

Hernia obturatriz: una infrecuente, pero grave causa de obstrucción intestinal

Obturator hernia: a rare but severe cause of small bowel obstruction

Enrique Biel W.¹, Josefa Erazo N.¹, Oscar Gamarra Ch.¹

Mujer de 80 años, IMC de 22 kg/m², consulta en el Servicio de Urgencias con sintomatología de obstrucción intestinal. La TC de ingreso (Figura 1), indica hernia inguinal derecha complicada en informe radiológico, pese a evidenciarse (Figura 1 y Figura 2) hernia del orificio obturatriz complicada con obstrucción del intestino delgado. Se decide resolución laparoscópica, realizándose reducción del asa comprometida y cierre del orificio con material reabsorbible lento, con resultados favorables.

La hernia obturatriz representa menos del 1% de las hernias de pared abdominal, presentándose en más del 90% como emergencia de obstrucción intestinal, mayoritariamente mujeres multíparas, delgadas y de edad avanzada^{1,2}. Presenta una elevada mortalidad (12%-70%) asociada a retrasos en el diagnóstico, identificándose de forma preoperatoria la hernia obturatriz solo en un 21,5-31,3%³. La tomografía computarizada (TC), *gold standard* diagnóstico con 90% de precisión, muestra una lesión similar a una masa con nivel hidroaéreo entre el músculo obturador externo y el pectíneo^{1,3}.

El adecuado análisis de las imágenes y el tratamiento oportuno son claves en los resultados quirúrgicos. El abordaje laparoscópico es una técnica segura que permite la inspección del contenido herniario y su vitalidad¹.

Conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno

Rol

Todos los autores participaron en la elaboración, revisión bibliográfica y revisión del texto final.

Bibliografía

1. Mahendran B, Lopez PP. Obturator Hernia. [Updated 2023 Jan 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554529/>
2. Park J. Obturator hernia: Clinical analysis of 11 patients and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Aug 21;99(34):e21701. doi: 10.1097/MD.00000000000021701. PMID: 32846788; PMCID: PMC7447413.
3. Palmieri-Luna A, González-Vega JA, Palmieri-Hernández AM, Hernández-Amin LA, Guardo-Martínez LL, Navarro-Ucros AC. Hernia obturatriz: Aspectos clínicos, imagenológicos y tratamiento. *Rev Colomb Cir*. 2022;37:455-68. <https://doi.org/10.30944/20117582.975>

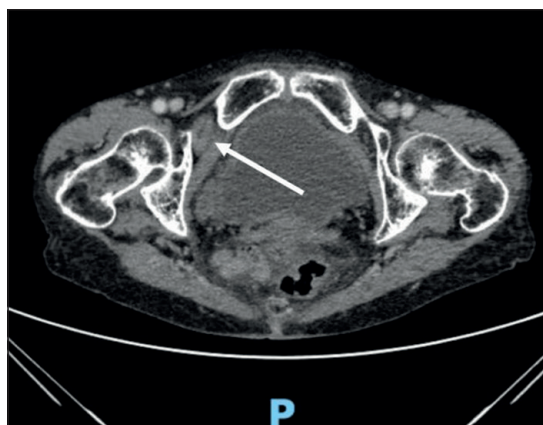


Figura 1. TC de ingreso, flecha indica hernia obturatriz.

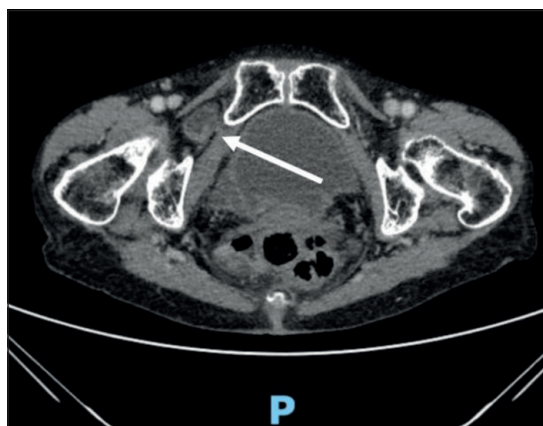


Figura 2. TC de ingreso, flecha indica hernia obturatriz.

¹Clínica Sanatorio Alemán, Concepción, Chile.

Recibido el 2024-06-05 y aceptado para publicación el 2024-06-25

Correspondencia a:

Dr. Enrique Biel W.
ebielw@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Fístula recto-uterina como complicación de dispositivo intrauterino

Recto-uterine fistula as a complication of intrauterine device

Fatme Díaz Gasaly¹, Roberto Durán Fernández¹, Camila Díaz Hermosilla¹

Caso Clínico

Mujer de 52 años, con instalación previa de 2 dispositivos intrauterinos (DIU). Consulta por 15 días de dolor abdominal hipogástrico. Examen físico: dolor en hipogastrio y flanco izquierdo sin irritación peritoneal. Laboratorio: leucocitos 12.000/uL, PCR 161,7 mg/L, TC abdomen y pelvis: Engrosamiento parietal de colon sigmoidees y recto superior de aspecto inflamatorio al igual que en tejido adiposo adyacente, impresión: diverticulitis aguda no complicada. Manejo conservador. Colonoscopia de control (8 semanas): cambios inflamatorios con fibrina en recto superior, cuerpo extraño protruyendo por pared rectal con aspecto de DIU. Resonancia magnética de pelvis (Figura

1): trayecto fibroso con líquido en el centro y una estructura tubular que corresponde a DIU. Hospitalización y extracción de cuerpo extraño mediante colonoscopia: en recto superior trayecto fistuloso, extracción de DIU con pinza, sin incidentes (Figura 2). Biopsia de trayecto: mucosa rectal con inflamación aguda y crónica. Evolución favorable, alta precoz.

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más usados mundialmente¹; alguna de sus complicaciones (18%) son: migración DIU, enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos pélvicos y perforación uterina (0,2-3/1000 casos)²⁻³, esta última muchas veces es subdiagnosticada, sin embargo se recomienda la extracción inmediata del DIU privilegiando un abordaje mínimamente invasivo⁴.

¹Universidad de La Frontera-Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco, Chile.

Recibido el 2024-09-15 y aceptado para publicación el 2024-09-18

Correspondencia a:

Dra. Fatme Díaz Gasaly.
Dirección: Manuel Montt 115,
Temuco, Chile.
fatme.dg@gmail.com

E-ISSN 2452-4549

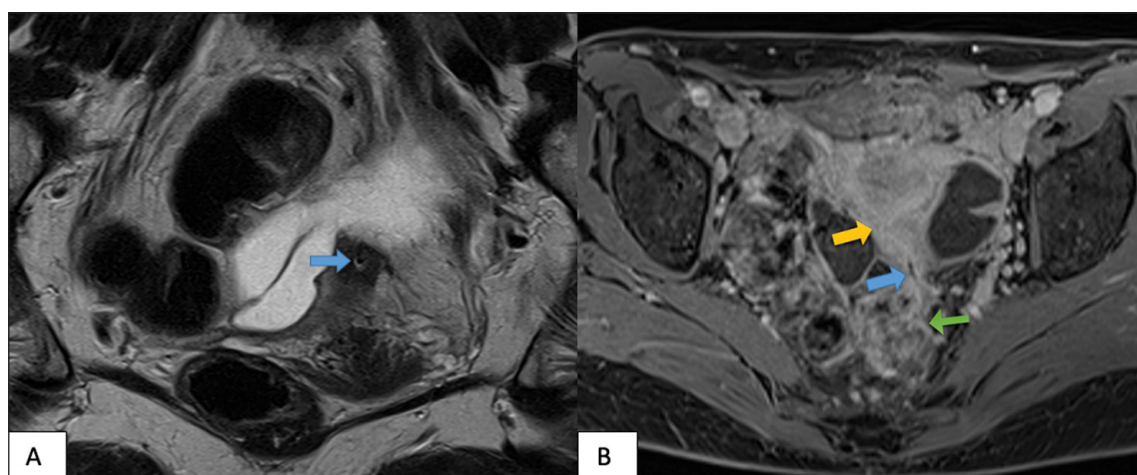


Figura 1. Resonancia magnética de pelvis. **A:** T2 Coronal TSE. Se identifica un trayecto fibroso con líquido en el centro y una estructura tubular fina (flecha) que corresponde a DIU. **B:** T1 Axial contrastado. Flecha celeste: Trayecto lineal no contrastado correspondiente a DIU. Flecha amarilla: Útero. Flecha verde: recto

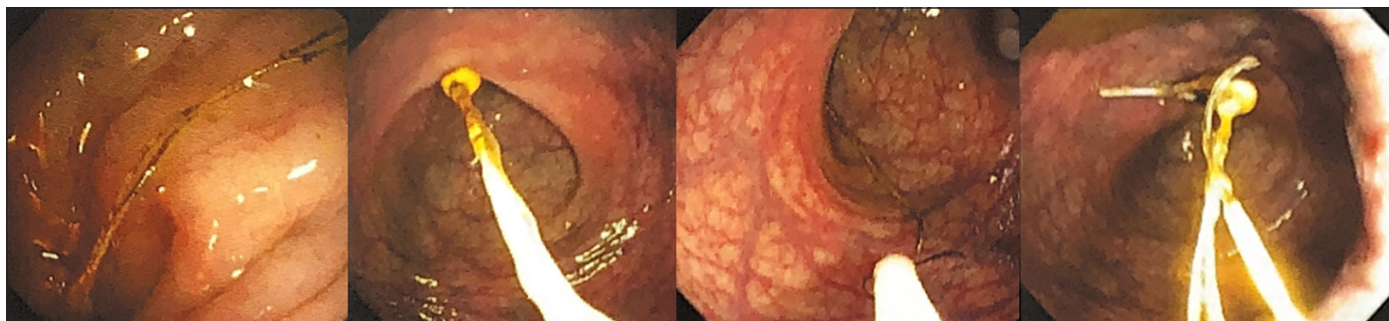


Figura 2. Colonoscopia: Cuerpo extraño (DIU) extraído por vía endoscópica, sin incidentes.

Declaraciones

Aprobación ética. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de la Araucanía Sur, acreditado por la Autoridad Sanitaria según Resolución N° J1-29658 del 07 de noviembre de 2017 y Resolución Exenta N° 15871 del 23 de diciembre de 2020.

Consentimiento para participar: Se obtuvo el consentimiento informado del paciente

Confidencialidad de los datos. Los autores

declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno

Rol

Fatme Díaz: Diseño, redacción, versión final.

Roberto Durán: Revisión crítica, versión final, aporte de paciente.

Camila Díaz: Recolección de datos, redacción, versión final.

Bibliografía

1. Tabatabaei F, Masoumzadeh M. Dislocated intrauterine devices: clinical presentations, diagnosis and management. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2021;26(2):160-6: <http://dx.doi.org/10.1080/13625187.2021.1874337>
2. Creinin MD, Schreiber CA, Turok DK, Cwiak C, Chen BA, Olariu AI. Levonorgestrel 52 mg intrauterine system efficacy and safety through 8 years of use. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;227(6):871.e1-871.e7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2022.05.022>
3. Gurnita A, Achmad ED. Uterocolon fistula formation in 50 year old patient with history of 16 years intrauterine device use: A case report. *Int Med Case Rep J* [Internet]. 2023;16:719-23. <http://dx.doi.org/10.2147/imcrj.s425424>
4. Amaya SI, Blumenthal PD. Management of missing intrauterine device strings and migrated intrauterine devices. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2023;35(6):496-500. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/gco.0000000000000911>