



P-504 - HERNIA OBTURATRIZ INCARCERADA: DOS CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL INFRECUENTE

J.M. Rodríguez Artigas¹, E. Hernando Almudi¹, A. Martínez Germán¹, I. Gascón Ferrer¹, I. Talal El-Abur¹, J.R. Oliver Guillén¹, C. Vallejo Bernad¹ y M. Gutiérrez Díez²

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital de Alcañiz, Alcañiz.

Resumen

Objetivos: La hernia obturatriz es una rara patología con una incidencia inferior al 0,5% de todas las hernias. Cursa de forma habitual en mujeres (6:1) ancianas con cuadro de obstrucción intestinal y signo de Howship-Romberg, que no presentan intervenciones quirúrgicas abdominales previas. Son hernias difíciles de diagnosticar preoperatoriamente, conllevando una alta morbilidad. Presentamos una revisión de 2 casos (2 mujeres, edad media 88 años) de hernia obturatriz incarcerada resueltos en nuestro servicio entre los años 2011-2013.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 87 años de edad con antecedente de prótesis de cadera por fractura de cadera izquierda, ingresada en el Servicio de Digestivo por dolor abdominal intermitente de tipo cólico y vómitos de 72 horas de evolución con sospecha de cuadro oclusivo de intestino delgado. Valorada por Cirugía General, la paciente presenta distensión abdominal, vómitos fecaloideos y dolor en cara interna de muslo derecho irradiado a rodilla. Se completa estudio con TAC abdominal objetivándose hernia obturatriz derecha incarcerada. Se interviene quirúrgicamente a la paciente mediante abordaje abdominal abierto, evidenciándose asa de intestino delgado incarcerada en orificio obturatriz. Se observa anillo de constrictión que permite el paso y signos de sufrimiento del asa de intestino, que recuperan tras instilación de suero caliente. Se realiza herniorrafia del orificio obturatriz con sutura irreabsorbible. La paciente evoluciona satisfactoriamente con alta hospitalaria al 8 día postoperatorio. Caso 2: mujer de 89 años con antecedentes personales de hemorragia digestiva alta hace 8 años por gastritis erosiva y nefrolitiasis. Acudió a urgencias por presentar dolor abdominal de 7 días de evolución y desde hacía 2 días ausencia de emisión de gases y heces acompañado de vómitos. Presentaba dolor difuso y distensión abdominal a la exploración, orificios herniarios inguinales y crurales sin hernias y signos de Howship-Romber y Hannington-Kiff positivos. La radiografía de abdomen reveló dilatación de asas de intestino delgado, por lo que se realizó TAC abdominal que apreciaba una imagen de asa de intestino delgado fuera de la cavidad abdominal compatible con hernia obturatriz. Se intervino quirúrgicamente de forma urgente a través de laparotomía media, observando pequeña cantidad de líquido libre y asa intestinal estrangulada en orificio obturatriz con signos de isquemia. Se resecó segmento afectado de unos 10 cm de intestino delgado, realizando anastomosis latero-lateral mecánica. Se reparó el orificio obturatriz mediante herniorrafia con material irreabsorbible. La paciente presentó ileo paralítico postoperatorio, evolucionando posteriormente de forma favorable siendo dada de alta el 12 día postoperatorio.

Discusión: Debemos incluir en el diagnóstico diferencial la hernia obturatriz si se sospecha clínicamente, especialmente ante un paciente con obstrucción intestinal de causa incierta con síntomas intermitentes y dolor

en la cara interna del muslo que se irradia hacia la rodilla. Un rápido diagnóstico clínico y radiológico y una actuación quirúrgica precoz son esenciales en la reducción de la morbimortalidad que conlleva esta patología.