

Carlos	Nombre:
Martín Gómez	Apellido:
Daniel Zarranz Sarobe, Amelia Fernández Fernández, Elena López Miralles, Mónica Pérez González, Jimena María Pedrosa Arroyo	Otros Autores:
<a href="mailto:karlmartingomez@gmail.com">karlmartingomez@gmail.com</a>	E-mail:
Hospital Universitario de Burgos	Hospital:
Burgos	Ciudad:
Buscando la causa de la obstrucción intestinal.	Título:
<p>DATOS CLÍNICOS: Mujer de 84 años con cuadro de dolor abdominal súbito de 10 horas de evolución. No Náuseas, vómitos ni alteraciones deposicionales. Antecedentes de cirugía por hernia inguinal bilateral. A la exploración abdomen distendido, timpánico y doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda. Analítica anodina. Se realiza radiografía simple de abdomen y se completa con TC. DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS: En la radiografía de abdomen se aprecia dilatación de asas de intestino delgado. En la TC se identifica hernia obturatriz izquierda, condicionando dilatación retrógrada de asas de intestino delgado, asociando líquido libre peritoneal. El íleon terminal y el colon muestran un calibre normal.</p>	Presentación:
<p>DIAGNÓSTICO: Obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz.</p> <p>REFLEXIÓN DOCENTE: Las hernias representan la segunda causa más frecuente de obstrucción de intestino delgado (después de las bridas postquirúrgicas), dentro de las cuales la hernia obturatriz es poco frecuente. Se produce por protrusión de contenido abdominal o pélvico a través del foramen obturador, siendo más frecuente entre mujeres. La obstrucción de intestino delgado es un síndrome clínico frecuente cuyo diagnóstico ha de establecerse rápidamente y de manera precisa correlacionando los datos de la historia clínica, exploración y hallazgos radiológicos. La radiografía simple de abdomen constituye la prueba complementaria inicial, con una alta sensibilidad para las obstrucciones de alto grado. Su manejo varía en función del lugar de obstrucción, severidad, causa subyacente (mecánica o funcional) y sospecha de estrangulación. Para ello, la TC representa la prueba de elección, determinando la conveniencia de actitud conservadora con colocación de sonda nasogástrica y seguimiento estrecho, u optar por intervenir quirúrgicamente.</p>	Discusión :
Ante un cuadro de obstrucción de intestino delgado es necesario valorar la severidad, signos de sufrimiento intestinal, el punto de cambio de calibre y la causa, dentro de las cuales debemos conocer y valorar la posibilidad de hernia obturatriz.	Conclusión:
<p>1.Igari K, Ochiai T, Aihar A, Kumagai Y, Lida M, Yamazaki S. Clinical presentation of obturator hernia and review of the literatura. Hernia 2010; 14: 409-413.</p> <p>2.Chang SS, Shan YS, Lin YJ, Tai YS, Lin PW. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. World J Surg 2005; 29: 450-454.</p> <p>3.Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. J Am Coll Surg 2002; 194: 657-663.</p> <p>4.Basnet RB, Rijal B, Sharma VK. Abstruse Diagnosis of obturator hernia – A case series. J Nepal Med Assoc 2010; 50: 316-319.</p>	Bibliografía:

<p>5.Yokoyama T, Kobayashi A, Kikuchi T, Hayashi K, Miyagawa S. Transabdominal Preperitoneal repair for obturator hernia. World J Surg 2011; 35: 2323-2327.</p>	
<p>En la radiografía de abdomen se aprecia dilatación de asas de intestino delgado, con escaso aire en el marco colónico (imagen A), hallazgo que se confirma en la TC abdominal, con presencia de niveles hidroaéreos (imagen B). En los planos coronal (imagen C) y axial (imagen D) se identifica una porción intestinal que se introduce entre los músculos obturador y pectíneo, provocando una dilatación retrógrada de asas de intestino delgado, sin dilatación del colon.</p>	<p>Pie de foto:</p>