó succión continua y venoclisis de solución glucosada al 5%, al mismo tiempo que se le inyectó Estreptomicina por la vía intramuscular a razón de 0.25 grms.,

cada seis horas y Penicilina 300,000 unidades cada doce horas.

Diagnóstico Post-operatorio: Hernia de Richter.

Al tercer día de post-operatorio la fiebre cayó y se le dio de alta doce días después, completamente curada.

OBSERVACION NUMERO 2:

Caso Nº 7342. E. Q. H. de 42 años de edad, de sexo masculino, originario de Patulul, residente en la finca "La Flora", Tiquisate, ingresa al Hospital el 17 de septiembre de 1952, por Dolor Abdominal Difuso, que se inició a las seis de la mañana del mismo día y que lleva aproximadamente diez horas de duración. El dolor asume por momentos caracteres de cólico, siendo más acentuado al nivel de la región umbilical y desplazándose de derecha a izquierda para ceder al cabo de un momento. Más tarde presentó náuseas, las cuales fueron seguidas de vómitos, al principio alimenticios, luego biliosos y desde las cinco de la mañana, hora en que había defecado, no ha vuelto a tener evacuación de gases o de heces. Entre los antecedentes del enfermo, como de importancia, menciona la existencia desde hace mucho tiempo de una Hernia Inguinal Izquierda que él ha acostumbrado a reducir cuando le produce dolor; pero en esta oportunidad con la reducción no logró alivio.

Al examen físico: se recogieron los siguientes datos de importancia: Temperatura: 37.5°. Pulso: 80. P.A. 110/70.

Facies dolorosa. Respiración ansiosa de tipo Torácico Superior.

Región enferma: Abdomen: Inspección: Globuloso, cicatriz umbilical deprimida, se observan movimientos peristálticos a nivel de la región umbilical dirigiéndose de derecha a izquierda.

A la palpación: Abdomen blando, apreciándose en la región umbilical, una masa de contornos poco definidos, dolorosa y submate a la percusión. Orificio inguinal estrecho, rígido y sin evidencia clínica de hernia.

Datos de Laboratorio: Orina: negativa. Biometría Hemática: Glóbulos Rojos: 4.050,000. Glóbulos Blancos: 11,200 con 75% de neutrófilos. Hematozoario: negativo. Tiempos de Coagulación y Sangría: normales. En la discusión clínica entre los Médicos del Hospital, el péndulo se inclinaba hacia un Vólvulus del Intestino, no pudiéndose descartar la posibilidad de una hernia; y ante el cuadro de un "Abdomen Agudo", se procedió a practicar una Laparotomía Paramediana Izquierda, transrectal y sub-umbilical, en la cual se encontró un "asa del íleum estrangulada" únicamente por el borde antimesentérico y adherida al fondo del saco, el cual estaba invaginado en la cavidad abdominal.

Se liberó el intestino del saco y se esperó que reaccionara la porción estrangulada, la cual era una "placa equimótica" de dos centímetros de diámetro.

Diagnóstico final: Hernia inguinal izquierda estrangulada, tipo de Richter.

OBSERVACION NUMERO 3:

Caso Nº 3747. L. B. M., de 20 años de edad, de sexo masculino, originario de Mazatenango y residente desde hace 13 años en Tiquisate, ingresa al Hospital el 27 de mayo de 1952 por "Dolor Abdominal Agudo", que le principió seis horas antes, en momentos en que se encontraba jugando "foot ball", el dolor lo refería el paciente en la fosa ilíaca derecha con irradiación hacia el triángulo de Scarpa del mismo lado.

Antecedentes Personales: Soltero, había tenido relaciones sexuales normales, alimentación e higiene regulares, no fumaba ni bebía.

Antecedentes Patológicos: Cuatro años antes, había sido operado por Hernia Inguinal Derecha, después de la operación el testículo del mismo lado se le aumentó de tamaño hasta el que presenta a su ingreso al Hospital.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Examen Físico: Temperatura: 39°. Pulso: 110. P. A.: 90/60. Enfermo pálido que adopta en la cama la posición de "gatillo de fusil", sudoroso con facies angustiosa. Membranas mucosas rosadas.

Examen de la región enferma: Abdomen: Inspección: Globuloso, cicatriz umbilical deprimida, movimientos respiratorios abolidos.

Palpación: Abdomen doloroso, resistencia de la pared más acentuada del lado derecho. Palpación profunda: Dolor exquisito en el punto de Mac Burney y triángulo de Sherren.

Auscultación: Disminución acentuada de los ruidos intestinales. Se observó cicatriz operatoria sobre la arcada femoral derecha, en la parte interna de la cual sobresalía una pequeña tumoración dolorosa a la presión.

Al examen físico: De importancia se le encontró: Hidrocele del tamaño de un "aguacate", en el testículo derecho.

Diagnósticos: a) Apendicitis Aguda; y b) Hernia Inguinal derecha estrangulada.

Datos de Laboratorio: Glóbulos Rojos: 4.000,000. Glóbulos blancos: 10,000 con 63% de segmentados, Cayados: 26, Juveniles: 4, Linfocitos: 5, Grandes monocitos 2. A la Herniotomía se encontró que se trataba de una Hernia que se había abierto paso a través de la cicatriz operatoria inguinal y en la cual había quedado "pellizcado" el intestino,

(porción terminal del íleon) ; por su borde antimesentérico y en donde se había producido una perforación de un centímetro de diámetro. Es curioso el estado en que se encontraba el peritoneo del saco herniario, pues estaba sumamente engrosado y al abrirlo nos causó la impresión de que se trataba de la pared intestinal.

La cavidad abdominal se encontraba llena de heces y todo el abdomen, presentaba un cuadro de "Peritonitis generalizada difusa". Se suturó el intestino, se resecó el saco y se hizo la Hernioplastía; cuando se descubrió el cuadro de Peritonitis difusa se abrió la cavidad abdominal, por una Laparotomía Paramediana Derecha Sub-Umbilical. El enfermo evolucionó hacia la formación de una Fístula Estercorácea, por lo que se le preparó para una segunda intervención, la cual se practicó 45 días después; se le hizo Entero-entero anastomosis con botón de Murphy en el sitio de la fístula. El enfermo empezó a decaer en su estado general y murió caquéctico el 26 de julio de 1952, después de haber presentado una vómica.

A la autopsia se le encontró: Peritonitis difusa y Absceso subdiafragmático abierto hacia los bronquios.

Se presentan tres observaciones, en las que se trata de establecer su clasificación, como posibles hernias de Richter.

Una de sexo femenino.
Dos de sexo masculino.
Edades: 45 años (femenina).
42 años.
20 años.

Localización:

Una Crural Derecha (femenina).
Una Inguinal Derecha.
Una Inguinal Izquierda.

Síntomas:

Las tres presentaron cuadro de *Abdomen Agudo,* referido por la historia o según examen físico, a una posible estrangulación herniaria.

EVOLUCION PRE-OPERATORIA DE LOS CASOS PRESENTADOS:

Primer Caso: Es una enferma, que ingresó con un diagnóstico de *Hernia Crural Derecha,* tres días después de su ingreso al Hospital, hizo un cuadro de *Abdomen Agudo,* al que se le hizo el diagnóstico de *Hernia Crural Estrangulada.* Fue operada doce horas después de la iniciación del cuadro agudo.

Segundo Caso: Enfermo que ingresó con un diagnóstico de *Abdomen Agudo,* iniciado diez horas antes, fue operado tres horas después de su ingreso al Hospital, es decir, trece horas de evolución del cuadro agudo.

Tercer Caso: Enfermo que ingresa al Hospital, seis horas después de haberse iniciado un cuadro abdominal agudo, ingresa aproximadamente a las nueve de la noche, se le hace diagnóstico de *Hernia Inguinal Derecha Estrangulada;* es operado al día siguiente, aproximadamente diez y ocho horas después de iniciado el cuadro abdominal agudo.

Resumen: El primer caso operado: 12 horas después de la iniciación.

El segundo caso operado: 13 horas después de la iniciación.

El tercer caso operado: 18 horas después de la iniciación.

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCION, EL ESTADO DE LAS PARTES INTERESADAS DEL INTESTINO Y LA EVOLUCION POST-OPERATORIA:

De la observación de los datos anteriores, podemos deducir, el estado de las asas intestinales interesadas en relación con la evolución y los resultados obtenidos por el tratamiento; así tenemos que la corta evolución del proceso, con relación al momento en que se practicó la intervención, demostró la existencia de condiciones todavía favorables para el éxito de la misma; no sólo por el cuadro patológico encontrado (las asas intestinales reaccionaron bien a las maniobras para ver su estado de vitalidad), sino también para el éxito de la misma. Puede decirse que la evolución post-operatoria propiamente dicha, fue más satisfactoria, en relación directa al tiempo transcurrido desde la iniciación del proceso, hasta la intervención. Vemos que el primero y segundo casos, hubo una buena evolución post-operatoria, habiéndose dado la salida al paciente, en carácter de curado: doce días y diez y nueve días, respectivamente, después de la operación. El tercer caso, la evolución fue desfavorable porque ya se había establecido una *Peritonitis Difusa,* en nuestra opinión, debida a que el tratamiento fue establecido tardíamente, pues habían pasado aproximadamente diez y ocho horas, desde la iniciación del proceso abdominal agudo.

En relación a estos datos, volvemos a insistir sobre lo que dijimos en la sintomatología de las Hernias de Richter, sobre que la Obstrucción Parcial del intestino, en su iniciación, da síntomas vagos e indefinidos y que la gangrena y la perforación del intestino se presentan rápido; allá hicimos notar que cuarenta y ocho horas después de establecida la Obstrucción Parcial, se presentaba la Gangrena; y a consecuencia de ésta, la obstrucción intestinal; pero vemos que en los casos que estamos analizando, la

gangrena y la perforación, ya estaban presentes, a las doce horas de iniciado el proceso.

PRE-OPERATORIO SEGUIDO EN ESTOS CASOS:

Control de pulso, presión, antibióticos, restablecimiento del equilibrio electrolítico por venoclisis, Wangesteen, Exámenes complementarios de laboratorio: bioquímica sanguínea.

ANESTESIA:

Método: *Raquianestesia.*
Anestésico usado: *Procaína.* Cantidad: 200 mgrs.

TIEMPO DE DURACION DE LA ANESTESIA:

Caso Nº 1: Una hora y media con la raquianestesia, complementada: veinte y cinco minutos con éter.

Caso Nº 2: Duración de operación con riaquianestesia: una hora y diez minutos.

Caso Nº 3: Duración de operación con raquianestesia: una hora y veinte minutos.

Estado del paciente durante la anestesia: Tranquilo. Durante la operación se usó suero vitaminado en los tres casos 1,000 c. c. en uno de los casos se usó además, plasma 250 c. c. Material de sutura: Catgut. Catgut cromizado Nº 1 para el peritoneo, Catgut cromizado Nº 2 para la facia. Para la sutura de piel se usó: Crin de Florencia. Se usaron además, drenajes Penrose y tubos de hule perforados.

OPERACIONES EFECTUADAS:

En el caso Nº 1, se hizo *Enterorrafía* y *Hernioplastía.*
En el caso Nº 2, se hizo *Laparotomía, Hernioplastía,*

Apendicectomía.

En el caso Nº 3, se hizo *Laparotomía* y *Hernioplastía.*

ANALISIS DE LOS CASOS EN RELACION A LA TABULACION DE FOLTZ:

En el caso N: 4137, observación número uno, abarca los requisitos a), b) y c) de dicha tabulación.

En el caso Nº 7342, observación número dos: presenta los requisitos a), b) y c); en cuanto al requisito d), como bien lo comentan los Drs. R. Aguilar y J. B. Sultán, del Hospital de Tiquisate, en su trabajo titulado: "Las Hernias de Richter", presentado en el Congreso Nacional de Medicina del año de 1952, "se presume por los síntomas que presentaba el enfermo, que hubo encarceración de un «pellizco del intestino», con todos los otros requisitos de presencia del saco herniario, de anillo estrecho y que haya sido forzada una porción de la pared intestinal, en forma de divertículo a través de dicho anillo. Es lógico pensar que una taxis fisiopatológica producida por el hiperperistaltismo, hasta el extremo de arrastrar el saco invaginándolo hacia la cavidad abdominal, como quien voltea una media al revés. El saco fue tirado hacia el abdomen, por el hiperperistaltismo intestinal, que actuó sobre la pared antimesentérica herniada y que estaba fuertemente adherida al fondo del caso". Si consideramos que no se hubiera producido esta contingencia, se hubiera presentado la estrangulación o encarceramiento de esta porción antimesentérica del intestino, adherida al fondo del saco herniario por lo tanto, en nuestro concepto, este caso se puede clasificar como hernia de Richter.

En el caso Nº 3747, observación número tres, vemos que llena los requisitos a), b), c) y d) de la tabulación de Foltz.

RESUMEN:

1º—Se hace un pequeño recordatorio histórico, a propósito de las Hernias de Richter, de las Hernias de Littré; aclarando el concepto de cada uno de estos cuadros.

2º—Se hace una revisión acerca de la Etiopatogenia, Incidencia, Sintomatología, Diagnóstico Diferencial, Evolución, Pronóstico y Tratamiento de las Hernias de Richter.

3º—Se presentan tres observaciones clínicas, sacadas de los archivos del Hospital de Tiquisate, las cuales se han clasificado como posibles Hernias de Richter.

4º—Se hacen comentarios acerca de estas observaciones, en lo que se refiere a evolución pre-operatoria, tiempo operatorio, estado de los órganos, evolución post-operatoria y anestesia.

5º—Los tres casos que presentamos, llenan los requisitos de la tabulación de Foltz, para ser considerados como Hernias de Richter.

CONCLUSIONES

1ª—La Hernia de Richter, es una variedad de hernia estrangulada, con una etiopatogenia bien definida.

2ª—La Hernia de Littré, es una variedad de hernia estrangulada, con un cuadro nosológico definido.

3ª—La Hernia de Richter, tiene una evolución muy aguda y de pronóstico grave, aun cuando la intervención quirúrgica se haga dentro de las primeras doce horas de evolución.

4ª—El diagnóstico de Hernia de Richter, se hace en la mesa de operaciones

5ª—Aunque es una entidad rara, se encuentra en nuestro medio con una incidencia de 1.4% en 215 operaciones de Hernioplastía practicadas en el período de cinco años en el Hospital de Tiquisate, comprendidos de enero de 1950 a 1955.

6ª—Sumamos tres casos más de Hernia de Richter a las reportadas en la literatura médica.

HUGO PALMA MARROQUIN.

Vº Bº,

Julio de León M.

Imprímase,

Dr. José Fajardo,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Tomas G. Orr. Jr.—From the Surgical Service of the University of Kansas Medical Center. "Richter Hernia" Surgery, Gynecology and Obstetric, Vol. 91, Nº 6, Diciembre de 1950.

Trabajo presentado al Tercer Congreso de Medicina en el año de 1952, por los Doctores Ricardo Aguilar M. y Julio Sultán.

Bockus.—Tomo II, pág. 55, Edición 1948.

Catell, R. B.—"Richter's Hernia" Surgery, Gynecology and Obstetrics, Vol. 51, Nº 700. Noviembre de 1953.

Spivack.—Tomo II, pág. 716, Edición de 1949.