



Nota clínica

Hernia obturatriz: una entidad con baja prevalencia pero alta mortalidad. Abordaje laparoscópico. A propósito de un caso

Obturator Hernia: An entity with low prevalence but high mortality. Laparoscopic approach: A case report



Sebastián Roche^a, Santiago Bertone^a, Fernando Cetolini^a, Juan P. Campana^b
y Claudio Brandi^c

^aCirujano del Sector Paredes Abdominales y Microcirugía Reconstructiva, Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina). ^bCirujano del Sector de Coloproctología, Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina). ^cJefe del Sector Paredes Abdominales y Microcirugía Reconstructiva, Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina).

Resumen

Introducción: La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, cuya incidencia oscila entre 0.05 % y el 1.5 %, con una morbimortalidad cercana al 40 %.

Caso clínico: Mujer de 85 años, que comienza con náuseas, vómitos y distensión abdominal. Se realiza radiografía de abdomen y tomografía computarizada (tac), donde se observa hernia obturatriz izquierda. Se decide laparoscopia exploradora. Se reduce la hernia y se coloca malla de polipropileno preperitoneal.

Discusión: La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, que se presenta en mujeres ancianas, multiparas y desnutridas. Su diagnóstico suele ser tardío, por lo que es una entidad con alta mortalidad, cercana al 40 %. La tomografía computarizada es el método diagnóstico por elección, y el abordaje laparoscópico, el tratamiento de primera opción.

Conclusión: El objetivo principal en estos pacientes es realizar un diagnóstico precoz y poder, de esa manera, disminuir los índices de mortalidad. Ante la sospecha clínica, se solicitará tomografía computarizada de abdomen y pelvis, con la idea de no demorar la intervención quirúrgica.

Abstract

Introduction: Obturator hernia is a rare entity whose incidence varies between 0.05 and 1.5%.

Case report: Female of 85 years beginning with nausea, vomiting and abdominal distension. abdominal radiography and computed tomography, which left obturator hernia is observed is performed. Exploratory laparoscopy is decided; the hernia is reduced and preperitoneal polypropylene mesh is placed.

Discussion: It is a rare entity that occurs in older, multiparous women and malnourished. His diagnosis is usually late, so it is an entity with high mortality, close to 40%. Computed tomography is the diagnostic method of choice and the laparoscopic approach the treatment of first choice.

Conclusion: The main objective in these patients is early diagnosis, and thus to reduce mortality rates. Clinical suspicion, abdomen and pelvis computed tomography requested, with the idea of not delaying surgery.

Recibido: 14/01/2017
Aceptado: 17/01/2017

Palabras clave:

Hernia obturatriz, estrangulación, obstrucción intestinal, tomografía axial computarizada (tac)

Key words:

Obturator hernia, strangulation, intestinal obstruction, computed tomography

* Autor para correspondencia. Sebastián Roche. C/Álvarez Thomas 2148. Capital Federal. CP 1430 (Argentina). Teléf.: 011-1526585736.

Correo electrónico: sebastian.roche@hospitalitaliano.org.ar

2255-2677/© 2017 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.38>

INTRODUCCIÓN

La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, cuya incidencia oscila entre el 0.05 % y el 1.5 % de todas las hernias abdominales¹⁻³ y constituye menos del 2 % de las obstrucciones intestinales⁴. Se presenta habitualmente en mujeres ancianas, multíparas y desnutridas^{5,6}. Su diagnóstico suele ser tardío, por lo que se considera una entidad con alta morbimortalidad, cercana al 40 %⁷.

Se presenta un caso tratado en nuestro servicio, junto con una revisión de la bibliografía publicada sobre dicha patología.

CASO CLÍNICO

Mujer de 85 años, diabética e hipertensa, con IMC de 23.4, que cursando el segundo día de internación por neumonía de la comunidad comienza con náuseas, vómitos y distensión abdominal.

Se realiza radiografía simple de abdomen, en la que se constatan asas intestinales distendidas. Se solicita tomografía axial computada (tac) de abdomen y pelvis, en la que se observa distensión

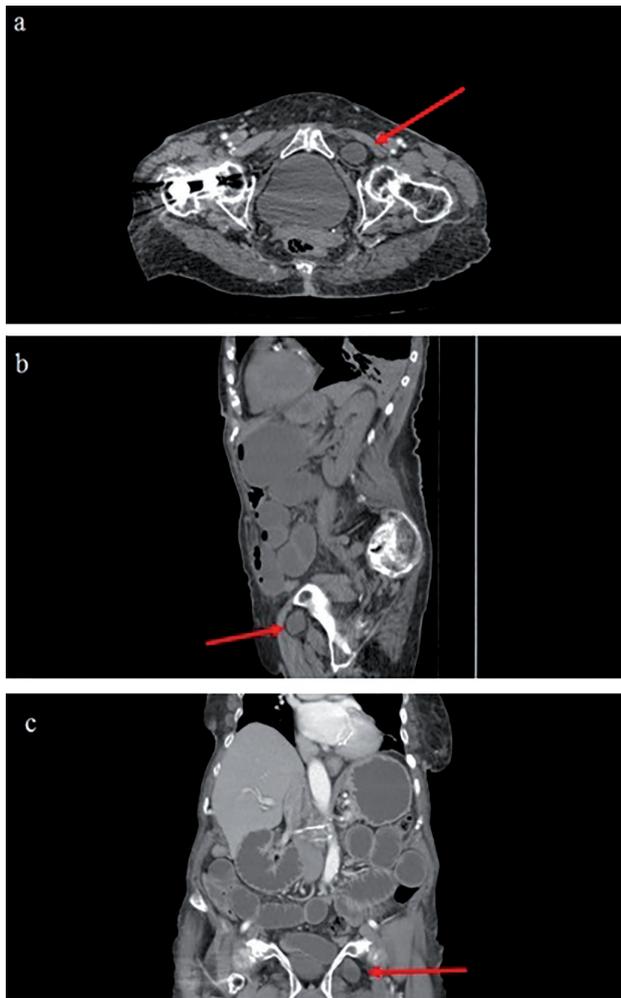


Figura 1. Tomografía axial computarizada. Se observa hernia obturatriz izquierda indicado por la flecha. (a) Corte axial. (b) Corte sagital. (c) Corte coronal.

intestinal y hernia obturatriz izquierda (fig. 1). Se decide laparoscopia exploradora. Se coloca un trocar umbilical de 12 mm y dos de 5 mm en ambos flancos. Se reconocen asas distendidas e íleo atascado en la hernia (fig. 2). Este se reduce con maniobras romas y se constata correcta vitalidad del asa comprometida. Se reconoce pequeño anillo herniario (fig. 3). Se procede a la apertura del peritoneo, con disección del espacio preperitoneal hasta reconocer saco y paquete vasculonervioso obturador (fig. 4). Se reduce el saco y se coloca malla de polipropileno pesada, la cual se fija con *tacker* de titanio al Cooper y rama descendente del pubis (fig. 5). Se realiza cierre del peritoneo con sutura continua.

La paciente evoluciona favorablemente. Se otorga el alta al séptimo día posoperatorio. Se realiza un control a los 2 meses, que resulta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Desde su primera descripción por Ronsil, en 1724, se han publicado cerca de 800 casos en la bibliografía internacional. Las series chinas y japonesas son las más numerosas⁸.

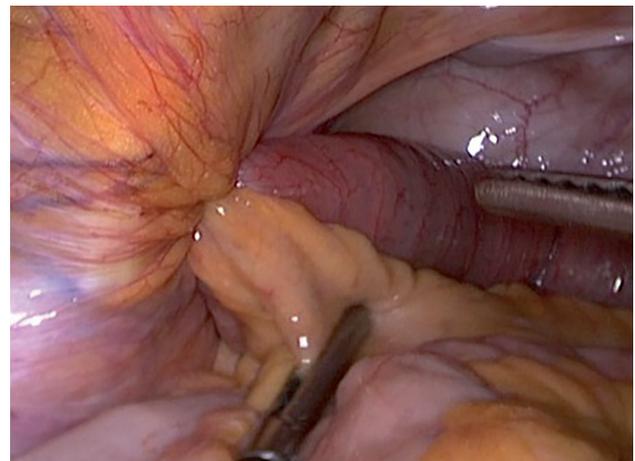


Figura 2. Íleo introducido en la hernia.

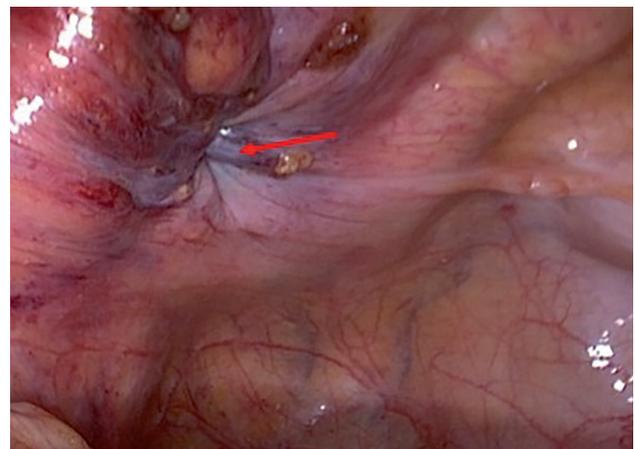


Figura 3. Anillo obturador señalado por la flecha.

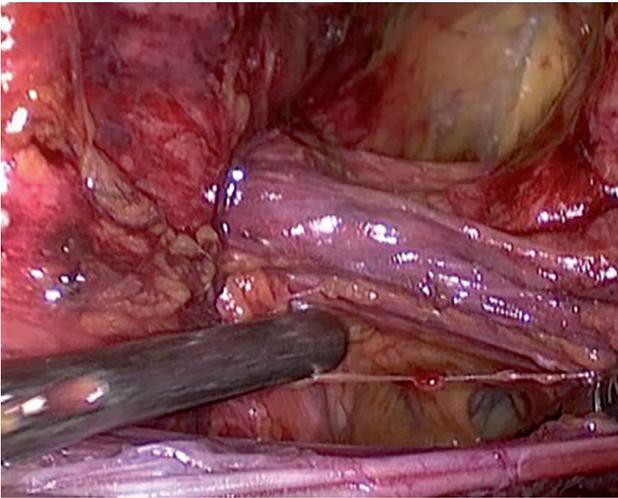


Figura 4. Paquete obturador.

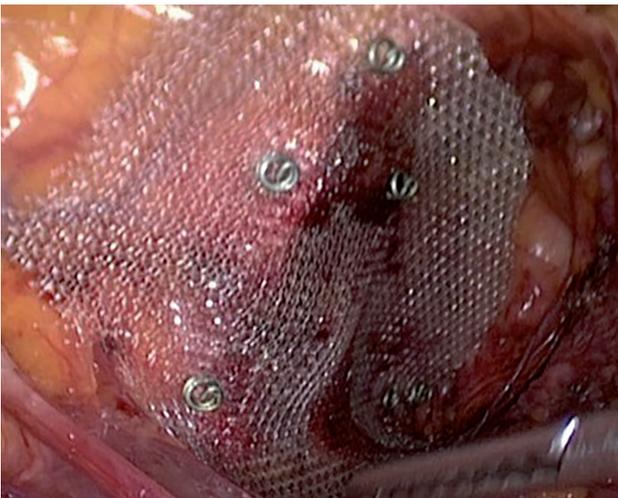


Figura 5. Malla en posición.

El canal obturador es una estructura rígida, limitado en su parte inferior por la membrana obturatriz y los músculos obturadores, y en su parte superior, por la rama pubiana (fig. 6). A través de este pasa el nervio y los vasos obturadores, quedando un pequeño defecto para el paso de una posible hernia.

Con una tasa de mortalidad del 40 %, la hernia obturatriz es considerada la de mayor mortalidad^{7,9,10}. Esto puede ser atribuido a varios factores: 1) la edad avanzada de los pacientes; 2) la alta tasa de estrangulación (25-100 %), dada la rigidez del orificio osteotendinoso, y 3) el retraso en el diagnóstico.

Los síntomas son inespecíficos. En un 90 % de los pacientes debuta como un cuadro de obstrucción intestinal. El signo de Howship-Romberg (dolor y parestesias en la cara interna del muslo irradiado hacia la rodilla) se encuentra en un 15-50 % de los casos, pero no es patognomónico^{8,9}.

El examen físico no suele aportar datos positivos, salvo en hernias de mediano tamaño. En este caso, se reconoce un bulto en la

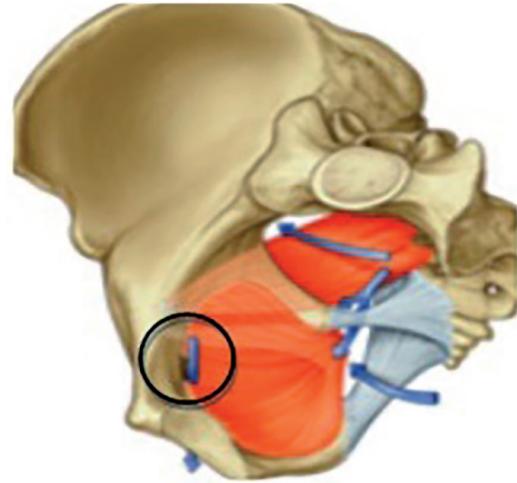


Figura 6. Límites del anillo obturador.

cara anterointerna del muslo por debajo del músculo pectíneo y del anillo crural. Se constata por tacto rectal o vaginal una tumoración blanda a través de las paredes laterales de dichos órganos.

La inespecificidad de sus síntomas hace que un correcto diagnóstico preoperatorio solo sea posible entre un 10-30 % de los casos, con un retardo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento de 3-6 días^{2,5}.

En cuanto a los estudios complementarios, la radiografía simple de abdomen ayuda principalmente al diagnóstico del cuadro oclusivo, pero rara vez nos permite determinar su causa.

En la actualidad, el tac de abdomen y pelvis es considerado el método de elección^{7,8}, ya que nos permite identificar claramente los límites del agujero obturador y la presencia además de líquido libre o neumoperitoneo que nos haga sospechar alguna complicación de la misma.

En cuanto al tratamiento, se han descrito una gran variedad de abordajes quirúrgicos, sin que exista una técnica de elección.

Nosotros consideramos que la vía laparoscópica es la mejor opción, ya que brinda una clara visualización de la zona obturatriz y, además, en caso de peritonitis, permite un correcto lavado y drenaje de la cavidad.

El cierre primario del orificio herniario no siempre es posible, debido a la poca distensibilidad de los tejidos adyacentes. En la actualidad, y salvo la existencia de un ambiente séptico, se prefiere la utilización de material protésico, con un índice de recidiva en torno al 10 %^{6,8}.

CONCLUSIÓN

El objetivo principal en estos pacientes es poder llegar a un diagnóstico precoz y, de esa manera, disminuir los altos índices de estrangulación y de mortalidad que presenta dicha hernia. Por ello, ante una mujer anciana, delgada y múltipara con síntomas de obstrucción intestinal, especialmente en ausencia de cirugías abdominales previas, se deberá dirigir el examen físico en busca de dicha hernia, y se solicitará un tac de abdomen y pelvis con la idea de no demorar la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Skandalakis LJ. Obturator hernia, 5.^a ed. Lippincott Williams and Wilkins, Nueva York: 2002.
2. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, Hori A, Kaneoka Y. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg.* 1999;23:214-216; discussion 7.
3. Nasir BS, Zendejas B, Ali SM, Groenewald CB, Heller SF y Farley DR. Obturator hernia: the Mayo Clinic experience. *Hernia.* 2012;16:315-319.
4. Lo CY, Lorentz TG, Lau PWK. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg.* 1994;167:396-8.
5. Igari K, Ochiai T, Aihara A, Kumagai Y, Iida M, Yamazaki S. Clinical presentation of obturator hernia and review of the literature. *Hernia.* 2010;14:409-413.
6. 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;19:809-814.
7. Chang SS, Shan YS, Lin YJ, Tai YS, Lin PW. A review of obturator hernia and proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg.* 2005;29:450-454.
8. Thanapaisan C, Thanapaisal C. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: Retrospective study. *J Med Assoc Thai.* 2006;89:2081-2086.
9. Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, et al. Forty-three cases of obturator hernia. *The American Journal of Surgery.* 2004;187:549-552.
10. Nakayama T, Kobayashi S, Shiraishi K, Nishiumi T, Mori S, Isobe K, et al. Diagnosis and treatment of obturator hernia. *Keio J Med.* 2002;51:129-32.