



P-448 - DOLOR GLÚTEO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HERNIA OBTURATRIZ CON ASA INCARCERADA

Luengo Pierrard, Patricia¹; Tortolero Giamate, Laura²

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital Sanitas La Zarzuela, Madrid.

Resumen

Introducción: La hernia obturatriz tiene una incidencia del 0,05-1% de todas las hernias abdominales. Su forma de presentación más frecuente es la obstrucción intestinal asociada, en algunos casos, a dolor en la cara interna del muslo. Objetivo: presentar un caso clínico de hernia obturatriz con una presentación rara, donde la prueba de imagen tuvo más peso que la clínica en el diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 85 años, con fibrosis pulmonar, que acude a urgencias por presentar dolor de aparición brusca en el glúteo, irradiado al miembro inferior izquierdo. No presenta náuseas, vómitos, distensión, ni dolor abdominal. La paciente es de complexión delgada. En TAC abdominal se objetiva hernia obturatriz izquierda que presenta ligero edema de la grasa adyacente y ligera dilatación de asas de intestino delgado a nivel de la pelvis. Con diagnóstico radiológico de obstrucción intestinal secundario a hernia obturatriz con asa incarcerada se decide intervención quirúrgica urgente. Mediante anestesia raquídea se realiza laparotomía infraumbilical encontrando obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz izquierda que contiene asa de intestino delgado, que se reduce mediante tracción suave del extremo intestinal no dilatado, signos leves de isquemia intestinal que recupera tras liberarla del orificio. Hernia obturatriz derecha sin contenido. Se realiza hernioplastia preperitoneal bilateral con plug de prolene. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta al cuarto día postoperatorio.

Discusión: Los factores asociados a la aparición de la hernia obturatriz son el sexo femenino y la pérdida grave de peso, la cual lleva a una disminución de la grasa preperitoneal que cubre el canal obturador, favoreciendo su aparición. La semiología diagnóstica de la hernia obturatriz es compleja por su localización anatómica. Cuando se sospecha, el TAC abdominal es la prueba de elección, ya que permite un diagnóstico precoz y valorar el grado de obstrucción intestinal. La necesidad de resección intestinal por isquemia aumenta la morbimortalidad. El tratamiento es quirúrgico mediante laparotomía o laparoscopia. En nuestro caso, las condiciones respiratorias condicionaron la elección de la vía de abordaje mediante laparotomía, evitando así la intubación de la paciente. La colocación o no de malla es un tema controvertido y depende del tamaño del defecto y estado de los tejidos circundantes. Cuando existe hernia obturatriz bilateral, se recomienda la reparación de ambos defectos.