



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1305 - HERNIA CRURAL INCARCERADA

L. Ojeda López^a, A.M. Lemos Pena^b, M. García Sánchez^b, M. Gutiérrez Soto^c, J. Jiménez Gallardo^d, R.J. Reyes Vallejo^d e I.M. Gómez Martín^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almodóvar del Río. Zona I. Córdoba. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Guadalquivir. Zona I. Córdoba. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Alergia a metamizol, HTA, no DM, dislipemia, insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada, disnea en grado II, fibrilación auricular tratamiento con sintrom, sd. depresivo, hernia crural derecha. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomizada por laparoscopia, prótesis de rodilla izquierda hace 8 años y hallux valgus. En tratamiento con enalapril 10 mg/nifedipino 20 mg 1/24h, candesartan 32 mg 1/24h, alprazolam 1 mg 1/12h, duloxetina 60 mg 1/24h, trazodona 100 mg 1/24h, sintrom, furosemida 40 mg 1/12h, atenolol 50 mg 0,5/12h, atorvastatina 20 mg 1/24h, espironolactona 25 mg 1/24h, omeprazol 40 mg 1/24h, spririva 1 inh/24h.

Mujer de 83 años, acude al servicio de urgencias por dolor en epigastrio desde esta mañana irradiado a hipocondrio derecho, afebril, no náuseas, ni vómitos, no diarrea, hernia crural derecha con posible encarceración que no se puede reducir.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora. Normohidratada, palidez mucocutánea, eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: tonos arrítmicos, no soplos audibles, no roces, ni extratonos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, hipocondrio y flanco derecho, no signos de irritación peritoneal, Murphy y Blumberg negativos, ruidos hidroaéreos conservados. Miembros inferiores con ligero edema sin signos de TVP. Se solicita bioquímica, hematimetría y coagulación junto a radiografía simple de abdomen. Hemograma: 14.400 leucocitos con 81% de neutrófilos. Bioquímica: glucosa 123, urea 49, creatinina 1,1, potasio 5,3. Enzimas hepáticas y amilasa normales. Rx de abdomen sin hallazgos. Se reevalúa por Cirugía General a la paciente que presenta hernia crural derecha con posible encarceración que no se puede reducir, se decide operar de urgencia.

Juicio clínico: Hernia crural encarcerada.

Diagnóstico diferencial: Con adenitis por criptitis, o intertrigo micótico, o papilitis, adenopatía neoplásica de origen ginecológico, anal o rectal.

Comentario final: Finalmente el hallazgo en quirófano fue de una hernia crural encarcerada que

contiene un segmento necrótico de intestino delgado con líquido sucio maloliente, se lleva a cabo una resección de 25 cm de intestino delgado, anastomosis L-L mecánica, cierre de la brecha con puntos de monocryl 3/0, herniorrafia del agujero crural y colocación de malla de vicryl, dada la contaminación, se lleva a cabo el cierre por planos y agrafes y drenaje Blake. La evolución de la paciente es clínicamente satisfactoria, sin complicaciones quirúrgicas precoces. Al alta hemodinámicamente estable, eupneica, afebril, diuresis conservada, sin otros síntomas añadidos, herida con buen aspecto. Se lleva a cabo alta a la paciente con su tratamiento habitual añadiendo paracetamol 1 g/8h si hay dolor, omeprazol 20 mg cada 24 horas en ayunas, levofloxacino 500 mg/24h durante 7 días, enoxaparina 40 mg subcutánea cada 24 horas durante 5 días con reintroducción del sintrom por Médico de Atención Primaria y continuar con tratamiento previo al ingreso, curas diarias de la herida en centro de salud, dieta blanda con progresión según tolerancia, evitar esfuerzos físicos intensos/moderados, retirar agrafes a los 10-12 días de la intervención y seguimiento por MAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunicardi F. Schwartz Principios de Cirugía. 8ª ed. 2005. Editorial Interamericana.
2. Townsend C, Beaucham RD, Evers BM, Mattox K. Sabiston Tratado de Cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna, 17ª edición. 2005.
3. Nyhus. El Dominio de la Cirugía. Editorial Médica Panamericana, 2004.