



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-520 - HERNIA OBTURATRIZ, UNA ASESINA SILENCIOSA

Moreno Bagueiras, Alejandro; Yuste García, Pedro; Pastor Altaba, Daniel; Gutiérrez Andreu, Marta; Sánchez García, Carmen; Bernal Tirapo, Julia; Guadarrama González, Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La hernia obturatriz (HO) es una patología rara, con una incidencia del 0,05% al 1% de todas las hernias abdominales. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada, siendo habitual una historia de pérdida de peso marcada. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a que los pacientes presentan signos y síntomas inespecíficos. Suelen debutar de forma urgente como un cuadro de obstrucción intestinal (hasta en el 90% de los casos). Sin embargo, los estudios de imagen han contribuido al diagnóstico preoperatorio, disminuyendo la probabilidad de resección intestinal y, consecuentemente, la morbilidad posoperatoria.

Caso clínico: A continuación exponemos el caso de una paciente de 64 años de edad, ingresada en nuestro hospital por un episodio de disnea. Como Antecedentes personales, destaca la presencia de un mieloma múltiple en cuarta línea de quimioterapia. A los pocos días de ingreso comienza con clínica de obstrucción intestinal: distensión y dolor abdominal, intolerancia oral con náuseas y vómitos y ausencia de tránsito intestinal. A la exploración física, se trata de una paciente caquéctica, con abdomen timpánico, doloroso y sin irritación peritoneal. No se palpan hernias a nivel inguinal ni crural. Se decide por tanto solicitar tomografía abdominal (TC) urgente (fig. 1), donde se informa de obstrucción intestinal secundaria a HO izquierda. Con este diagnóstico se decide cirugía urgente. Se opta por un abordaje por laparotomía infraumbilical, descartándose el abordaje laparoscópico debido a la intensa dilatación intestinal. Presenta un orificio obturatriz de apenas 1-2 cm de diámetro por el que se hernia un asa de íleon (fig. 2). Tras llevar a cabo una pequeña quelotomía se extrae el asa, no siendo necesaria la resección intestinal. Se lleva a cabo una hernioplastia preperitoneal simulando la misma técnica que empleamos en las técnicas TAPP (fig. 3). El posoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente puede ser dada de alta al cuarto día.



Discusión: Debido a la poca expresividad clínica, el diagnóstico de la HO es un auténtico reto. Para ello es fundamental un alto índice de sospecha clínica: mujeres muy delgadas y de edad avanzada con un cuadro de obstrucción intestinal. Resulta fundamental la realización de un TC abdominal temprano, ya que el retraso diagnóstico tiene una relación directa con la alta morbilidad asociada. El abordaje de elección tradicional en los casos urgentes de obstrucción intestinal se lleva a cabo por laparotomía media, aunque en casos seleccionados (pacientes de riesgo anestésico bajo, poca distensión abdominal, bajo riesgo de resección intestinal...) podría indicarse el abordaje laparoscópico. La mortalidad puede ser muy alta (25-70%) y está directamente relacionada con complicaciones del intestino encarcelado o estrangulado.