

Nota clínica

Tratamiento urgente de la hernia obturatriz incaerada mediante hernioplastia laparoscópica. A propósito de un caso y revisión de la literatura



Omar Carreño Sáenz^{a,b,*}, Salvador Pous Serrano^{a,c}, María Aguilar Martí^{a,b},
María Bordallo Vázquez^d, José Iserte Hernández^{a,b} y Fernando Carbonell Tatay^{a,b}

^a Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

^b Unidad de Pared y Corta Estancia, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

^c Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

^d Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de julio de 2013

Received in revised form

10 de octubre de 2013

Aceptado el 21 de octubre de 2013

On-line el 5 de diciembre de 2013

Palabras clave:

Hernia obturatriz

Hernia incaerada

Laparoscopia

RESUMEN

Introducción: Las hernias obturatrizes son extremadamente raras (aproximadamente menos del 1% de todas las hernias). Normalmente se dan en mujeres ancianas, multíparas y desnutridas. La tomografía computarizada es una herramienta útil para el diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de hernia obturatriz incaerada y tratado por vía laparoscópica.

Material y método: Varón de 55 años de edad con antecedentes de cirrosis alcohólica (estadio B de Child Pugh), que ingresó en el hospital por presentar dolor abdominal y vómitos. La radiografía de abdomen simple reveló signos compatibles con suboclusión intestinal. El paciente fue tratado de modo conservador, con tratamiento médico del cuadro suboclusivo, pero el dolor abdominal empeoró y se le irradió a la cara medial del muslo derecho (signo de Howship-Romberg). Se le realizó una tomografía computarizada, que reveló un segmento de íleon terminal que protruía por el orificio obturador.

Resultados: Se decidió el abordaje laparoscópico del paciente. Se redujo el contenido herniario hacia la cavidad abdominal, usando pinzas atraumáticas. No se evidenciaron signos de sufrimiento intestinal. Se cubrió el orificio obturador con un tapón preformado de polipropileno y luego se cubrió con un flap de peritoneo.

Conclusiones: Un diagnóstico y tratamiento temprano son esenciales para reducir el tiempo de estrangulación y mortalidad en estos pacientes. El tratamiento laparoscópico es una alternativa diagnóstica y terapéutica.

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

* Autor para correspondencia: Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Bulevar Sur s/n, 46026 Valencia, España. Tel.: +34 961 244 000.

Correo electrónico: omacarsa@gmail.com (O. Carreño Sáenz).

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.2013.10.002>

Urgent treatment of incarcerated obturator hernias by laparoscopic hernioplasty. Case report and review of the literature

ABSTRACT

Keywords:

Obturator hernia
Incarcerated
Laparoscopy

Introduction: Obturator hernias are considered very rare, accounting for approximately less than 1% of all hernias, and usually occur in multiparous women or elderly emaciated individuals. Abdominal computed tomography is a useful tool for diagnosis. We report a case of an obturator hernia repaired laparoscopically.

Material and method: A 55-year old patient with Child-Pugh stage B alcoholic cirrhosis, was admitted to our hospital due to abdominal pain and vomiting. Plain abdominal radiography showed dilated small bowel loops indicating obstruction. The patient was managed conservatively, but abdominal pain worsened, radiating along the medial side of the right thigh (Howship-Romberg sign). A computed tomography scan was then ordered, revealing a loop of small bowel protruding into the obturator canal.

Results: Finally, the patient underwent laparoscopic surgery. The herniated ileum was replaced into the peritoneal cavity using atraumatic graspers. The obturator orifice was closed with a polypropylene plug and then covered with peritoneum flap.

Conclusions: Early diagnosis and treatment are essential in order to reduce the rate of strangulation and mortality in these cases. Laparoscopic approach is an alternative option in the diagnosis and treatment of obturator hernias.

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

Introducción

La hernia obturatriz, descrita por primera vez en 1724 por Ronsil, es una entidad clínica rara con una incidencia aproximada del 1% de todas las hernias¹⁻³. Es una hernia pélvica con alta morbimortalidad que, por lo general, se presenta en mujeres multíparas y ancianos desnutridos, debido a una disminución del tejido graso y linfático preperitoneal que ocupa el canal obturador. El diagnóstico y el tratamiento a menudo se retrasan, y el diagnóstico preoperatorio es únicamente posible en un 10-30% de los casos⁴. Por ello existe un incremento de las tasas de estrangulación herniaria (que oscilan entre un 25-100%) y de la mortalidad (12-70%)⁵⁻⁸.

La tomografía computarizada abdominopélvica es la técnica diagnóstica de elección en el manejo preoperatorio de la hernia obturatriz, ya que define con exactitud los distintos elementos musculares y óseos del agujero obturador. En consecuencia, un diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para reducir la tasa de estrangulación y mortalidad. Aquí presentamos un caso típico de hernia obturatriz que fue diagnosticada de manera preoperatoria mediante tomografía helicoidal y tratada por vía laparoscópica, utilizando un tapón preformado de polipropileno.

Caso clínico

Paciente varón de 55 años de edad, con antecedentes de tabaquismo y cirrosis hepática enólica (estadio Child B), consulta por distensión abdominal y náuseas, asociados a astenia y anorexia. En la exploración presenta caquexia e ictericia mucocutánea y un abdomen distendido, timpánico a la percusión y con ruidos hidroaéreos marcados, sin signos de irritación peritoneal. No se evidencian orificios herniarios.

Analíticamente, destacan los siguientes valores: bilirrubina, 3.6 mg/dl; PCR, 14 mg/l; sodio, 126 mEq/l; Hb, 11.8 g/dl; índice de Quick, 43%. En la radiografía de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado con formación de niveles hidroaéreos, compatible con cuadro oclusivo.

Durante las primeras horas de ingreso hospitalario el dolor abdominal aumenta y se focaliza en la región inguinal derecha, con irradiación a la rodilla por la cara interna del muslo (signo de Howship-Romberg). Se realiza una tomografía computarizada abdominopélvica con contraste intravenoso, que evidencia asa de íleon herniado por orificio obturador derecho, lo que provoca dilatación retrógrada sin observar signos de afectación parietal intestinal. Se observa, además, hígado cirrótico y ascitis perihepática y pélvica (fig. 1 a y b).

El paciente es intervenido con el diagnóstico de hernia obturatriz encarcelada, y se decide el abordaje por vía laparoscópica. Colocamos al paciente en decúbito supino y posición de Trendelenburg. Utilizando un trocar de Hasson umbilical, se realiza neumoperitoneo y se colocan 2 trocres adicionales de 5 mm en ambos flancos a nivel umbilical. Observamos líquido ascítico y la herniación a través del orificio obturador derecho de una asa de íleon de 4 cm de longitud, que se reduce mediante tracción con pinzas atraumáticas (fig. 2 a, b y c).

Esta maniobra nos permite evaluar la viabilidad del asa. Se introduce un tapón preformado de malla de polipropileno ProLoop™ Mesh de 3.3 × 3.9 cm de Atrium®, ocluyendo dicho orificio. El tapón se coloca a presión en el orificio y no se fija ni con sutura manual ni pegamento. Luego se realiza la peritonización con puntos sueltos extracorpóreos de material reabsorbible, para cubrir la prótesis (fig. 3 a, b y c). Retiramos los trocres bajo visión directa y procedemos a cerrar el orificio umbilical.

El posoperatorio cursa sin complicaciones. El cuadro oclusivo se resuelve y el paciente no presenta fuga de líquido ascítico por las heridas.

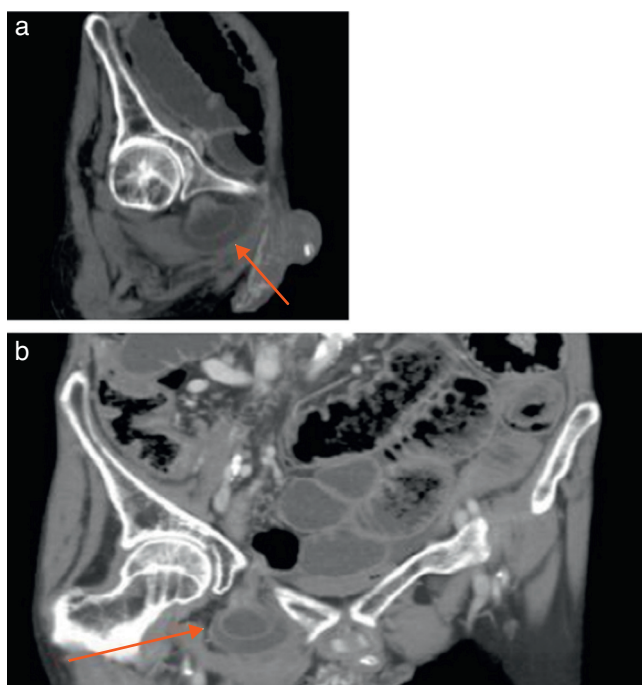


Figura 1 – (a) Tomografía computarizada. Corte sagital: Herniación de íleon por orificio obturador. (b) Tomografía computarizada. Corte coronal: Herniación de íleon por orificio obturador.

Discusión

La hernia obturatriz es un tipo raro de hernia. Fue inicialmente descrita por Arnaud Ronsil en 1724, y reparada de forma exitosa por primera vez por Henry Ore en 1851⁹. La etiología y patogénesis de la hernia obturatriz se debe a una disminución del tejido graso y linfático preperitoneal que ocupa el canal obturador. Aquellas situaciones que incrementan la presión abdominal (como delgadez extrema, caquexia, embarazo y multiparidad, EPOC, estreñimiento crónico, cifoescoliosis, ascitis, etc.) van a ser factores predisponentes¹⁰⁻¹².

Son más frecuentes en el lado derecho, y el contenido más habitual del saco herniario es intestino delgado (el íleon es más frecuente que el yeyuno), aunque también se ha descrito la presencia de colon, apéndice, ovario, trompa de Falopio, epiplón y vejiga¹³⁻¹⁵.

El síntoma cardinal es la clínica de obstrucción intestinal aguda, que por sus peculiaridades anatómicas suele diagnosticarse tardíamente y casi siempre de manera intraoperatoria^{1,6,8}.

El uso de la radiología simple ayuda a evaluar el diagnóstico de la obstrucción intestinal alta. Actualmente, algunas series obtienen entre un 75-100% de diagnóstico preoperatorio con el uso de la tomografía, que es muy útil para definir los elementos musculares y óseos del agujero obturador, tal como lo demuestran las imágenes del presente caso. Además, es capaz de precisar si existen complicaciones (como perforación o peritonitis), al poder evidenciar neumoperitoneo o líquido libre^{16,17}.

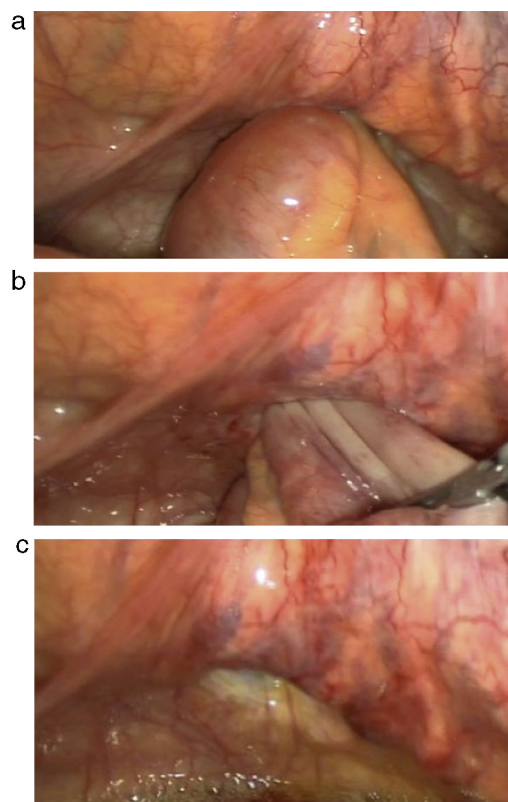


Figura 2 – (a) Visión laparoscópica de herniación de íleon por orificio obturador. 2(b) Reducción de contenido herniario con pinzas atraumáticas. 2(c) Orificio obturador y líquido ascítico.

Se ha descrito gran variedad de abordajes quirúrgicos sin que exista una técnica estandarizada; en general, se considera suficiente un cierre primario del orificio¹⁸. Estas técnicas quirúrgicas incluyen los colgajos fasciales y musculares, revestimiento peritoneal, tapones de grasa omental, ovario, útero, cobertura del ligamento redondo y, recientemente, la utilización de materiales protésicos. La tasa de recurrencia se encuentra en torno al 10%¹⁹.

Cuando se utiliza un abordaje laparoscópico, la mayoría de los cirujanos prefieren realizar una hernioplastia antes que una herniorrafia. Existen reportadas en la bibliografía científica 28 reparaciones de la hernia obturatriz por vía laparoscópica, las cuales se muestran en la tabla 1²⁰.

El material de elección en estos casos suele ser el polipropileno, ya que es de fácil manejo, permite su introducción por el anillo inguinal y se puede cubrir con facilidad con peritoneo parietal para evitar su migración o adherencias a asas intestinales.

Hay que extremar la precaución al realizar el cierre con puntos, tanto si se decide herniorrafia como durante el cubrimiento con peritoneo de la prótesis, con el objetivo de minimizar tanto las lesiones vasculares (vasos obturadores, corona mortis, epigástricos, etc.) como nerviosas. En nuestro caso no fijamos el tapón y solo lo colocamos a presión, realizando luego un cierre hermético del peritoneo. Otra posibilidad actual sería la fijación utilizando un adhesivo tisular sintético²⁰.

Tabla 1 – Series reportadas de la reparación laparoscópica de la hernia obturatriz

Autor (año), país	Núm. y tipo	Sexo	Edad	Tipo de reparación	Estancia hospitalaria	Resección intestinal
Bryant (1996), EE. UU.	1 urgencia	F	77	TAPP	7 d	-
Mantoo (2009), Singapur	1 urgencia	F	78	TAPP	8 d	-
Miki (1998), Japón	1 urgencia	F	84	Sutura manual (5 mm de defecto)	-	1 extracorpórea
Moreno-Egea (2006), España	1 electiva	F	59	TEP bilateral	5 h	-
Shapiro (2004), EE. UU.	5: 1 de urgencia y 4 electivas	4M/1 F	56.8	TEP	-	1 extracorpórea
Haith (1998), EE. UU.	1 urgencia	F	35	TAPP	1 d	-
Wu (2006), Taiwán	1 urgencia	F	68	TAPP	2 d	-
Yokoyama (1998), Japón	1 electiva	F	84	TEP	-	-
Chang (2005), Taiwán	1 electiva	F	62	TAPP	3 d	-
Velásquez-López (2008), Colombia	1 electiva	F	66	TAPP	-	-
Perry (2005), EE. UU.	7 electivas	F	36	TEP	1 d	-
Sorabella (2005), EE. UU.	1 electiva	F	12	Sutura laparoscópica (defecto de 3 cm)	1 d	-
Cueto-García (1998), México	1 electiva	M	40	TAPP	1 d	-
Hunt (2009), Reino Unido	1 electiva	F	62	TAPP	3 d	-
Sun (2010), Taiwán	1 urgencia	F	76	Sutura laparoscópica	4 d	-
Walid (2010), EE. UU.	2 electivas (procedimientos ginecológicos)	F	44	Plug intraabdominal cubierto con flap de peritoneo	-	-
Chowbey (2004), India	1 electiva	F	65	TEP	1 d	-

TAPP: transabdominal preperitoneal; TEP: totally extraperitoneal.

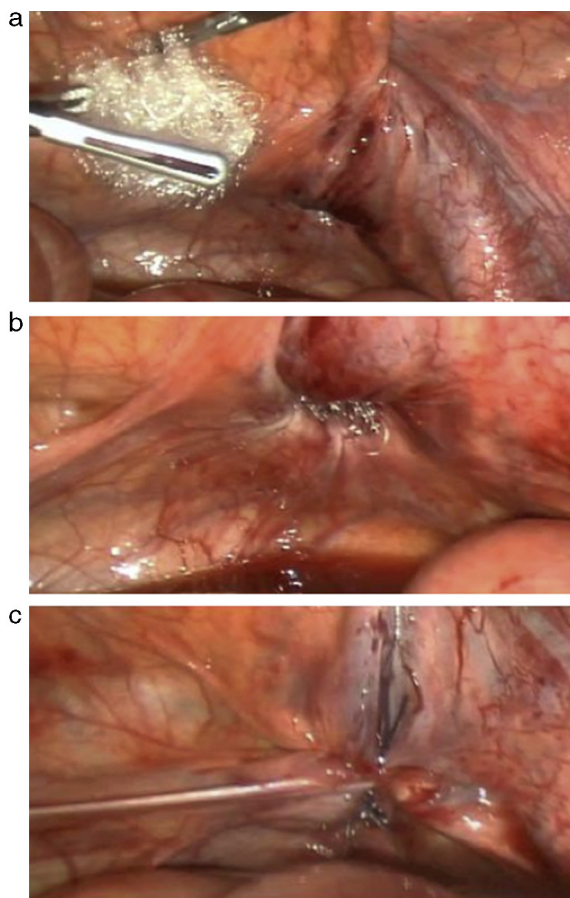


Figura 3 – (a) Colocación de tapón preformado de polipropileno. 3(b) Tapón preformado de polipropileno, que ocluye el orificio obturador. 3(c) Flap de peritoneo que cubre el tapón.

El abordaje laparoscópico es una alternativa para el diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz en casos seleccionados. Ambos enfoques, transabdominal y extraperitoneal, se han descrito^{16,17}. Este método es mínimamente invasivo y facilita la visualización general de la anatomía de la región inguinocrural y del área obturatriz bilateralmente, además de que puede ofrecer algunos beneficios para estos pacientes de alto riesgo (como menor dolor posoperatorio, menos íleo, un menor número de complicaciones pulmonares y una menor estancia hospitalaria). Es recomendable en pacientes con ascitis, para la posterior cicatrización de la herida operatoria y evitar fugas de líquido ascítico.

La hernia obturatriz sigue siendo un reto diagnóstico. Un diagnóstico y tratamiento precoz es esencial para reducir la tasa de estrangulación (25-100%)^{1,3-7,10,13,14} y mortalidad. Debemos dirigir la exploración hacia la búsqueda de orificios herniarios. Es necesaria una tomografía computarizada abdominopélvica lo más pronto posible, con la idea de no demorar la intervención quirúrgica en el caso de que se efectúe un diagnóstico de hernia obturatriz encarcelada. La laparoscopia puede considerarse en situaciones concretas, y el uso de un tapón preformado de polipropileno puede facilitar el cierre del orificio obturador.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Lo CY, Lorentz TG, Lau PW. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg.* 1994;167:396-8.

2. Mena A, de Juan A, Larrañaga I, Aguilera A, Fernández de Boadilla L, Fresneda V. Hernia obturatriz: análisis de nuestra serie y revisión de la enfermedad. *Cir Esp.* 2002;72: 67-71.
3. Satorras-Fioretta AM, Vázquez-Cancelo J, Pigni-Benzo L, Salem AM, Ramos Ardá A. Hernias de pared abdominal de localización poco frecuente. *Cir Esp.* 2006;79: 180-3.
4. Cresienzo D, Faranda C, Perrot L, Champault G. Laparoscopic treatment of a strangulated obturator hernia. *Hernia.* 1998;2:203-5.
5. Chang SS, Shan YS, Lin YJ, Tai YS, Lin PW. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg.* 2005;29:450-4.
6. 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.
7. García A, Gómez J, González L, Sánchez J, Pina J, Cuadrado F, et al. Diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz por radiología simple. *Cir Esp.* 2000;67:216-7.
8. 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;23:214-7.
9. 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.
10. Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, et al. Forty-three cases of obturator hernia. *Am J Surg.* 2004;187:549-52.
11. Maharaj D, Maharaj S, Young L, Ramdass M, Naraynsingh V. Obturator hernia repair: A new technique. *Hernia.* 2002;6:45-7.
12. Thanapaisan C, Thanapaisal C. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: Retrospective study. *J Med Assoc Thai.* 2006;89:2081-6.
13. Ziegler DW, Rhoads JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg.* 1995;170:67-8.
14. Routh MD, Kumar V, Singh KJ, Mohanty SN. Obturator hernia: An elusive diagnosis. *MJAFI.* 2008;64:284-5.
15. Alexandre JH, Bouillot JL, Dehni N. Traitement chirurgical des hernies obturatrices. *Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales. Appareil digestif.* París: Elsevier; 1994. p. 40-155.
16. Moreno-Egea A, la Calle MC, Torralba-Martínez JA. Obturator hernia as a cause of chronic pain after inguinal hernioplasty: Elective management using tomography and ambulatory total extraperitoneal laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16:54-7.
17. Wu JM, Lin HF, Chen KH, Tseng LM, Huang SH. Laparoscopic preperitoneal mesh repair of incarcerated obturator hernia and contralateral direct inguinal hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006;16:616-9.
18. Falco E, Celoria G, Nardini A, Saccomani G, Rezac C. A simple technique for obturator hernia repair. *Eur J Surg.* 1997;163:305-6.
19. Ibáñez J, Colina A, Frías F, Bordas JM, Martínez JJ, Oliver A, et al. Tratamiento de la hernia obturatriz estrangulada mediante cilindro de polipropileno por vía laparotómica. *Cir Esp.* 1994;55:155.
20. Moreno-Egea A. Hernia obturatriz. En: *Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal.* Picanya: Ed. Vimar; 2012.