

Cirujano General

Volumen
Volume 24

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2002

Artículo:

Hernia obturatriz: Informe de cuatro pacientes. Experiencia en el Hospital ABC

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Hernia obturatriz: informe de cuatro pacientes. Experiencia en el Hospital ABC

*Obturator hernia: Report on four patients.
Experience at the American British Cowdray Hospital*

Dr. Xavier Gómez Cárdenas,

Dr. Martín Vega Bustos,

*Dr. Guillermo Rojas Reyna,**

Dr. Joaquín Eugenio Guarneros Zárate,

*Dr. Jorge Cueto García,**

*Dr. Leopoldo Guzmán Navarro,**

*Dr. Elías Dergal Badue**

Resumen

Objetivo: La obstrucción intestinal por hernia obturatriz es una presentación poco frecuente, con mortalidad elevada; ocurre principalmente en mujeres entre la séptima y novena década de la vida, asociada a pérdida de peso y postración extrema. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de cuatro pacientes con hernia obturatriz, complicada con obstrucción intestinal.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción de los casos: Cuatro pacientes con diagnóstico de hernia obturatriz fueron tratados en los últimos 5 años (1996 – 2000), tres mujeres y un hombre, dos hernias fueron de tipo Richter localizadas del lado derecho, la edad promedio fue 68 años rango de 40 a 86 años, el diagnóstico preoperatorio se realizó por TC abdominal en dos pacientes. En uno, se practicó laparoscopia con reducción del saco herniario y colocación de una malla de polipropileno, los demás fueron operados mediante laparotomía exploradora; en dos se realizó resección intestinal con anastomosis primaria y en los tres el defecto

Abstract

Objective: Intestinal obstruction due to obturator hernia is not frequent and is associated to a high mortality rate; it occurs mainly in elderly women (70-90 years) associated to weight loss and extreme prostration. The objective of this report is to present our experience in the diagnosis and surgical treatment of four patients with obturator hernia, complicated with intestinal obstruction.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the cases: Four patients with obturator hernia diagnosis were treated in the last five years (1996-2000), three women and one man. Two hernias were of the Richter type located on the right side, average age was of 68 years, range 40 to 86 years, preoperative diagnosis was performed through abdominal CT in two patients. Laparoscopy with reduction of the herniary sac and placement of a propylene mesh was performed in one patient, the remainder patients were subjected to exploratory laparotomy, performing intestinal resection with primary anastomosis, and in these three patients the obturator defect was repaired using non-absorbable suture.

Departamento de Cirugía General Centro Médico ABC, México, D.F.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Recibido para publicación: 12 de octubre de 2001.

Aceptado para publicación: 13 de noviembre de 2001.

Correspondencia: Dr. Xavier Gómez Cárdenas. Hospital ABC, México, D.F. Sur 136 No. 116. Col. Las Américas, 01120, México, D.F.

Teléfono: 53 43 84 05 Fax: 53 43 84 05

E-mail: drgomez@enter.net.mx

del agujero obturador se reparó utilizando sutura no absorbible.

El inicio de la vía oral fue entre dos a cuatro días, el tiempo promedio de estancia hospitalaria fue de cinco días. El factor comórbido asociado fue neumopatía obstructiva crónica en dos casos. Hubo una relación directa entre el retardo del tratamiento quirúrgico y la resección intestinal, con mayor tiempo de estancia hospitalaria y el inicio de la vía oral. No se registró mortalidad y un paciente tuvo infección de la herida quirúrgica.

Conclusión: El diagnóstico de la hernia obturatriz complicada con obstrucción intestinal se puede sospechar clínicamente y corroborarse por TC. El tratamiento quirúrgico temprano reduce las complicaciones de esta enfermedad.

Palabras clave: Hernia obturatriz, obstrucción intestinal. *Cir Gen 2002;24: 308-312*

Introducción

La hernia obturatriz como causa de obstrucción intestinal es poco frecuente, de difícil diagnóstico y con alta mortalidad; descrita por primera vez en 1724 por Arnaud de Ronsil en la Academia Real de Ciencias de París.¹ En 1851, Henry Obre realizó la primera reparación quirúrgica con éxito.²

Representa el 0.073% del total de las hernias y la mayoría de los cirujanos no verán más de una, o tal vez dos, en toda su carrera. Cerca de 600 casos han sido publicados en la literatura mundial, incluyendo la revisión de Bjork de la Clínica Mayo.^{3,4} La hernia es más común en mujeres, con una relación hombre-mujer de 1:6, debido a que la pelvis es más ancha con un canal obturador más amplio, y frecuentemente con el antecedente de múltiples embarazos. La mayoría de los casos se presentan del lado derecho, entre la séptima y novena décadas de la vida, asociado a pérdida de peso, postración extrema y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La obstrucción intestinal se presenta en el 88% de los pacientes con signos de estrangulación. En el 50% de los casos está presente el signo de Howship-Romberg, caracterizado por dolor en la cara interna del muslo y la articulación de la rodilla, debido a compresión de la rama cutánea anterior del nervio obturador, y solamente en el 20% de los casos se encuentra una masa en la cara interna del muslo, en el origen de los aductores, la cual se palpará mejor con el muslo flexionado, en aducción y en rotación externa.⁵

El problema principal de la hernia obturatriz reside en los factores comórbidos de cada paciente y en la dificultad para establecer un diagnóstico temprano, lo que limita el éxito de la cirugía.⁶

El objetivo de este artículo es comunicar nuestra experiencia con cuatro pacientes en el Hospital ABC que se estudiaron en el lapso de cinco años.

Oral feeding was started from 2 to 4 days after surgery; average hospital stay was of 5 days. Associated morbidity was chronic obstructive pneumopathy in two cases. There was a direct relation between the delay in surgical treatment and intestinal resection, with a larger hospital stay and later start of oral feeding. No deaths occurred, one patient coursed with infection of the surgical wound.

Conclusion: The presence of an obturator hernia complicated with intestinal obstruction can be suspected clinically and corroborated through CT. Early surgical treatment reduces complications.

Key words: Obturator hernia, intestinal obstruction. *Cir Gen 2002;24: 308-312*

Descripción de los pacientes

Cuatro pacientes con diagnóstico de hernia obturatriz complicada con obstrucción intestinal fueron tratados, entre julio de 1996 y enero de 2001, tres mujeres y un hombre con edad promedio de 68 años, rango de 40 a 86 años. Dos hernias fueron de tipo Richter localizadas del lado derecho. El diagnóstico clínico preoperatorio se realizó sólo en dos pacientes por la presencia del signo de Howship-Romberg asociado a datos de obstrucción intestinal confirmándose por los hallazgos de la TC, como se muestra en el **cuadro I**.

El único paciente masculino, de 40 años de edad, se presentó con historia de dolor abdominal intermitente en mesogastrio e hipogastrio, constipación, disuria y poliaquiuria. El diagnóstico inicial fue de hernia inguinal derecha, tratado por urólogo sin mejoría; finalmente se realizó laparoscopia diagnóstica, que evidenció una hernia obturatriz de tipo Richter del lado derecho, con una porción de colon sigmoides encarcelada, haciendo presión sobre la vejiga, la hernia se redujo de manera exitosa y el defecto del canal obturador se reparó colocando una malla de polipropileno de 12 x 20 cm, fijándola al ligamento de Cooper preperitonealmente. La evolución postoperatoria fue adecuada con remisión de los síntomas urinarios.

En dos pacientes se realizó resección segmentaria del íleon con anastomosis primaria por hernias estranguladas del lado izquierdo y cierre del defecto del agujero obturador con sutura no absorbible. La evolución del cuadro clínico previo a la cirugía fue de 48 horas, con sospecha clínica inicial de hernia obturatriz en una paciente, y en la otra se realizó el diagnóstico preoperatoriamente por TC abdominal, confirmando el hallazgo de la hernia complicada con obstrucción intestinal (**Cuadro II**).

Las dos pacientes tenían historia de dolor abdominal crónico de 8 y 12 meses, el factor comórbido aso-

Cuadro I
Datos clínicos de los pacientes con hernia obturatriz

Paciente número	1	2	3	4	Promedio
Edad	40 a	86 a	78 a	67 a	68 a
Sexo	M	F	F	F	1:3
Howship Romberg	No	No	Sí	Sí	50%
Obstrucción intestinal	Sigmoides	Ileon	Ileon	Ileon	100%
Localización	Der	Izq	Izq	Der	50%
Hernia tipo Richter	Sí	No	No	Sí	50%
Dx clínico preoperatorio	No	No	Sí	Sí	50%
Dx por TC	No	Sí	No	Sí	50%
Tiempo de evolución	Electiva	48 horas	48 horas	24 horas	40 horas

Cuadro II
Procedimiento quirúrgico y evolución de los pacientes con hernia obturatriz

	1	2	3	4	Promedio
Tipo de cirugía	Laparoscópica	Laparotomía exploradora	Laparotomía exploradora	Laparotomía exploradora	1:3
Resección intestinal	No	Sí	Sí	No	50%
Tipo de reparación	Malla de polipropileno	Polipropileno	Polipropileno	Polipropileno	1:3
Inicio de la vía oral	1	5	4	1	2.5
Días de hospitalización	2	8	7	3	5
Factores co-mórbidos	No	Pulmonar	Pulmonar	No	50%
Morbilidad	0	0	1	0	25%
Mortalidad	0	0	0	0	0%

ciado fue enfermedad pulmonar obstructiva crónica en las dos, lo cual contribuyó a una evolución postoperatoria prolongada, con tránsito intestinal e inicio de la vía oral a partir del quinto día, con ocho días de hospitalización. En una de ellas hubo infección de la herida quirúrgica, que requirió drenaje y desbridación.

La última paciente, de 67 años de edad, se presentó al servicio de urgencia con dolor abdominal de 24 horas de evolución, de tipo cólico, intenso, inicialmente localizado en mesogastrio e hipogastrio, acompañado de náusea y vómito de contenido gastrointestinal; el dolor después se localizó en el cuadrante inferior derecho, irradiado a la cara interna del muslo y a la articulación de la rodilla del mismo lado; esta última sintomatología de un año de evolución tratada con antiinflamatorios en forma regular. La paciente tenía amputada la pierna izquierda desde 4 años antes, por lo que permanecía acostada la mayor parte del tiempo, además cursaba con desnutrición. Se sospechó hernia obturatriz complicada con obstrucción intestinal. La biometría hemática sólo informó leucocitosis de 10,200, en las radiografías de abdomen se observó asa fija atrapada en pelvis derecha en comunicación con el agujero obturador del mismo lado (**Figura 1**). La TC de abdomen confirmó el diagnóstico al identificar la hernia obturatriz encarcerada de lado derecho

con dilatación proximal de asas de intestino delgado (**Figura 2**). Se realizó laparotomía exploradora, se redujo la hernia de Richter que contenía una asa de íleon terminal y se recuperó sin problema; se reparó el defecto del agujero obturador con sutura no absorbible. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria con tránsito intestinal e inicio de la vía oral temprana, egresando al tercer día.

Discusión

La hernia obturatriz pasa a través del canal obturador, el cual está limitado por la rama pública y el borde superior libre de la membrana obturatriz, tiene una longitud de 3 cm, a través de éste pasan el nervio y los vasos obturadores al muslo, lo que justifica parte de los síntomas. En nuestra serie el signo de Howship-Romberg se presentó en dos pacientes, mientras que todos tuvieron datos de obstrucción intestinal parcial o completa. La semiología de esta enfermedad puede orientar el diagnóstico preoperatorio, basados en los grupos de edad, el sexo, la cronicidad del dolor abdominal, el dolor referido, su agudización súbita, la constitución física y probablemente en la exploración física se pueda palpar una masa en la cara interna del muslo en el origen de los aductores, la cual no se documentó en el presente informe.



Fig. 1. Radiografía, placa simple de abdomen. Se observan asas de intestino delgado dilatadas, en pelvis, hacia el lado derecho, de tipo obstructivo.

El apoyo en los estudios de imagen ha permitido un diagnóstico más preciso, como lo han descrito Ijiri⁷ y Meziani⁸ al hacer el diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz encarcerada utilizando la tomografía computada; sin embargo, en aquellos pacientes donde el diagnóstico de síndrome abdominal agudo es inequívoco, la realización de una laparotomía exploradora deberá ser prioritaria, utilizando el buen juicio clínico del grupo quirúrgico, sabiendo que el retardo en el tratamiento aumenta el riesgo de necrosis intestinal y la presencia de complicaciones, con mayor tiempo de estancia hospitalaria.⁹ En nuestra serie, dos pacientes tuvieron necrosis intestinal que requirieron resección con anastomosis primaria, prolongando su evolución postoperatoria, sin mortalidad.

La estrategia para reparar el defecto del agujero obturador incluye la utilización de sutura no absorbible, así como el uso de malla sintética que cubra el defecto de forma completa colocada preperitonealmente;¹⁰⁻¹² sin embargo, cuando no se repara el defecto, la recurrencia es del 10% como lo publicó Beng Ang H.¹³

En nuestros pacientes todos los defectos fueron reparados, y además se descartó la posibilidad de una hernia obturatriz bilateral que puede ocurrir en el 6%.¹⁴

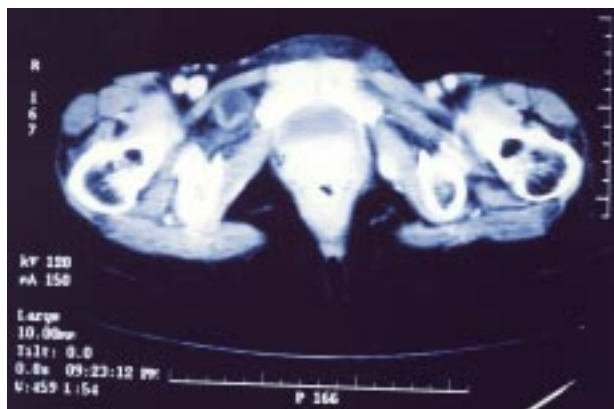


Fig. 2. Tomografía computada de abdomen y pelvis. Se identificó hernia obturatriz del lado derecho.

La cirugía laparoscópica tiene un papel importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de esta patología.¹⁵⁻¹⁸ En estos enfermos se pudo resolver de manera exitosa tanto la reducción de la hernia de Richter como la reparación del defecto colocando una malla amplia preperitoneal, que cubrió todo el agujero obturador, con una evolución excelente en un paciente joven donde el diagnóstico preoperatorio no estaba bien definido. La mortalidad informada en algunas publicaciones oscila del 10 al 15%, esta variación se debe a los mejores cuidados perioperatorios en el balance hidroelectrolítico, al apoyo postoperatorio cardiovascular y pulmonar, así como a la experiencia de cada centro hospitalario.^{19,20}

Conclusión

El diagnóstico de la hernia obturatriz complicada con obstrucción intestinal se puede sospechar clínicamente y corroborarse por TC. El tratamiento quirúrgico temprano reduce las complicaciones.

Referencias

1. Citado por: Gray SW, Skandalakis JE, Soria RE, Rowe JS Jr. Strangulated obturator hernia. *Surgery* 1974; 75: 20-7.
2. Citado por: Gumbs MA, Pandya GS, Kim YH. Obturator hernia. *N Y State J Med* 1986; 86: 150-1.
3. Bjork KJ, Mucha P Jr, Cahill DR. Obturator hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167: 217-22.
4. Lo CY, Lorentz TG, Lau PWK. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg* 1994; 167: 396-8.
5. Yip AW, AhChong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery* 1993; 113: 266-9.
6. Hsu CH, Wang CC, Jeng LB, Chen M. Obturator hernia: a report of eight cases. *Am Surg* 1993; 59: 709-11.
7. Ijiri R, Kanamaru H, Yojoyama H, Shirakawa M, Hashimoto H, Yoshino G. Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis. *Surgery* 1996; 119: 137-40.
8. Meziane MA, Fishman EK, Siejelman SS. Computed tomographic diagnosis of obturator hernia. *Gastrointest Radiol* 1983; 8: 375-7.

9. Ziegler DW, Rhoads JE Jr. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg* 1995; 170: 67-8.
10. Arbman G. Strangulated obturator hernia. A simple method for closure. *Acta Chir Scand* 1984; 150: 337-9.
11. Tsubono T, Fukuda M, Muto T. A case of bilateral obturator hernias: image diagnosis and description of a retropublic operative approach. *Surg Today* 1993; 23: 159-63.
12. Tchupetlowsky S, Losanoff J, Kjossev K. Bilateral obturator hernia: a new technique and a new prosthetic material for repair-case report and review of the literature. *Surgery* 1995; 117: 109-12.
13. Beng Ang H. Obturator hernia. *Aust N Z J Surg* 1970; 210: 36-40.
14. Rimmer JA, Wharton S, Smedley FH, Horsburgh AG. Bilateral and recurrent obturator hernia. *Br J Clin Pract* 1990; 44: 784.
15. Bryant TL, Umstot RK Jr. Laparoscopic repair of an incarcerated obturator hernia. *Surg Endosc* 1996; 10: 437-8.
16. Miki Y, Suminura J, Hasegawa T, Misutani S, Yoshioka Y, Sasaki T, et al. A new technique of laparoscopic obturator hernia repair: report of a case. *Surg Today* 1998; 28: 652-6.
17. Tucker JG, Wilson RA, Ramshaw BJ, Mason EM, Duncan TD, Lucas GW. Laparoscopic herniorrhaphy: technical concerns in prevention of complications and early recurrence. *Am Surg* 1995; 61: 36-9.
18. Cueto García J, Rodríguez Díaz M, Elizalde-Di Martino A, Weber Sánchez A. Incarcerated obturator hernia successfully treated by laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 71-3.
19. Kozlowski JM, Beal JM. Obturator hernia: an elusive diagnosis. *Arch Surg* 1977; 112: 1001-2.
20. Hershmann MJ, Reilly DT, Swift RI. Strangulated obturator hernia: delayed diagnosis is still the rule. *J R Coll Surg Edinb* 1986; 31: 282-3.