

Obstrucción de intestino delgado

J.M. Peraza Casajús¹, J. Balanya Vidal², L.Borobia Melendo³

Sanid. mil. 2008; 64 (2): 105-106

Mujer de 88 años que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso, estreñimiento, vómitos y malestar general de dos días de evolución. Antecedentes de interés: hipertensión arterial, enfermedad de Alzheimer, prótesis total ambas caderas y obstrucción intestinal en 2005.

Exploración abdominal: abdomen blando, depresible, distendido, doloroso a la palpación en epigastrio y región umbilical y sin

signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos disminuidos. No se aprecian orificios herniarios. Tacto rectal normal.

En la analítica: leucocitos, 9.360/ul; neutrófilos, 81,60%; resto de parámetros, normales. La radiografía simple de abdomen muestra dilatación de las asas de intestino delgado con calibre entre 4,5 y 5 centímetros y niveles hidroaéreos.



¹ Cap. Médico.

² Cte. Médico.

³ Col. Médico.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Central de la Defensa. Gómez Ulla.

Recibido: 28 de marzo de 2008

Aceptado: 10 de abril de 2008

Diagnóstico: Hernia de Richter



Figura 1.

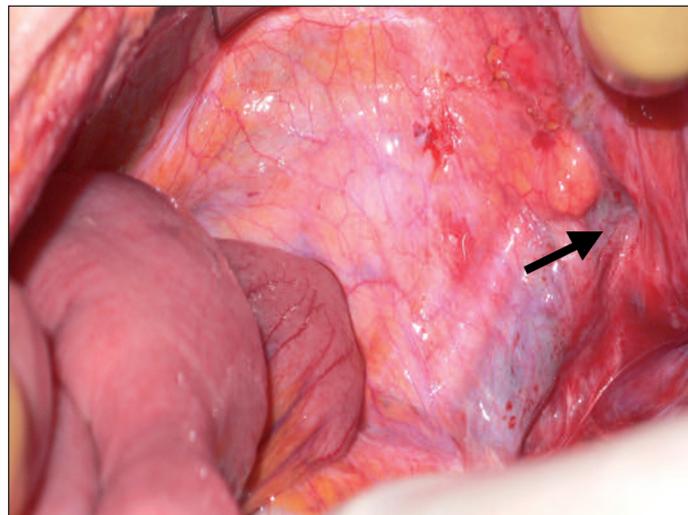


Figura 2.

DISCUSIÓN

Se intervino de urgencia a la paciente mediante laparotomía media supra/infraumbilical, que reveló una gran distensión de asas de intestino delgado, adherencias intestinales y hernia crural estrangulada derecha con atrapamiento de asa intestinal en su borde anti-mesentérico (Fig. 1). Se realiza lisis de las adherencias intestinales, reducción del pinzamiento lateral intestinal, se comprueba la viabilidad del asa y se realiza herniorrafia sin malla del orificio crural (Fig. 2). La evolución de la paciente fue favorable, siendo dada de alta al 7.º día de la intervención.

Las hernias de Richter son un raro tipo de hernias de la pared abdominal que pueden aparecer en cualquier localización (orificio inguinal, crural, femoral, umbilical, obturador, en la zona de inserción del trócar umbilical en la cirugía laparoscópica, etc), siendo más frecuentes en la región inguinal y femoral.

La sintomatología es inespecífica: molestias abdominales, tumoración en la ingle, ileo paralítico, etc., sin ser habituales los síntomas de oclusión intestinal. La obstrucción intestinal no es completa, pero la porción de pared intestinal atrapada sufre gangrena. En nuestro caso la paciente presentaba un cuadro clínico y radioló-

gico de obstrucción intestinal y la laparotomía de urgencia nos mostró el diagnóstico etiológico.

El diagnóstico es difícil y la analítica y la radiografía simple inespecíficas. Pueden ser diagnósticas la ecografía, la radiografía con contraste baritado y la tomografía computarizada.

El tratamiento es quirúrgico, mediante cirugía abierta o laparoscópica. Ha de comprobarse la viabilidad intestinal, con resección del intestino isquémico si precisa y reanastomosis del mismo. La reparación herniaria puede realizarse mediante herniorrafia simple o con tapón de malla.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Kadirov S, Sayfan J, Friedman S, Orda R. Richter's hernia: a surgical pitfall. *J Am Coll Surg* 1996; 182: 60-62.
2. Yip AW, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery* 1993; 113: 266-269.
3. Ziegler DW, Rhoads JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg* 1995; 170: 67-68.
4. Limjoco UR, Grubbs JM, Thomas MD. Richter's hernia with bowel perforation. *Am Fam Physician* 1998; 58: 352-354.