



ELSEVIER

Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah


Nota clínica

Hernia obturatriz y obstrucción intestinal. Reporte de caso

David Alejandro González Ospina^a, César Andrés Ortega Toscano^{b,*},
Natalia Flórez Arango^c y María Katherine Flórez Leguía^d

^a Departamento de Cirugía, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia)

^b Departamento de Radiología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia)

^c Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín (Colombia)

^d Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín (Colombia)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2016

Aceptado el 14 de junio de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Hernia obturatriz

Obstrucción intestinal

Tomografía computarizada

Keywords:

Obturator hernia

Intestinal obstruction

Computed tomography

R E S U M E N

La hernia obturatriz es una causa rara de obstrucción intestinal. Es frecuente en mujeres multíparas, con pérdida de peso marcada. El diagnóstico preoperatorio es un reto y su manejo es quirúrgico, pero dada su poca frecuencia no existen recomendaciones sobre una técnica universal. Se presenta el caso de una mujer con obstrucción intestinal y diagnóstico tomográfico de hernia obturatriz. Se realiza abordaje mediante laparotomía infraumbilical, con reducción exitosa de la hernia y reparación con malla sin resección intestinal.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Obturator hernia and intestinal obstruction. A case report

A B S T R A C T

Obturator hernias are a rare cause of intestinal obstruction. This disease is more prevalent in multiparous women, with a marked weight loss. The preoperative diagnosis is a challenge and its treatment is only surgical. Besides the rare presentation of this kind of hernias, there is not a gold standard approach for its management. The case of a 79-year-old female with clinical complaints of intestinal obstruction is presented. An abdominal computed tomography is carried out and the image of right obturator hernia is found. Successful reduction of the hernial sac with mesh was performed without bowel resection.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Hospital Pablo Tobón Uribe, Departamento de Radiología. Calle 78B núm. 69-240, Medellín (Colombia). Teléfono: 4459000, extensión 5565.

Correo electrónico: cortegato@hotmail.com (C.A. Ortega Toscano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2016.06.002>

2255-2677/© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La hernia obturatriz (HO) es una afección rara, con una incidencia del 0.05 % al 1 % de todas las hernias abdominales¹, que se manifiesta más comúnmente como obstrucción intestinal aguda². Su diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a que los pacientes presentan signos y síntomas inespecíficos. Sin embargo, los estudios de imagen han contribuido al diagnóstico preoperatorio, disminuyendo la probabilidad de resección intestinal y, consecuentemente, la morbimortalidad posoperatoria³. El tac es el examen de elección, pues tiene un alto grado de precisión para el diagnóstico de obstrucción del intestino delgado y, además, permite valorar otras causas de obstrucción intestinal⁴.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 79 años con dolor abdominal difuso de varios años de evolución, exacerbado en los últimos 5 días, asociado a emesis y paro fecal. Entre sus antecedentes personales figuran hipertensión arterial, dislipidemia y herniorrafia inguinal bilateral.

En el momento del ingreso a la institución se encontraba en aceptables condiciones generales, con abdomen depresible, doloroso a la palpación generalizada, pero sin irritación peritoneal, con ausencia de peristaltismo y sin masas visibles o palpables.

Se consideró cuadro de obstrucción intestinal y se le colocó una sonda nasogástrica que drenó material fecaloide y ocasionó una ligera mejoría de la paciente.

Se solicitó radiografía simple de abdomen, en la que se evidenció sonda en cámara gástrica, adecuada distribución del gas intestinal y presencia de aire distal en el recto, sin cambios indicativos de obstrucción intestinal (fig. 1).

Se realizaron análisis de sangre sin evidencia de trastorno hidroelectrolítico, pero con deterioro de la función renal con niveles de creatinina de 1.2 mg/dL, nitrógeno ureico en sangre de 42 mg/dL y una tasa de filtración glomerular de 38 ml/min/m².

La paciente fue valorada por Cirugía General, donde consideraron estudiar el cuadro clínico con tomografía abdominal simple por contraindicación del uso de medio de contraste intravenoso. El examen reportó signos de obstrucción intestinal secundario a hernia a través del agujero obturador derecho con segmento de transición en esta zona, visualizándose paso de asas intestinales y grasa a través del agujero obturador derecho, miomatosis calcificada y hernia inguinal izquierda con contenido de grasa, sin complicaciones (fig. 2).

Fue operada mediante laparotomía infraumbilical, con lo que se identificó defecto obturatriz derecho a través del cual se herniaba parcialmente el borde antimesentérico de un segmento de yeyuno (hernia de Richter); se apreció contenido herniario sin sufrimiento, isquemia o necrosis. Se intentó la reducción del contenido herniario por vía preperitoneal sin utilizar incisiones adicionales ni el abordaje retromúsculo rectal extraperitoneal; al no ser posible, se ingresó a la cavidad con maniobras de reducción satisfactorias. Se corrigió el defecto con malla de polipropileno (6 × 11 cm) en el espacio

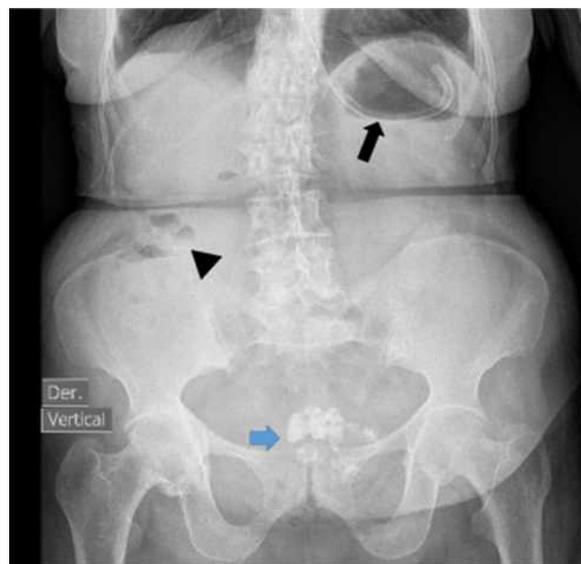


Figura 1 – Radiografía anteroposterior de abdomen en la que se observa sonda en la cámara gástrica (flecha negra) y distribución normal del gas intestinal (punta de flecha). En la pelvis se aprecian calcificaciones inespecíficas (flecha azul).

preperitoneal en forma de tapón al canal, y fascia y piel se suturaron de forma convencional.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta al quinto día posoperatorio.

Discusión

El agujero obturador es una estructura bilateral formada por el pubis y el isquion, y reconocido como el orificio más grande del cuerpo humano. En su parte más craneal se localiza el canal obturador, con unas dimensiones aproximadas de 0.2-0.5 cm de ancho y 2-3 cm de largo, a través del cual discurren la arteria obturatriz con la vena y el nervio correspondientes⁵; es el sitio por el cual emerge la hernia en caso de estar presente.

La hernia del orificio obturador se agrupa en las denominadas «hernias del piso pélvico», entre las que también se encuentran las variedades ciática y perineal, compartiendo las limitaciones diagnósticas por su situación anatómica. Si bien todas son de presentación atípica, la más frecuente de estas es la HO, la cual corresponde al 0.05-1 % de las hernias de pared abdominal⁶.

Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de hernias obturadoras se encuentran el sexo femenino, con una proporción de 9:1^{2,6}, la multiparidad y todas las condiciones clínicas que aumenten la presión intraabdominal⁶. Sin embargo, la emaciación es quizás el factor de riesgo más importante, pues la pérdida severa de peso conlleva la disminución de la grasa preperitoneal que cubre el canal obturador, lo que favorece así la presencia de hernias⁵.

El lado derecho es el más afectado, y se cree que es secundario a la presencia del colon sigmoidees en el lado izquierdo que cubre el foramen obturador, actuando como barrera preventiva de herniación^{5,7}.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836585>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836585>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)