



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-667 - HERNIA OBTURATRIZ EN AUSENCIA DE TUMORACIÓN ABDOMINAL. DIAGNOSTICO CAUSAL TRAS ESTUDIO POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

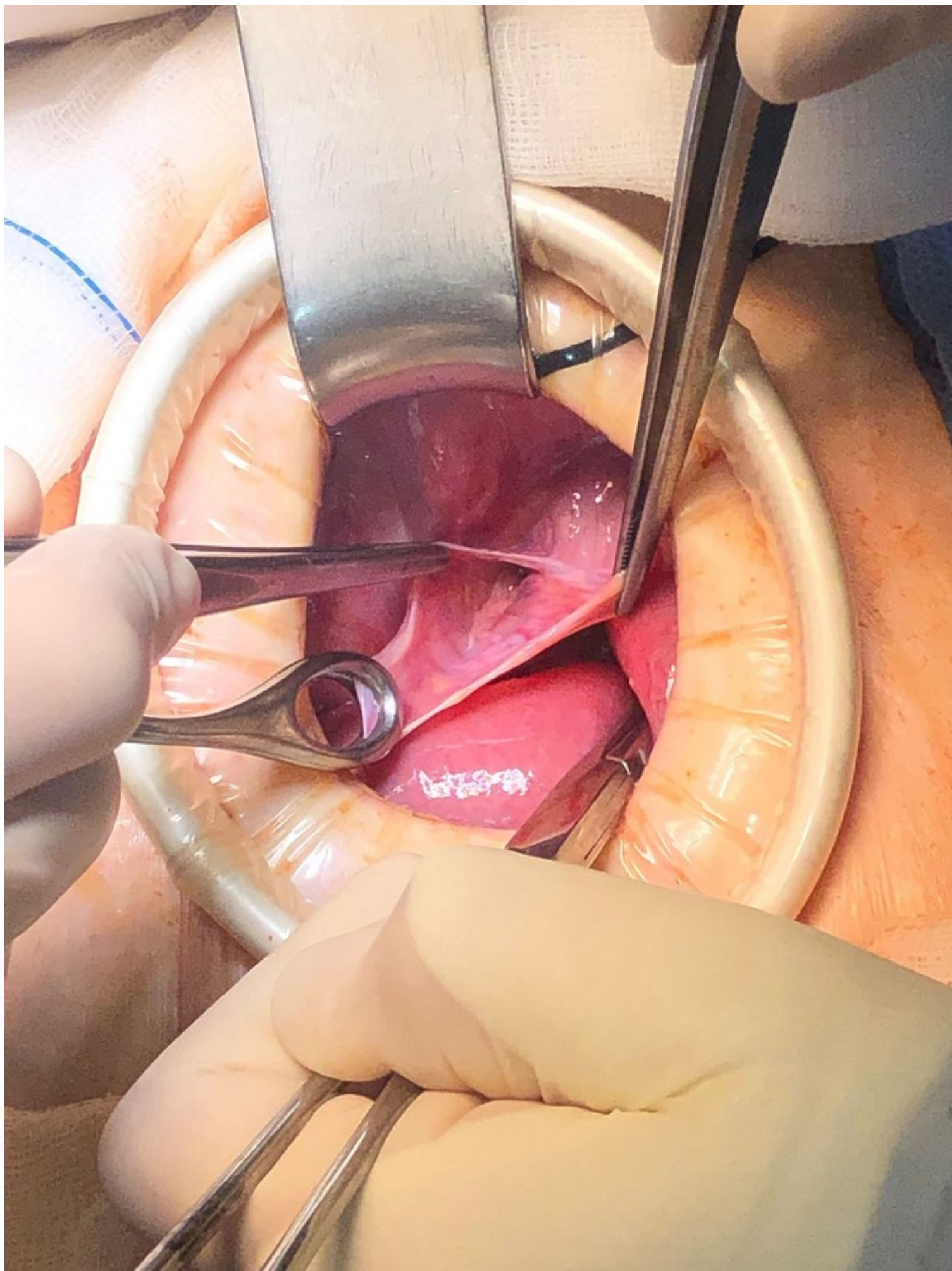
*Iraola Fernández de Casadevante, María; Pastor Bonel, Tania; Carballo Rodríguez, Laura; Echeveste Varela, Ainhoa; de Ariño Hervás, Itziar; Padilla Otamendi, Miren Josebe; Enríquez Navascues, Jose María*

*Hospital Universitario Donostia, Donostia.*

### Resumen

**Introducción:** La hernia obturatriz es una hernia de baja incidencia, para cuyo diagnóstico es fundamental la sospecha diagnóstica, motivo principal de presentación del presente caso clínico.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 90 años, hipertensa, histerectomizada y tiroidectomizada que consulta en Urgencias por dolor en fosa iliaca izquierda irradiado a cara anterior de muslo izquierdo de 24 horas de evolución. Ha asociado vómitos, mantiene tránsito intestinal con realización de deposiciones y ventoseo. A la exploración física está hemodinámicamente estable, presenta abdomen ligeramente distendido, sin palpase masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. No presenta alteraciones analíticas, realizándose una radiografía abdominal en la que se visualiza distensión de intestino delgado y colelitiasis única sin poder descartarse migración a tracto digestivo, por lo que bajo sospecha diagnóstica de fíleo biliar se solicita TC abdominal. En el TC abdominal se visualiza hernia obturatriz izquierda que condiciona obstrucción intestinal en asa cerrada, por ello se interviene a la paciente de forma urgente mediante abordaje abierto preperitoneal. En la cirugía se objetiva asa de intestino delgado encarcelada en orificio obturatriz con signos de sufrimiento (eritema sin necrosis) que remiten tras la reducción de la misma. Se realiza una hernioplastia preperitoneal colocando una malla de  $15 \times 7,5$  cm de polipropileno que se fija con 2 puntos de prolene 2/0 en pubis y ligamento de Cooper. Tras la cirugía la paciente presenta fíleo parálitico con resolución espontánea del mismo.



**Discusión:** La incidencia de hernia obturatriz es baja, suponiendo 1% de las hernias abdominales, siendo la mayoría de casos publicados mujeres de edad avanzada y delgadas. Se produce por un debilitamiento de la membrana obturadora, situada en el conducto obturador formado por el hueso púbico e isquion, y perforada en su borde supero-medial por el nervio y vasos obturadores. La compresión de dicho nervio por el contenido herniario puede provocar dolor en la cara anteromedial del muslo (signo de Howship-Romberg), el cual está presente hasta en un 50% de pacientes. El motivo más frecuente de consulta es la obstrucción intestinal, seguido del dolor abdominal. La prueba más sensible y específica para su diagnóstico es la TC abdominopélvica. Están descritos para su tratamiento abordajes extraperitoneales, vía abierta (transinguinal) y laparoscópica (TEP), preferibles en hernioplastias programadas por la falta de revisión de asas de intestino delgado; y abordajes intraperitoneales, vía abierta (laparotomía media infraumbilical) y laparoscópica (TAPP), que permiten la revisión del contenido herniado y tratamiento si precisa. Para el cierre del defecto están descritas técnicas de cierre peritoneal primario, recomendadas en caso de orificios pequeños o contaminados y el uso de mallas. Parece que el abordaje laparoscópico, ya sea TEP o TAPP presenta menor tasa de dolor posoperatorio, se asocia a movilización temprana, menor estancia hospitalaria y tasa de complicaciones posoperatorias.