

Nota clínica

Hernia obturatriz: encarceración bilateral con obstrucción intestinal simultánea



Esther Pilar García-Santos^{a,*}, Carlos León-Salinas^a, Aurora Gil-Rendo^a, Susana Sánchez-García^a, Virginia Muñoz-Atienza^a, Francisco Javier Ruescas-García^a, José Luis Bertelli-Puche^a, David Padilla-Valverde^a, Manuel Calvo-García^b y Jesús Martín-Fernández^a

^a Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de agosto de 2013

Aceptado el 21 de octubre de 2013

On-line el 28 de diciembre de 2013

Palabras clave:

Hernia obturatriz
Obstrucción intestinal
Foramen obturador

RESUMEN

Introducción: La hernia obturatriz se presenta con una frecuencia que oscila entre el 0.05 % y el 0.14 % de todas las hernias de pared abdominal. La obstrucción intestinal es el síntoma más frecuente, si bien es cierto que tan solo un 0.2-1.6 % de las obstrucciones se producen por una hernia obturatriz. Presentamos el caso de una paciente anciana con un cuadro de obstrucción intestinal y que, mediante una tomografía computarizada (TC), fue diagnosticada de una hernia obturatriz bilateral.

Caso clínico: Mujer de 87 años que consultó por dolor abdominal y vómitos de 5 días de evolución. Una TC puso de manifiesto gran dilatación de asas del intestino delgado producida por una hernia obturatriz bilateral como causa de la obstrucción intestinal, por lo que fue intervenida quirúrgicamente con carácter urgente. Se objetivó un asa de íleon encarcerada en ambos orificios obturadores, que se redujo sin necesidad de realizar resección intestinal.

Discusión: La hernia obturatriz debe sospecharse en mujeres ancianas y delgadas con síntomas de obstrucción intestinal. Se lleva a cabo una exploración física y una TC abdominopélvica, con el fin de no retrasar la intervención quirúrgica en el caso de que se confirme el diagnóstico de una hernia obturatriz encarcerada.

© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Obturator hernia: Bilateral incarceration with simultaneous intestinal obstruction

ABSTRACT

Introduction: Obturator hernia occurs with a frequency ranging between 0.05 and 0.14% of all abdominal wall hernias. Intestinal obstruction is the most common symptom, although it is true that only about 0.2-1.6% of blockages are caused by a hernia obturator. We report the

Keywords:

Obturator hernia
Intestinal obstruction
Obturator foramen

* Autor para correspondencia: Hospital General Universitario de Ciudad Real, Obispo Rafael Torija s/n, 13005 Ciudad Real, España. Tel.: +926 27 80 00.

Correo electrónico: esther_garcia_santos@hotmail.com (E.P. García-Santos).

2255-2677/\$ – see front matter © 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2013.10.003>

case of an elderly patient who presents with a picture of intestinal obstruction is diagnosed with bilateral obturator hernia by computed tomography (CT).

Case report: An 87-year-old woman consulting for abdominal pain and vomiting during 5 days. A CT scan revealed large dilated loops of small intestine caused by a bilateral obturator hernia as a cause of intestinal obstruction. She then underwent urgent surgery, aiming at an incarcerated ileal loop in both obturator holes that was reduced without performing bowel resection.

Discussion: Obturator hernia should be suspected in elderly and slender women with intestinal obstruction symptoms, performing a physical examination and a CT scan of the abdomen/pelvis, in order not to delay surgical intervention in case the diagnosis of incarcerated obturator hernia is confirmed.

© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La hernia obturatriz fue descrita en 1724 por Rosil, aunque la primera reparación quirúrgica realizada con éxito se produjo en 1851 por parte de Henry Obre¹.

Su frecuencia de presentación oscila entre el 0.05% y el 0.14% de todas las hernias de pared abdominal. La obstrucción intestinal es el síntoma más frecuente, si bien es cierto que tan solo un 0.2-1.6% de las obstrucciones son producidas por una hernia obturatriz².

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 87 años, hipertensa, y con el único antecedente quirúrgico de un trasplante renal por insuficiencia renal crónica, que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de 5 días de evolución. No refería fiebre. En la exploración física la paciente presentaba distensión abdominal y dolor difuso sin signos de irritación peritoneal. Tampoco se palparon masas ni hernias, ni la paciente refería dolor en ninguna otra localización. El análisis de sangre mostró 13 000 leucocitos con un 91% de segmentados y normalidad en el resto de los parámetros, mientras que la radiografía simple de abdomen manifestó las asas del intestino delgado dilatadas con patrón obstructivo, sin observar otros hallazgos de interés (fig. 1). Con el diagnóstico de obstrucción intestinal de etiología no filiada y ante la estabilidad clínica de la paciente, se la ingresó para observación

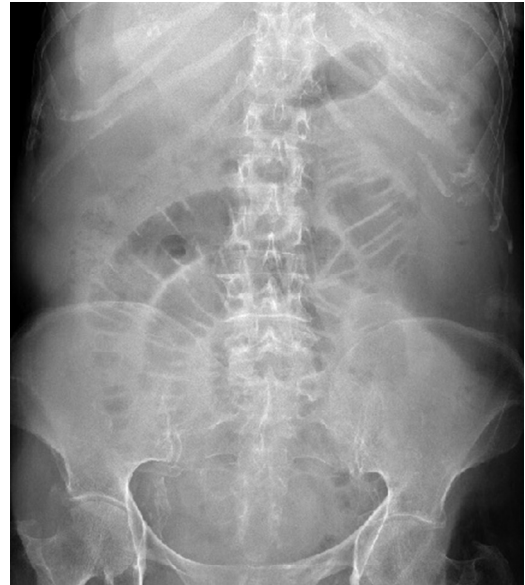


Figura 1 – Radiografía de abdomen. Signos radiográficos de obstrucción intestinal con dilatación de asas de intestino delgado.

y tratamiento conservador con sonda nasogástrica, sueroterapia, reposo digestivo y piperacilina-tazobactam pautada de manera profiláctica. Se le solicitó una tomografía computarizada (TC), que objetivó una notable dilatación de asas del

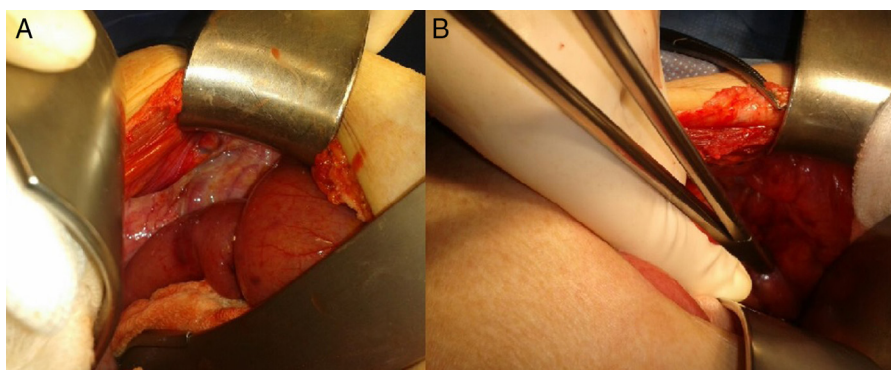


Figura 2 – TC abdominopélvica. Hernia obturatriz bilateral con asa incarcerada en ambos orificios obturadores.



Figura 3 – Orificios herniarios a través de laparotomía media.



Figura 4 – Asa intestinal con anillo de constricción que produce cambio de calibre con dilatación del asa proximal.

intestino delgado producida por un hernia obturatriz bilateral con obstrucción intestinal en ambos lados (fig. 2), por lo que fue intervenida quirúrgicamente de urgencia. Bajo anestesia general se llevó a cabo laparotomía media supra- e infraumbilical, lo que objetivó que un asa de íleon se encontraba encarcelada en ambos orificios herniarios obturatrices (de aproximadamente 2 cm de diámetro), y tras una simple tracción se redujo sin dificultad y se comprobó la viabilidad de la misma (figs. 3 y 4). Finalmente, se realizó el cierre de ambos defectos obturatrices con sutura trenzada absorbible en bolsa de tabaco y se procedió al cierre de la pared abdominal en bloque con sutura continua trenzada absorbible. La paciente pasó a reanimación, donde permaneció 24 h tras comprobar presiones intraabdominales normales. Durante su estancia en planta de hospitalización, la evolución posoperatoria fue favorable, le fue retirada la sonda nasogástrica y comenzó la tolerancia al segundo día. Finalmente fue dada de alta al quinto día posoperatorio. La revisión al mes cursó sin incidencias; la paciente se encontraba asintomática y fue dada de alta en nuestro servicio.

Discusión

La hernia obturatriz es una entidad rara que incide más en mujeres ancianas y delgadas entre los 70 y 90 años³, con

una distribución geográfica más frecuente en Asia y menor en Occidente, como refleja la bibliografía⁴. Topográficamente, aparecen con más frecuencia en el lado derecho (en el 60% de los casos) debido probablemente a que el acceso al posible defecto herniario obturatriz en el lado izquierdo suele estar obstaculizado por el recto-sigma. Como se ha dicho, es un tipo de hernia poco frecuente, cuya bilateralidad la hace menos frecuente aún, y que llega a la rareza como la del caso que nos ocupa por la encarcelación bilateral y obstrucción intestinal simultánea; como señala el artículo de Villalba *et al.*⁵, estas circunstancias también las hacen casi excepcionales en el resto de las hernias de la pared abdominal.

Estas hernias, como casi todas, se producen por un defecto adquirido en el tejido conjuntivo de la membrana (doble capa) del foramen obturador, por cuyo margen superoexterno (ceja obturatriz y canal obturador) discurren los vasos y el nervio obturador. Además, aparecen con más frecuencia en la senectud, coincidiendo con la disminución del tejido linfograso preperitoneal que suele ocupar el canal y la membrana obturatriz, siendo favorecidas por los aumentos de la presión intraabdominal que, transmitida sobre el peritoneo, produce en este un efecto «diverticulizante», debilitándole por distensión y «obligándole» a penetrar por el área de menor resistencia y mayor diámetro (membrana obturatriz), según el principio de Pascal, hasta hacerle protruir como saco herniario⁶.

Desde el punto de vista clínico, el 80-90% de estas hernias se complican y se presentan con un síndrome obstructivo intestinal cuya causa pocas veces se identifica en la exploración clínica, situación que retrasa el difícil diagnóstico de principio, de la encarcelación o de una estrangulación del asa intestinal, lo que agrava la evolución a corto plazo y genera una tasa de mortalidad de entre el 10% y el 70%⁷. El manejo diagnóstico de estos pacientes se ve favorecido por el empleo de la TC abdominopélvica, de elección para el manejo preoperatorio con síndrome obstructivo sin filiación clínica, ya que define con notable precisión los distintos elementos musculares y óseos de toda la pelvis menor y la relación con los órganos adyacentes, así como la inequívoca presencia de, al menos, la encarcelación de un asa intestinal (doble, en este caso) y las posibles complicaciones asociadas⁸ (como la obstrucción del intestino por el excepcional atrapamiento bilateral).

Existen diferentes formas de abordar la hernia obturatriz, bien sea por vía inguinal, bien retropúbica o transperitoneal. La laparotomía media es la incisión preferida por la mayoría de los cirujanos, ya que tiene la ventaja de que proporciona una mejor exploración de la cavidad abdominal y permite el diagnóstico de la causa de la obstrucción, la reparación del orificio herniario y la identificación de posibles áreas de isquemia intestinal que requieran resección. En los últimos años se ha venido considerando la laparoscopia para el tratamiento de este tipo de hernias; entre sus ventajas estaría una recuperación más rápida y con menos complicaciones. Sin embargo, en una situación de obstrucción intestinal (como es nuestro caso), el acceso laparoscópico se convierte en una técnica compleja, al existir un espacio intraabdominal limitado por el aumento de las asas abdominales.

Se han descrito el enfoque transabdominal preperitoneal y el extraperitoneal como técnicas viables en cirugía

programada, donde no existe situación de obstrucción intestinal y hay un diagnóstico preoperatorio certero mediante pruebas de imagen⁹.

En las hernias de pequeño tamaño se considera suficiente el cierre simple del orificio¹⁰. En grandes defectos no siempre es posible un cierre simple, por lo que algunos autores utilizan como apoyo el peritoneo, la pared de la vejiga o el fundus uterino, aunque la tendencia actual es la reparación del defecto empleando una malla de polipropileno, aunque en nuestro caso, debido al escaso calibre de ambos orificios, se optó por el cierre simple sin prótesis. La tasa de recurrencia se estima en torno a un 10%⁶.

Como conclusión, nuestra paciente es una mujer anciana y delgada con un síndrome obstructivo intestinal sin etiología filiada, y es la TC la que determina la causa. Sería conveniente ampliar en la exploración física (que en este caso no se realizó) un tacto rectal y vaginal previo a la TC para intentar detectar la presencia de una hernia obturatriz incarcerada. Lo importante fue no retrasar la intervención quirúrgica una vez confirmado el diagnóstico de dicha hernia (sea esta uni- o bilateral) mediante una laparotomía de urgencia o una laparotomía exploradora en el caso de que no exista ningún diagnóstico etiológico de presunción más que la obstrucción intestinal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexandre JH, Bouillot JL, Dehni N. Traitement chirurgical des hernies obturatrices. *Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales. Appareil digestif*. París: Elsevier; 1994. p. 40-155.
- Ziegler DW, Rhoads Jr JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg*. 1995;170:67-8.
- Pardo Rojas P, Agustín Cembellín F. Tomografía computarizada en el diagnóstico de hernia obturatriz. *Emergencias*. 2005;17:280-2.
- Zhang H, Cong JC, Chen CS. Ileum perforation due to delayed operation in obturator hernia: A case report and review of literatures. *World J Gastroenterol*. 2010;16:126-30.
- Villalba R, Dávila D, Narbona B, Olavarrieta L. Hernia bilateral de Richter estrangulada. A propósito de un caso con doble fístula enterocutánea. *Cir Esp*. 1985;39:135-8.
- Rodríguez JI, Codina A, Maroto A, Puig J, Sirvent JM, Garsot E, et al. Obturator hernia: Clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia*. 2008;12:289-97, doi: 10.1007/s10029-007-0328-y. Publicación electrónica 11 Ene 2008.
- Lo CY, Lorentz TG, Lau PW. Obturator hernia presenting as small bowel l obstruction. *Am J Surg*. 1994;167:396-8.
- Soto Pérez de Celis E, González Pezzat I. Hernia obturatriz, una causa poco común de obstrucción intestinal. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:1.
- Sze Li S, Kenneth Kher Ti V. Two different surgical approaches for strangulated obturator hernias. *Malays J Med Sci*. 2012;19:69-72.
- Priego P, Mena A, de Juan A. Diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz: análisis de nuestra experiencia. *Rev Chil Cir*. 2010;62:121-37.