



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/585 - NO PUEDO VENTOSEAR

T.R. Álvarez Balseca<sup>a</sup>, L.L. Cabrera Sánchez<sup>b</sup>, M.J. Fernández Sánchez<sup>c</sup>, R. Román Martínez<sup>d</sup>, F.J. Fernández Valero<sup>e</sup>, A. Egea Huertas<sup>e</sup>, G. Alonso Sánchez<sup>a</sup>, M.M. de la Torre Olivares<sup>a</sup>, M.J. Fernández Rodríguez<sup>a</sup> y P. Rodríguez Lavado<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. <sup>c</sup>Enfermera. Centro de Salud de Bullas. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas-Sur. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 77 años, que acude a Urgencias por llevar 4 días con vómitos sin productos patológicos, con estreñimiento y sin poder ventosear. Un día antes acudió a Urgencias de su Centro de Salud donde le pusieron Primperan im. con mejoría de los vómitos pero sigue con cierta distensión abdominal y malestar general. Lleva 2 días solo tomando Aquarius.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antecedentes personales: No alergia a medicamentos conocida. EPOC con oxígeno domiciliario las 24h. Cardiopatía isquémica crónica estable. Hipertrofia benigna de próstata. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC, no roncus ni sibilantes. AB: globoso, bando y depresible, con timpanismo aumentado y ausencia de ruidos peristálticos. Cicatriz de hernia umbilical. Doloroso a la palpación de forma difusa. MMII: no se observan edemas ni signos de insuficiencia venosa crónica. Bioquímica y perfil hepático: con valores normales. Hemograma: normal. Radiología de abdomen simple en bipedestación con rayo horizontal: sin hallazgos significativos. TAC de abdomen y pelvis sin contraste: obstrucción intestinal por hernia inguinal derecha.

**Juicio clínico:** Obstrucción Intestinal secundaria a hernia estrangulada.

**Diagnóstico diferencial:** Íleo biliar. Pseudoobstrucción intestinal o síndrome de Ogilvie. Sepsis intra-abdominal.

**Comentario final:** Luego de la confirmación de la obstrucción se procede a la realización de una hernioplastia inguinal, con una recuperación posquirúrgica favorable. Aproximadamente una tercera parte de los casos se deben a encarceración o estrangulación de una hernia externa. Por esta razón, en un paciente obstruido se deben palpar cuidadosamente las diferentes zonas a nivel abdominal donde se presenten las hernias. Por este motivo es importantísimo examinar al paciente con el abdomen completamente descubierto. Una hernia encarcerada puede pasar inadvertida particularmente en pacientes obesos y tener consideración sobre todo en pacientes ancianos.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de actuación, 4ª ed.
2. Nyhus LL, Condon RE, Vitello JM. Dolor abdominal. Buenos Aires. Editorial Panamericana, 1995.

**Palabras clave:** *Hernia estrangulada. Obstrucción.*