

NOTAS CIENTÍFICAS: HERNIA OBTURATRIZ: UNA ENTIDAD INFRECUENTE QUE TODO CIRUJANO DEBE CONOCER

Carolina C. González-Gómez, Anais Acevedo Tizón, Jacobo Trébol López, Lidia Cristóbal Poch, Juan Antonio González Sánchez.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario La Paz. Madrid, España.

Correspondencia: c.c.gonzalez.gomez@gmail.com (Carolina González Gómez).

ABSTRACT:

Introducción: Las hernias obturatrices suponen una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico. Son típicas de mujeres (ratio 6:1) de edad avanzada, delgadas y multíparas, siendo más frecuente la localización en el lado derecho.

Provocan una clínica inespecífica, que sumado a una difícil exploración física en muchos de los casos, conlleva a un diagnóstico tardío asociado a una elevada morbimortalidad.

Caso clínico: Presentamos un caso acontecido en nuestro centro, por la infrecuencia de la entidad y porque desde nuestro punto de vista, la clave en el pronóstico de estos pacientes radica en la sospecha por parte del cirujano. El diagnóstico del proceso se demoró hasta la valoración quirúrgica.

Discusión y conclusiones: El presente caso clínico nos ejemplifica las dificultades diagnósticas y terapéuticas que podemos encontrar al enfrentarnos a esta patología. Se apoya el comentario con una revisión de la literatura.

Palabras clave: Hernia obturatriz, oclusión intestinal, obstrucción intestinal.

PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL CASO:

Introducción:

La hernia obturatriz es una causa infrecuente de hernia de la pared abdominal (0,05-1,4% de todas las hernias), siendo responsable del 0,2-1,6% de los casos de obstrucción intestinal^{1, 2}. Son típicas de mujeres de edad avanzada, habitualmente delgadas. La exploración física inespecífica dificulta el diagnóstico y el clásico signo de Howship-Romberg (dolor secundario a la compresión del nervio obturador) resulta infrecuente y no es patognomónico¹. A pesar de no ser una prueba perfecta, la Tomografía axial computarizada (TAC) resulta de gran utilidad en el diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 90%². En la mayor parte de los casos publicados, el diagnóstico se retrasa llegando a ocasionar encarceración y gangrena intestinal.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una paciente de 90 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar náuseas, vómitos y distensión abdominal. Ante la sospecha de infección urinaria se inicia tratamiento antibiótico empírico, sin mejoría clínica. Tras permanecer dos días en el Servicio de Urgencias es valorada por el equipo de cirugía de guardia, que en la exploración constata importante distensión abdominal, sin palpar hernias en la región inguinal. Destaca que la paciente refiere una irradiación del dolor a la cara interna del muslo derecho.

Dada la exploración se decide la realización de una TAC abdominal, que describe una importante dilatación de intestino delgado con cambio de calibre a nivel del orificio obturador derecho, con asa intestinal atrapada en su interior (ver ***imágenes 1 y 2***).



Imagen 1: TAC abdominal que muestra importante dilatación de intestino delgado.

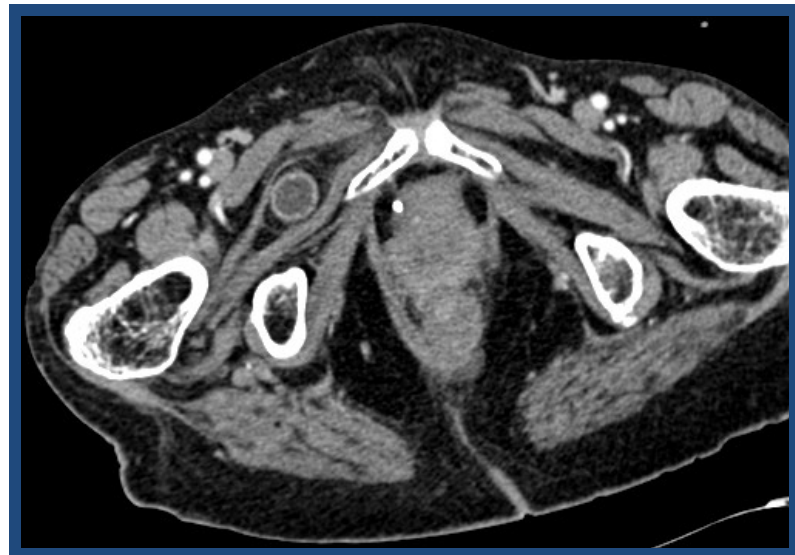


Imagen 2: TAC abdominal que muestra asa ileal en agujero obturador derecho.

Ante estos hallazgos se decide cirugía urgente, descartándose un abordaje laparoscópico por presentar mala situación hemodinámica. Se realiza laparotomía media infraumbilical corta. Intraoperatoriamente encontramos una hernia obturatriz derecha, con pinzamiento intestinal en el borde antimesentérico (hernia de Richter) de un asa ileal (ver **imágenes 3 y 4**). Tras la reducción herniaria, que no precisó una quelotomía, el intestino presenta buena recuperación, por lo que se descarta realizar una resección.

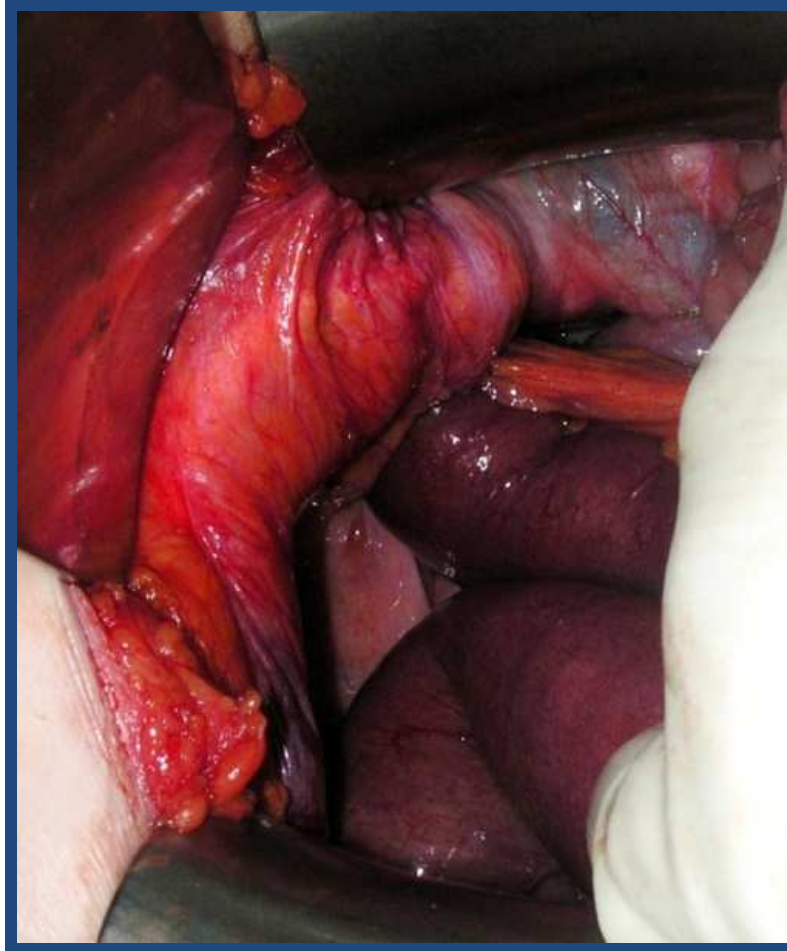


Imagen 3: Hallazgos intraoperatorios: Incarceración herniaria con dilatación intestinal retrógrada.



Imagen 4: Hallazgo intraoperatorio: pinzamiento del borde antimesentérico de asa ileal.

Se realiza disección de espacio preperitoneal y del orificio herniario y se decide la colocación de una malla plana de polipropileno titanizado a nivel preperitoneal (ver **imágenes 5, 6 y 7**). La paciente presenta buena evolución postoperatoria siendo dada de alta sin complicaciones a los 5 días.

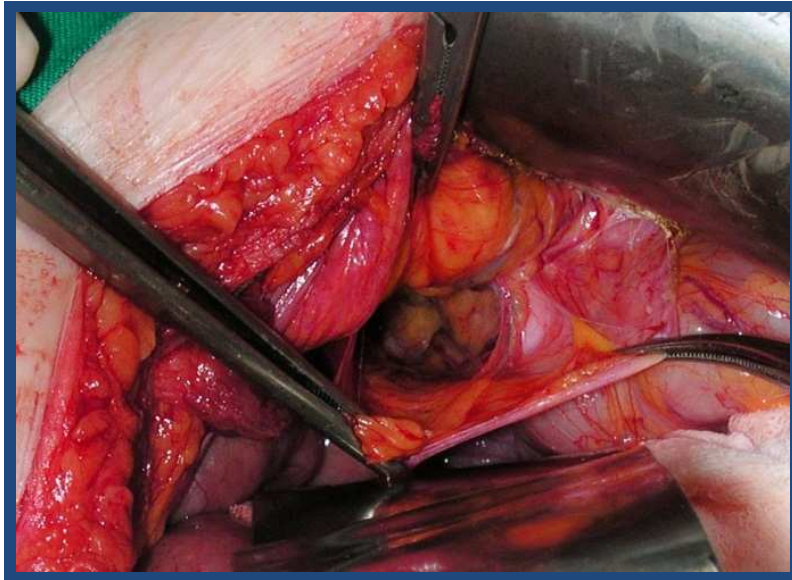


Imagen 5: Visión intraoperatoria de orificio obturador derecho tras disección preperitoneal.

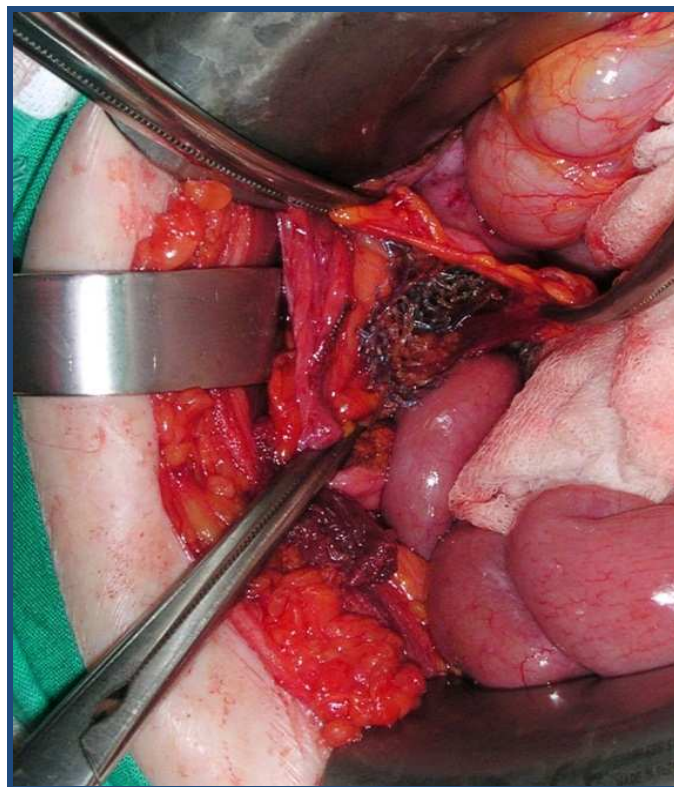


Imagen 6: Cierre de defecto obturador mediante prótesis plana de polipropileno titanizado colocada en espacio preperitoneal.

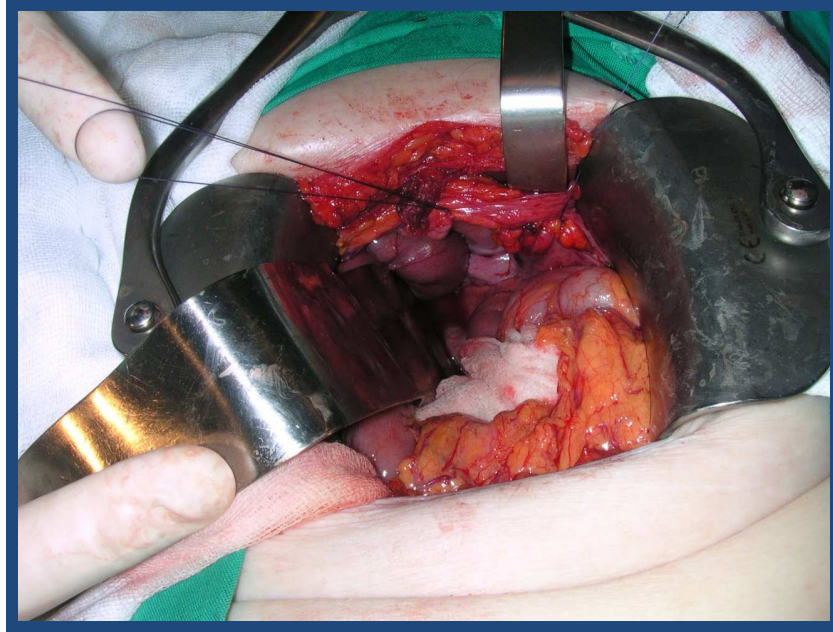


Imagen 7: Cierre del bolsillo peritoneal.

Discusión:

Las hernias obturadoras suponen una entidad infrecuente con una incidencia del 0,07-1% de las hernias de pared abdominal, siendo responsables del 1,6% de los casos de obstrucción de intestino delgado². Dado que la mayor parte de los pacientes son diagnosticados durante un episodio de encarceración, suelen requerir abordaje urgente.

Su incidencia es mayor en mujeres (con una ratio 6:1) debido a que en estas el canal obturador es más largo e inclinado, y son más típicas del lado derecho, dado que en el izquierdo el colon sigmoide cubre el orificio obturador, dificultando la herniación intestinal. Los factores predisponentes son sexo femenino, edad avanzada, delgadez, multiparidad, presencia de ascitis y cualquier causa de hiperpresión intraabdominal².

Los síntomas típicos son náuseas y vómitos (63%), dolor abdominal (57%) o palpación herniaria (10%)¹. El signo de Howship-Romberg (neuralgia obturadora que se agrava por la extensión, abducción y rotación medial y se alivia con la flexión del

miembro inferior) suele ser infrecuente y no es patognomónico, y está causado por la compresión del nervio obturador a nivel de dicho canal, y según las diferentes series está presente entre el 30 y 60% de los pacientes¹. Otro signo clásico es la abolición del reflejo aductor (signo de Hannington-Kiff), y por último, es también típica la equimosis a nivel del triángulo de Scarpa, secundaria a la necrosis intestinal en los casos de encarceración avanzada. Dado que muchas pacientes son de edad avanzada, la dificultad en la anamnesis y en la exploración es importante (nunca debe obviarse la exploración de la región inguinal ni obturadora por la presencia de dispositivos barrera como los pañales).

Las pruebas de imagen nos ayudan en el diagnóstico de la hernia y en los casos de encarceración pueden describir hallazgos de sufrimiento intestinal. La ecografía tiene una menor especificidad (30%) que la TAC (90%), siendo esta última la prueba de elección^{2, 5}.

Dada la elevada morbimortalidad de los casos descritos en la literatura, en los pacientes con diagnóstico de hernia obturatriz el tratamiento implica una cirugía urgente⁶. De todas las hernias de la pared abdominal, las hernias obturatrices son las que implican una mortalidad más elevada, situándose esta entre el 13 y el 40% de los casos y series de la literatura².

La primera descripción data de 1724 por parte de Arnaud de Ronsil, y la primera cirugía concluida con éxito fue llevada a cabo por Obre en 1851³.

Actualmente el manejo quirúrgico puede implicar un abordaje por laparotomía, por laparoscopia, inguinal u obturador⁴. La ventaja de los abordajes abdominales es que permiten una mejor disección del orificio obturador respetando el nervio y también permitirá la resección intestinal en los casos en los que fuera necesaria², ya que la resección por vías inguinales u obturadoras va a ser muy difícil o casi

imposible por el escaso tamaño del orificio obturador. Se recomienda el uso de materiales protésicos una vez reducido el contenido herniario, colocados en el espacio preperitoneal y alejados de las vísceras. Es preferible el uso de prótesis planas dado que los conos o tapones pueden dar lugar a atrapamiento del nervio obturador^{7, 8}.

Conclusiones:

Las hernias obturatrices suponen una entidad infrecuente, siendo diagnosticadas en la mayor parte de los pacientes durante un episodio de encarceración. Dada la escasa incidencia, la dificultad en la exploración y la edad avanzada de los pacientes que la padecen, el diagnóstico suele ser complejo, precisando la realización de pruebas de imagen. El tratamiento es quirúrgico debido a la elevada incidencia de encarceración, y la mortalidad es elevada a pesar del correcto tratamiento.

Declaraciones y conflicto de intereses: El manuscrito enviado ha sido revisado de forma exhaustiva por todos los firmantes. No existe ningún conflicto de interés para su publicación en la revista ACIRCAL.

Referencias bibliográficas:

1. Tokushima M. et al.: Obturator hernia in an elderly woman with dementia. *Am J Case Rep*, 2014; 15: 280-283.
2. Sanjay M. Khaladkar, Anubhav Kamal, Sahil Garg, Vignat Kamal. Radiology Bilateral Obturator Hernia Diagnosed by Computed Tomography: A Case Report with Review of the Literature. *Research and Practice Volume 2014, Article ID 625873*.
3. Hodgins N., Cieplucha K., Conneally P., Ghareeb E. Obturator hernia: a case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, vol.4, no.10, pp.889–892, 2013.
4. Ramser M, Messmer AS, Zbinden I, Von Holzen U, Nebiker CA. Incarcerated obturator hernia-laparoscopic repair with intraoperative view of the corona mortis. *J Surg Case Rep*. 2014 Aug 25; 2014(8).

5. Kohi S, Sato N, Mori Y, Uehara T, Tamura T, Minagawa N, Torigoe T, Shibao K, Higure A, Yamaguchi K. A review of 13 cases of obturator hernia. *J UOEH.* 2013 Dec 1; 35(4): 273-7.
6. Kulkarni SR , Punamiya AR, Naniwadekar RG, Janugade HB, Chotai TD, Vimal Singh T, Natchair A. Obturator hernia: A diagnostic challenge. *Int J Surg Case Rep.* 2013; 4(7): 606-8.
7. E. Pélissier, P. Ngo, O. Armstrong. Tratamiento quirúrgico de las hernias obturatrices. *EMC - Técnicas quirúrgicas - Aparato digestivo 2010:1-5 [Article 40-155]*
8. Hayama S, Ohtaka K, Takahashi Y, Ichimura T, Senmaru N, Hirano S. Laparoscopic reduction and repair for incarcerated obturator hernia: comparison with open surgery. *Hernia.* 2015 Oct; 19 (5): 809-14.