



P-448 - MANEJO DE UN CASO DE OCLUSIÓN INTESTINAL POR HERNIA OBTURATRIZ

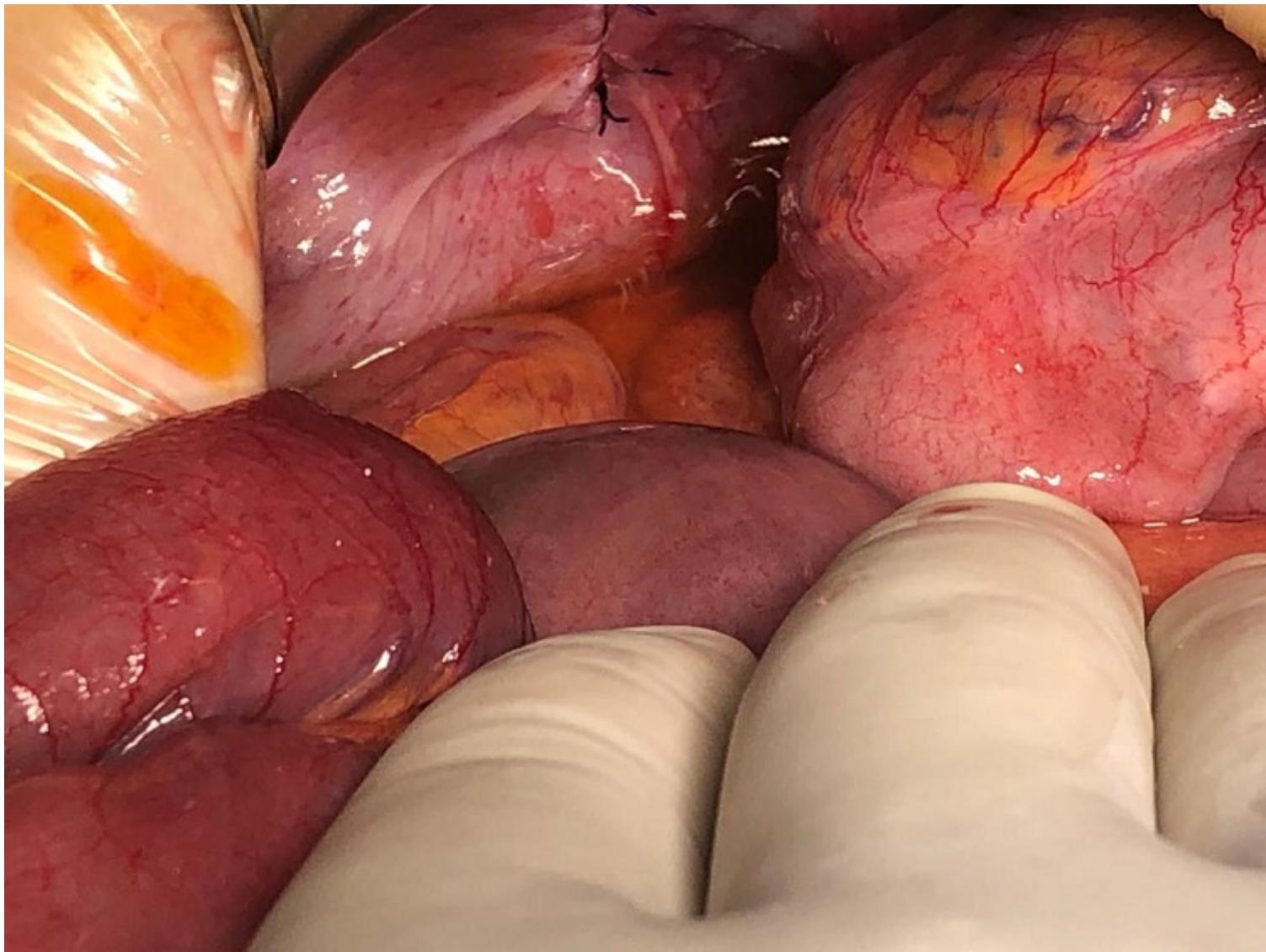
Cesardo Navarrete, Miguel Andrei; Pares Bofill, Berta; Armengol Carrasco, Manel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La hernia obturatriz es considerada una de las presentaciones más inusuales, oscila entre un 0,07-1% de todas. No obstante, a diferencia de sus homólogas el diagnóstico es más difícil al no poderse hallar en el examen físico y necesitando una prueba de imagen como la tomografía axial computarizada. Su presentación es más frecuente en mujeres, edad avanzada y multíparas, su tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 89 años de edad con AP: HTA, enfermedad de Alzheimer, esclerodermia, multípara y sin cirugías previas. Presenta hiporexia, distensión y dolor abdominal de 5 días de evolución con 2 consultas en su CAP sin diagnóstico. Acude a urgencias de su CUAP por persistencia de síntomas, náusea y vómitos. Se orienta como un cuadro obstructivo, radiografía abdominal con distensión de asas de intestino delgado. Tras colocación de sonda nasogástrica en aspiración se obtiene contenido de aspecto fecaloideo y se decide derivar a la paciente a urgencias de nuestro centro. A su llegada explica 5 días de clínica suboclusiva con tránsito para gases y disminución de ingesta oral. A la exploración abdomen distendido, timpánico con disminución de ruidos hidroaéreos y leve dolor a la palpación en hipogastrio. Orificios inguinales libres, no se palpan tumoraciones y Valsalva negativo. El análisis en sangre con resultados dentro de la normalidad. TAC abdominal identifica hernia obturatriz derecha con cambio de calibre a nivel de intestino delgado sin poder descartar signos de sufrimiento intestinal. Se decide cirugía urgente, se realiza laparotomía infraumbilical objetivando una hernia obturatriz derecha con pinzamiento lateral del borde antimesentérico de intestino delgado, dilatación retrógrada y líquido de aspecto reactivo. Se procede a la disección del cuello herniario logrando reducir el contenido. Se objetiva perforación de 5 mm dentro de zona hipoperfundida de 5 cm de segmento ileal. Se realiza resección de 10 cm de íleon, anastomosis mecánica anti peristáltica, cierre del ojal intestinal con monocryl 3/0. Orificio obturatriz con 1 cm de diámetro, 3 cm de profundidad que se decide cerrar mediante colocación de plug de polipropileno y fijación con PDS 2/0. Se procede a cierre de peritoneo utilizando el peritoneo del saco herniario con Vicryl 3/0. Posoperatorio correcto, dada la fragilidad de la paciente se alta a sociosanitario.



Discusión: La hernia obturatrix se debe incluir en el diagnóstico diferencial de suboclusión intestinal con mayor énfasis en pacientes con factores predisponentes, como el sexo femenino, multiparidad, presión intrabdominal aumentada y pérdida de peso. Se agrupa dentro de las hernias del suelo pérvico, dada su localización ocasiona limitaciones para su diagnóstico. El dolor en cara interna del muslo del lado afectado que aumenta a la extensión, rotación interna y aducción (signo de Howship-Romberg) así como la pérdida del reflejo de los adductores(signo Hannington-Kiff) son de ayuda para el diagnóstico. El TAC abdominal es el *gold standard* para su diagnóstico siendo la reparación quirúrgica el mejor tratamiento. El tiempo es esencial para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a estrangulación así como una recuperación óptima.