



# Cirugía Española



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

## P-576 - PAPEL DE LA LAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DE LA HERNIA OBTURATRIZ INCARCERADA

*Valdés de Anca, Álvaro; Bermejo Marcos, Elena; Marín Campos, Cristina; Mora Guzmán, Ismael; Maqueda González, Rocío; Rodríguez Sánchez, Ana; García Sanz, Íñigo; Martín Pérez, Elena*

*Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** La hernia obturatriz es un tipo muy infrecuente de hernia, con una incidencia estimada en menos del 1% del total. Suele darse en mujeres ancianas, multíparas y delgadas. Presenta una tasa de estrangulación del 25-100% y una mortalidad elevada (12-70%), por lo que debe ser considerada como una urgencia quirúrgica. El diagnóstico clínico no siempre es posible dada la dificultad de palpar el orificio obturador, por lo que el método diagnóstico de elección es la tomografía computarizada (TC). Presentamos el caso de una mujer de 95 años con obstrucción intestinal secundaria a una hernia obturatriz estrangulada que se redujo por vía laparoscópica.

**Caso clínico:** Mujer de 95 años, sin antecedentes de interés, que acude al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24h de evolución asociado a náuseas y vómitos. A la exploración física presenta abdomen distendido, blando y depresible, timpánico a la percusión, sin signos de irritación peritoneal y con dolor en región inguinal izquierda irradiado a cara interna del muslo (signo de Howship-Romberg). No se palpan hernias inguino-cruales complicadas. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia (16,7 miles/mm<sup>3</sup>, N 93%), estando el resto de parámetros en el rango de la normalidad. Se realiza TC abdominal urgente, que pone de manifiesto una obstrucción de intestino delgado secundaria a una hernia obturatriz izquierda encarcerada. Se decide intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica. Se emplearon tres trócares: 12 mm (umbilical), 10 mm (fosa ilíaca derecha) y 5 mm (flanco derecho). Tras creación de neumoperitoneo, se evidencia herniación de un asa de íleon proximal a través del orificio obturador izquierdo, que se consigue reducir a cavidad abdominal con pinzas atraumáticas. Tras reducción del asa herniada, se evidencia isquemia transmural sin evidencia de perforación, por lo que se decide convertir a cirugía abierta. Se realiza laparotomía media infraumbilical y resección del segmento afecto con anastomosis primaria latero-lateral mecánica. La reparación del orificio herniario se realiza mediante un *plug* de polipropileno por vía abdominal, fijado a las paredes del orificio con BioGlue® (CryoLife, Inc., Kennesaw, GA), y cubierto con un flap de peritoneo. La evolución postoperatoria fue favorable desde el punto de vista quirúrgico, con resolución completa del cuadro obstructivo y cumpliendo criterios de alta hospitalaria a la semana de la intervención.

**Discusión:** La hernia obturatriz es una entidad rara de difícil diagnóstico que supone una urgencia quirúrgica por la elevada tasa de encarceración. El diagnóstico de elección es la tomografía computarizada. Dada la localización anatómica de la hernia, la laparoscopia permite una mejor

visualización del orificio obturador y de la hernia en comparación con la cirugía abierta, permitiendo la reducción de la misma y la reparación del orificio herniario en casos seleccionados y en manos de cirujanos expertos en cirugía laparoscópica.