
Hernia Obturatriz. Reporte de un Caso



Rev Guatem Cir Vol. 28 (2) - 2022

Manuel Alejandro Chacon Yax MSc, MACG.

Departamento de Cirugía Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Universidad San Carlos de Guatemala. Autor Correspondiente: Manuel Alejandro Chacón Yax. Chacon0071@hotmail.com. 17 calle D1-07 Zona 5 Quetzaltenango. Teléfono: 5412-5032.

RESUMEN

La hernia obturatriz es una patología muy poco frecuente, la mayor parte de estas se dan en mujeres de edad avanzada y quienes han tenido pérdida de peso. El diagnóstico es un reto ya que de presentar obstrucción intestinal asociada hay muchos diagnósticos diferenciales, por lo tanto, mediante un estudio tomográfico se puede tener un adecuado diagnóstico preoperatorio. El tratamiento es quirúrgico, el abordaje permanece controversial y se deberá individualizar cada caso, el abordaje preperitoneal esta descrito como el de elección; sin embargo, si el paciente presenta signos de peritonitis o abdomen agudo esta descrito el abordaje por laparotomía exploradora. El uso de malla, el material de la misma y la técnica para fijación de igual forma dependerá de cada caso.

Palabras clave: Hernia, Obstrucción intestinal, Agujero obturatriz.

ABSTRACT

Obturator Hernia: Case Report.

Obturator hernia is a very rare pathology, most of these occur in elderly women and those who have had weight loss. The diagnosis is a challenge since there are many differential diagnoses, therefore, through a tomographic study you can have an adequate preoperative diagnosis. The treatment is surgical, the approach remains controversial and each case should be individualized, the preperitoneal approach is described as the one of choice; however, if the patient presents signs of peritonitis or acute abdomen, the exploratory laparotomy approach is described. The use of mesh, the material of the same and the technique for fixing in the same way will depend on each case.

Keywords: Hernia, Intestinal Obstruction, Obturator canal.

INTRODUCCIÓN

Las hernias del suelo pélvico incluyen a la hernia obturatriz, la perineal y las variantes ciáticas (o isquiáticas). De todas ellas, la obturatriz es la más frecuente¹. La hernia obturatriz se produce casi siempre en ancianas, entre los 70 y 90 años, delgadas y con enfermedades concomitantes, por lo que se le conoce también como la hernia de la anciana. Se describe una relación de 1:9 hombres: mujeres².

Este tipo de hernias son raras y representan el 0.05 - 1% de todas las hernias abdominales.³ Se manifiestan más comúnmente como una obstrucción intestinal aguda y sus síntomas y signos son inespecíficos⁴.

La tomografía 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 intestinal⁵.

DESCRIPCION DEL CASO

Mujer de 78 años de edad, sin antecedentes médicos o quirúrgicos. Consulta por presentar dolor abdominal, distensión abdominal y estreñimiento de cuatro días de evolución, quien inicialmente presenta diarrea, recibe tratamiento con antiparasitarios por supuesto cuadro de amebiasis intestinal, posterior a ello refiere que presenta distensión abdominal y estreñimiento. A su ingreso paciente en regulares condiciones generales, signos vitales con taquicardia 110 lpm,



Figura 1. Tomografía abdominal corte coronal. Doble flecha: defecto herniario izquierdo con intestino delgado incarcerated. Una Flecha: defecto herniario derecho con epiplón en su interior.

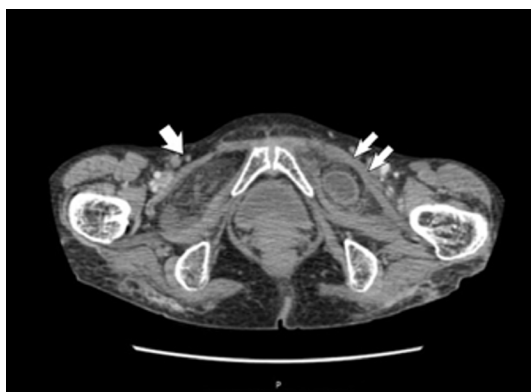


Figura 2. Tomografía abdominal corte axial, nótese con una flecha el defecto derecho con epiplón en su interior, con dos flechas se señala defecto herniario izquierdo con intestino en su interior



Figura 3. Se observa segmento de intestino delgado con cambios vasculares irreversibles, con fibrina, y desgarro de la serosa. Nótese el epiplón en la región posterior con fibrina y necrosis.

se observa abdomen distendido, ruidos gastrointestinales ausentes, tenso, doloroso a la palpación con signos de irritación peritoneal y al tacto rectal ampolla vacía.

Al colocar sonda nasogástrica se obtuvo material fecaloideo por lo cual se decide realizar tomografía abdominal en la cual se diagnosticó una hernia obturatriz bilateral con intestino delgado incarcerated del lado izquierdo, niveles hidroaéreos y edema de asas intestinales. (Figura 1 y 2)

La paciente fue llevada a la de operaciones donde se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de líquido inflamatorio pélvico, asa de intestino delgado estrangulada en hernia obturatriz izquierda con áreas de necrosis y fibrina abundante (Figura 3), por lo cual se reduce y se realiza resección y anastomosis terminal. Se observa epiplón incarcerated en hernia obturatriz del lado derecho por lo cual se realiza una omentectomía parcial y se realiza el cierre primario de ambos defectos con sutura monofilamento no absorbible y no se coloca malla ya que se considera que por contaminación puede haber infección del material protésico.

En el post operatorio presentó shock séptico que resolvió con manejo médico. Al tercer día se inicia vía oral y al quinto día se da egreso.

DISCUSION

El agujero obturador es el orificio creado por el isquion y los huesos del pubis. Está cubierto en su mayor parte por una barrera musculo-aponeurotica cuatrimembrada conformada por la membrana obturatriz interna y la externa (fusionadas en su parte inferior) y por los músculos obturadores interna y externo². En la parte craneal del agujero obturador se encuentra el canal o conducto obturador por donde discurren la arteria, la vena y el nervio obturador.

El canal mide de 0.2 a 0.5 cm de ancho por 2 a 3 cm de largo, y se encuentra cubierto por una almohadilla de tejido linfograso⁶.

De las estructuras que pasan por el canal, el nervio obturatriz (L2-L5, más frecuentemente L3-L4) es la más craneal. A su salida, se divide en dos ramas (anterior y posterior) e inerva los músculos aductores del muslo y gracilis. Además, tiene dos ramas articulares: una a la rodilla y otra a la cadera. Las ramas cutáneas inervan la cara medial del muslo. Esta información es importante para poder entender los signos de Howship- Romberg y el de Hannington Kniff.

La hernia del orificio obturador se agrupa en las llamadas hernias del piso pélvico, entre ellas se encuentran las variedades ciática y perineal, compartiendo las limitaciones diagnósticas por su situación anatómica. De todas ellas la hernia obturatriz es la más frecuente la cual corresponde al 0.05% al 1% de todas las hernias de la pared abdominal.⁷

Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de hernias obturatrizes se encuentran el sexo femenino, con una proporción de 9:1, la multiparidad y todas las condiciones clínicas que aumenten la presión intraabdominal. Sin embargo, la emaciación es probablemente 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 la presencia de hernias².

El cuadro clínico es variable y dependerá sobre todo del contenido que se encuentre en el defecto herniario, si el contenido es intestinal el paciente cursará con un cuadro de obstrucción intestinal.

A la exploración física no se encontrará una tumoración en la pared abdominal ya que la hernia obturatriz se encuentra debajo del músculo pectíneo, lo que dificulta su palpación durante la exploración⁸. Se ha descrito que en algunas pacientes (es una patología mayoritariamente

femenina) puede identificarse la herniación en la cara anterolateral del canal vaginal, pero el tacto rectal no es de utilidad. La compresión del nervio obturador puede causar una neuralgia que va desde la cresta iliaca hasta la región antero medial del muslo².

Cuando está presente el dolor, este se exagera con la extensión, la abducción y la rotación interna del muslo, y se alivia con la flexión; a este patrón se le conoce como signo de Howship-Romberg, que es patognomónico de la hernia obturatriz, y está presente de 15 a 50% de los casos.¹ Otro signo que cabe destacar es el de Hannington Kiff, que consiste en la ausencia del reflejo aductor.⁹

Un diagnóstico rápido es de vital importancia; sin embargo, habitualmente pasa mucho tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento adecuado.

La radiografía simple de abdomen identifica el cuadro oclusivo intestinal, y en casos de estrangulación y perforación, se han reportado imágenes de burbujas aéreas a nivel del foramen obturador.¹⁰ El primer reporte del uso de la tomografía computarizada para diagnosticar una hernia obturatriz lo hizo Cubillo en 1983¹, y actualmente proporciona un diagnóstico cierto hasta en 90% de los casos². La imagen típica es la de una masa localizada entre el obturador externo y el músculo pectíneo¹⁰.

El tratamiento siempre es quirúrgico. Existen varias maneras de abordaje y técnicas de reparación, que van a depender tanto del cuadro clínico que presente el paciente, y de la experiencia del cirujano.

En la urgencia el abordaje más utilizado es la Laparotomía exploradora con una incisión mediana infraumbilical. En algunos casos es reco-

mendable realizar una quelotomía para reducir el asa con seguridad¹⁰. Otro método para reducir la hernia es insertar una sonda Nelaton en el defecto para irrigar agua a presión¹¹. Una vez reducida la hernia se han descrito varios métodos para reparar el defecto herniario: cierre primario del defecto, reducción y ligadura del saco, parches endógenos (flaps peritoneales, parches de epiplón, trasplantes de fascia, etc.)² mallas planas o plugs.

Hay que mencionar que existe un 10% de recidivas con técnicas de cierre primario y casos de neuralgia postoperatoria por compresión del nervio con el uso de tapones¹².

Si se conoce de antemano el diagnóstico podemos optar por un abordaje abierto preperitoneal tipo Nyhus, que va a permitirnos acceder a la cavidad abdominal, reducir el saco herniario y reparar todo el espacio preperitoneal con una malla anclada al ligamento de Cooper, cubriendo tanto el defecto obturatriz como posibles defecto crurales e inguinales. El uso de mallas de polipropileno en el espacio preperitoneal es seguro, incluso en los casos de estrangulación del asa en los que la resección intestinal y anastomosis sean necesarias siempre que no se haya establecido una peritonitis fecaloidea¹³.

En una revisión sistemática publicada por Deeba et al. se describe como en el contexto del paciente ambulatorio la elección (71%) fue el abordaje laparoscópico, con excelentes resulta-

dos. Sin embargo, cuando se evalúa el uso de esta técnica en el paciente urgente se prefiere la reducción de la hernia y el reparo con laparotomía si el cirujano no cuenta con herramientas necesarias para completar la cirugía laparoscópica. Por lo anterior, no hay evidencia suficiente que favorezca el abordaje laparoscópico sobre el abordaje abierto convencional².

CONCLUSION

La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, la cual representa un reto para el cirujano por ser su clínica y su presentación semiológica inespecífica. El estudio de elección es la tomografía con la cual se puede identificar de una manera adecuada y mediante ella realizar la planificación sobre el abordaje adecuado según la experiencia del cirujano tratante y que se adecue al cuadro clínico que presente el paciente.

El tratamiento quirúrgico de igual manera es discutido, aunque el abordaje preperitoneal tipo Nyhus con uso de malla preperitoneal es aceptable según el grado de contaminación para evitar rechazo de la misma.

AGRADECIMIENTOS

Al comité organizador del XLVIII congreso nacional de cirugía de Guatemala y a la Asociación de Cirujanos de Guatemala.

REFERENCIAS

1. Zhang H, Cong JC, Chen CS, Ileum perforation due to delayed operation in obturator hernia: a case reporte an review of literatures. *World j Gastroenterol* 2010, 16(1): 126-30.
2. Lasanoff JE, Richman BW, Jones JW. obturator hernia. *J. Am Coll Surg* 2002; 194:657-63.
3. Moreno-Egea A, La calle MC, torralba. Martinez JA, Cuenca GM, Baena EG, del Pozo, et al. Obturator hernia as a cause of chronic pain after inguinal hernioplasty: Elective Management using tomography and ambulatori total extraperitoneal laparoscopy. *Surg Laparosc endosc Percutan Tech.* 2006; 16: 54-7.
4. Tokushima M, Aihara H, Tago M, Tomonaga M, Sakanishi Y, Yoshioka T, et al. Obturator hernia: A diagnostic challenge. *Amj Case rep.* 2014; 15:280-3.
5. Muñoz-Forner E, Garcia- Botello S, Lopez- Mozos F, Martí- Obiol R, Martínez. Llorent A, Lledo S. Computed tomographic diagnosis of obturator hernia and its surgical management: A case series. *Int J Surg.* 2007;5:139-42.
6. Petrie A, Tubbs S, Matusz P, et al. Obturator hernia: Anatomy, embryology, diagnosis and treatment. *Clin anatomy.* 2011;24:562-9.
7. Nasir BS, Zendejas B, Ali SM, Groenewald CB, Heller SF, Farley DR. Obturator hernia: The mayo clinic experience. *Hernia.* 2012; 16:315-9.
8. Rojo E Palenzuela JL, Rodriguez -Montes JA, et al. Obstruccion intestinal por hernia obturatriz. *Cir Esp.* 2003; 73(4): 252-4.
9. Petrie A, Tubbs S, Matusz P, et al. Obturator hernia: Anatomy, embryology, diagnosis and treatment. *Clin anatomy.* 2011;24: 562-9.
10. Rodriguez-Hermosa JI, Codina Cazador A, Maroto- Genover A, et al. Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia,* 2008; 12 (3): 289-97.
11. Hayama S, Ohtaka K, Takashi Y, et al. Laparoscopic reduction and repair for incarcerated obturator hernia: Comparison with open surgery. *Hernia.* 2015; 19(5):809-14.
12. Bergstein JM, Condon RE. Obturator Hernia : current diagnosis and treatment. *Surgery.* 1996; 119(2): 133-6.
13. lobo DN, clarke Dj, Barlow AP. Obturator hernia: a new technique for repair. *JR Coll Surg Edinb.* 1998; 43(1): 33-4.