



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-483 - OBSTRUCCIÓN INTestinal EN EL CONTEXTO DE HERNIA OBTURATRIZ INCARCERADA

Fernández Miguel, Tamara; García Gutiérrez, Virginia; Ortega García, Ricardo; Alonso Murillo, Laura; Guadarrama González, F. Javier; Pastor Altaba, Daniel; Lomas Espadas, Manuel; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Las hernias obturadoras son poco frecuentes, suponen entre el 0,5-1,4% de todas las hernias y causan entre el 0,2-1,6% de los casos de obstrucción intestinal. Son 6 veces más frecuentes en el sexo femenino, sobre todo mujeres delgadas de avanzada edad > 70 años. Aparecen generalmente en el lado derecho y su diagnóstico pocas veces se establece antes de la aparición de obstrucción intestinal. Conllevan a una resección intestinal en el 75% de los casos, y al fallecimiento entre un 12-70% de los casos. Su gravedad se relaciona con las características de la paciente y el retraso de la intervención. Presentamos el caso de una obstrucción intestinal en el contexto de una hernia obturadora encarcelada.

Caso clínico: Mujer de 88 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, artrosis e hipoacusia; intervenida de urgencia hace 72h en otro centro con el diagnóstico de obstrucción intestinal por hernia crural encarcelada, realizándose hernioplastia con plug por vía extraperitoneal. Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital tras solicitar alta voluntaria en el otro centro. A su llegada la paciente muestra aparente buen estado general; refiere distensión abdominal, ausencia de tránsito a gases, náuseas y vómitos desde hace 5 días; clínica que no mejora tras intervención quirúrgica. A la exploración llama la atención una importante distensión abdominal así como la ausencia de ruidos hidroaéreos. Analíticamente muestra parámetros dentro de la normalidad y en la Rx simple de abdomen se visualizan claros NHA, así como dilatación de todo el ID. Se decide realizar laparotomía urgente observándose asa de íleon introducida en conducto obturador sin signos de sufrimiento y plug femoral peritoneizado; se reduce asa intestinal y saco herniario y se cierra orificio incidiendo el peritoneo por encima del mismo, despegándolo del saco y suturándolo por encima para retensarlo; finalmente se cubre y refuerza el orificio con ligamento redondo. Se revisa resto de ID y colon sin identificarse signos de sufrimiento. La paciente evoluciona favorablemente durante el postoperatorio, recuperando TGI el primer día tras la intervención, siendo dada de alta el tercer día postoperatorio.

Discusión: En raras ocasiones las hernias obturadoras se operan de forma programada; suelen diagnosticarse cuando ya existe obstrucción intestinal generada por las mismas, por ello la laparotomía suele ser la vía habitual de acceso. La reparación del orificio herniario durante la laparotomía puede realizarse de varias formas, prefiriéndose reparaciones rápidas y sin malla. Las

prótesis solo se emplean en ausencia de riesgo séptico, intervenciones precoces o si el intestino está poco alterado. En el acceso programado no se recomienda la vía femoral, se prefiere la vía extraperitoneal abierta (Stoppa) o la vía laparoscópica y en este caso la reparación sí que debe incluir una malla de gran tamaño que recubra las zonas inguinal, femoral y obturatriz.