



**Hernia obturatriz. Presentación  
de una serie de diez casos en  
once años**

**Obturator hernia. Presentation of  
a series of ten cases in eleven  
years**

10.20960/rhh.00476

10/11/2021

## **Hernia obturatriz. Presentación de una serie de diez casos en once años**

### ***Obturator hernia. Presentation of a series of ten cases in eleven years***

Rafael Cerdán Pascual

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)

Autor para correspondencia: Rafael Cerdán Pascual. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo de Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza (España)

Correo electrónico: [rcerdanpascual@yahoo.es](mailto:rcerdanpascual@yahoo.es)

## **RESUMEN**

**Introducción:** Las hernias obturatrices son las hernias más frecuentes del suelo de la pelvis, pero en conjunto son una variedad muy rara: representan menos del 1 % de todas las hernias de la pared abdominal. Clínicamente suelen presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal mecánico, aunque esta causa es infrecuente (0,2-1,6 % de los casos).

**Material y métodos:** Revisión de diez casos de hernia obturatriz intervenidos en nuestro servicio entre noviembre de 2010 y marzo de 2021.

**Resultados:** Todos los pacientes eran mujeres, con una edad media de 85,2 años (rango, 77-92 años). En todos los casos la forma de presentación fue una oclusión en el intestino delgado. En dos pacientes (20 %) se constató el antecedente de pérdida ponderal importante. En todos los casos se realizó tomografía computarizada; el diagnóstico preoperatorio fue oclusión intestinal por hernia obturatriz encarcerada en ocho pacientes (80 %) y de oclusión intestinal por hernia crural, en dos (20 %). Todos los casos fueron intervenidos de urgencia con laparotomía media infraumbilical. En

cuatro (40 %) fue necesaria una resección intestinal de inicio y en otro se efectuó a las 48 horas de la primera laparotomía. La reparación se realizó mediante sutura simple en ocho casos (80 %) y con tapón de malla, en dos (20 %). La estancia media hospitalaria fue de 6.5 días (rango, 3-12 días) y la mortalidad, del 40 %, asociada a la patología preexistente.

**Conclusión:** La hernia obturatriz es una causa infrecuente de oclusión intestinal, pero hay que sospecharla como una de sus causas, sobre todo cuando se presenta en pacientes de sexo femenino y de edad avanzada. El retraso diagnóstico y terapéutico hace que estas hernias presenten una elevada morbimortalidad.

**Palabras clave:** Orificio obturador, hernia obturatriz, hernia encarcerada, obstrucción intestinal, signo de Howship-Romberg.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Obturator hernias are those in which the hernia sac and its contents are introduced into the obturator orifice and protrude through the canal of the same name. They are the most frequent hernias of those that affect the pelvic floor, but overall, they are a very rare variety since they account for less than 1 % of all hernias of the abdominal wall. Clinically, they usually present as a picture of mechanical intestinal obstruction, although they are a very infrequent cause of it (0.2-1.6 % of cases).

**Material and methods:** Review of 10 cases of obturator hernia operated in our Service between november 2010 and march 2021.

**Results:** All of our patients were women with a mean age of 85.2 years (range, 77-92). In all cases, the presentation was a small bowel occlusion. Two patients (20 %) had a history of significant weight loss. Computerized Tomography was performed in all of our patients, which was diagnostic of incarcerated obturator hernia in 80 % of the cases. In the remaining 20 % the diagnosis was femoral hernia. The laterality

of the hernia was distributed 50 % on the right and left. All of the cases were operated on urgently through an infraumbilical median laparotomy. In 4 patients (40 %) an initial intestinal resection was necessary and, in another case, it was performed after 48 h. of the first laparotomy. Hernia repair was performed by simple suture in 8 cases (80 %) and with the placement of a mesh plug in two (20 %). The average hospital stay was 6.5 days (range, 3-12). Practically all of our cases presented postoperative morbidity of greater or lesser severity associated with pre-existing pathology. Mortality was 40 %.

**Conclusion:** Obturator hernia is an infrequent cause of intestinal occlusion, but it must be suspected as a cause of it, especially when it occurs in elderly female patients. The diagnostic and therefore therapeutic delay make these hernias present a high morbidity and mortality.

**Keywords:** Obturator foramen, obturator hernia, incarcerated hernia, intestinal obstruction, Howship-Romberg sign.

## INTRODUCCIÓN

La hernia obturatriz (HO) fue descrita por primera vez en 1724 por Arnaud de Ronsil<sup>1,2</sup>. En 1848 Hilton realizó la primera laparotomía por una obstrucción intestinal secundaria a una HO no detectada. La paciente falleció. En 1851, Henry Obre realizó la primera reparación quirúrgica con éxito abordando la hernia directamente sobre el triángulo de Scarpa<sup>3</sup>. Esta entidad es infrecuente, con una incidencia aproximada del 1 % de todas las hernias de la pared abdominal<sup>4,5</sup>. Está incluida dentro de las hernias del piso pélvico, junto con las isquiáticas y las perineales, y es la más frecuente de las tres.

Es más frecuente en mujeres, con una relación hombre mujer de 1:9, lo que puede explicarse por la mayor anchura de la pelvis femenina, que conforma un canal obturador más amplio. Suele presentarse en mujeres ancianas y desnutridas, con frecuencia multíparas, y en las que puede constatarse una pérdida de peso importante, que da lugar

a una disminución del tejido graso y linfático preperitoneal que ocupa el canal obturador. En los países anglosajones se la conoce también como la hernia de la anciana (*the little old lady's hernia*)<sup>6,7</sup>. El lado derecho es la localización más frecuente y, cuando son sintomáticas, suelen presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal (90 % de los casos)<sup>8</sup>. El signo de Howship-Romberg está presente hasta en el 50 % de los casos.

La ausencia de una clínica específica hace que el diagnóstico, y por consiguiente el tratamiento, se retrasen<sup>9</sup>, lo que explica el alto índice de estrangulación y su elevada mortalidad, que oscila entre el 12 y el 70 %, según las series<sup>10-12</sup>. La tomografía computarizada (TAC) se ha convertido en la técnica de elección para el diagnóstico preoperatorio de la HO; no obstante, muchos casos todavía se diagnostican intraoperatoriamente en el curso de laparotomías exploradoras por oclusión intestinal de causa no filiada.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de esta patología y realizamos una revisión de la bibliografía.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de diez casos de HO intervenidos en nuestro servicio entre noviembre de 2010 y marzo de 2021.

La búsqueda y la selección de pacientes han sido realizadas por el Servicio de Documentación Clínica de nuestro hospital con arreglo a los criterios de codificación diagnóstica en dos periodos diferentes: entre el año 2000 y el 2015 se utilizaron los códigos del CIE-9 551.8 («hernia gangrenada de otros sitios especificados»), 552.8 («hernia obstructiva de otros sitios especificados») y 553.8 («hernia abdominal de otros sitios especificados», que incluye la HO, ciática, isquiática, isquiorrectal, lumbar, pudenda, retroperitoneal y otras), mientras que entre el año 2016 y el 2021 se utilizó el código del CIE-10 K45 («otra

hernia abdominal», que incluye la hernia abdominal de sitio especificado, ciática, lumbar, obturatriz y retroperitoneal).

Las variables estudiadas han sido sexo, edad, estado nutricional del paciente, antecedentes personales, presentación clínica, tiempo entre el primer síntoma y el diagnóstico preoperatorio, pruebas diagnósticas empleadas, tratamiento, morbilidad posoperatoria, estancia hospitalaria y mortalidad.

## **RESULTADOS**

Entre noviembre de 2010 y marzo de 2021 fueron intervenidos en nuestro servicio un total de diez casos de HO. Todos los casos correspondían a mujeres con una edad media de 85.2 años (rango: 77-92 años) y todas acudieron a urgencias con un cuadro de náuseas, vómitos, distensión abdominal y ausencia de emisión de heces y gases compatible con el diagnóstico de oclusión intestinal. Además, cuatro casos (40 %) presentaban dolor en cadera y cara interna del muslo como síntomas asociados. Debido a su avanzada edad, en todos los casos se constataron diferentes antecedentes patológicos (tabla I), entre los que destacan siete casos de HTA (70 %), dos casos de cardiopatía isquémica (20 %), dos casos de dislipemia (20 %) y un caso de miocardiopatía dilatada (10). La cirugía previa más frecuente fue la corrección de hernias inguinales en tres pacientes (30 %). En dos (20 %) se constató una significativa pérdida de peso con caquexia evidente.

Todos los casos presentaban una exploración física compatible con el diagnóstico de obstrucción intestinal y en un paciente (10 %), el caso número nueve, se palpaba una hernia inguinal izquierda recidivada y aparentemente no complicada. Se realizó tacto rectal en siete casos (70 %), que fue negativo en todos. El signo de Howship-Romberg estaba presente en cuatro casos (40 %) y coincidía con aquellos que presentaban clínica de dolor en la cara interna del muslo; no obstante, hay que decir que dicho signo se tuvo en cuenta y se exploró una vez realizado el diagnóstico radiológico de HO.

**Tabla I.** Antecedentes, presentación clínica y exploración

Casos	Sexo	Edad	Antecedentes médicos	Antecedentes quirúrgicos	Presentación clínica	Otros síntomas	Pérdida de peso	Tacto rectal	Howship - Romberg
1	Mujer	83	(-)	Oclusión intestinal de causa no filiada	NV-DA-AEGH	No	No	Sí (-)	
2	Mujer	92	Miocardiópatía dilatada	(-)	NV-DA-AEGH	No	No	Sí (-)	
3	Mujer	87	HTA	(-)	NV-DA-AEGH	Dolor en la cadera y la cara interna del muslo derecho	No	No	(+)
4	Mujer	88	HTA. Hemorragia digestiva	Prolapso vesical Colecistectomía, prótesis de rodilla	NV-DA-AEGH	No	No	Sí (-)	
5	Mujer	82	HTA. Diverticulosis	Prótesis de cadera, mastectomía (neo) Histerectomía	NV-DA-AEGH	Dolor en la cara interna del muslo izquierdo	No	Sí (-)	(+)
6	Mujer	87	HTA. Anemia por déficit de B <sub>12</sub>	(-)	NV-DA-AEGH	No	No	No	
7	Mujer	91	HTA Dislipemia	HII	NV-DA-AEGH	No	Sí	No	
8	Mujer	78	Hipotiroidismo HTA ICC	Doble prótesis valvular mitral y	NV-DA-AEGH	No	No	Sí (-)	



				aórtica					
9	Mujer	87	HTA Cardiopatía isquémica BAV, 2.º grado de dislipemia	HII (recidivada)	NV-DA- AEGH	Dolor inguinal y cara interna del muslo izquierdo	No	Sí (-)	(+)
10	Mujer	77	AIT Cardiopatía isquémica Dislipemia ITU de repetición, ERGE Diverticulosis	HI bilateral	NV-DA- AEGH	Dolor en la cara interna del muslo izquierdo	Sí	Sí (-)	(+)

HTA: hipertensión arterial; AIT: accidente isquémico transitorio; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; BAV: bloqueo auriculoventricular; ITU: infección urinaria; HII: hernia inguinal izquierda; NV-DA-AEH: náuseas, vómitos, dolor abdominal cólico y ausencia de emisión de gases y heces.

A todas las pacientes se les practicó una radiografía de abdomen, que mostró en todos los casos una dilatación de asas del intestino delgado sin dilatación de colon.

En todos los casos, y previamente a la cirugía, se realizó una TAC. El diagnóstico preoperatorio fue de oclusión intestinal por HO encarnerada en ocho pacientes (80 %) y de oclusión intestinal por hernia crural en los otros dos (20 %). La lateralidad de la hernia se repartió al 50 % en derechas e izquierdas.

Todos los casos fueron intervenidos de urgencia a través de laparotomía media infraumbilical y en todos se comprobó que el órgano herniado era el intestino delgado. En cuatro pacientes (40 %) fue necesaria la resección intestinal al constatar zonas de isquemia irreversible o necrosis; en las otras seis (60 %), se consideró que el



asa era viable. Una de estas pacientes, a las que inicialmente no se realizó resección, presentó aumento del dolor y signos de peritonitis a las 48 horas de la cirugía, por lo que fue reintervenida y se practicó resección del asa afecta, que se había perforado. La reparación herniaria se realizó mediante sutura simple en ocho casos (80 %) y con un tapón de malla en los otros dos (20 %). La demora media entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 3.3 días (rango, 1-5 días).

Excluyendo un caso con 37 días de ingreso por problemas de tipo social, la estancia media hospitalaria fue de 6.5 días (rango, 3-12 días). Prácticamente todos nuestros casos presentaron morbilidad posoperatoria de mayor o menor gravedad asociada a patología preexistente (tabla II). La mortalidad fue de un 40 % y las causas de *exitus* fueron síndrome de dificultad respiratoria del adulto en dos casos, insuficiencia cardíaca congestiva en una y arritmia cardíaca asociada a fracaso renal agudo en el caso restante.

**Tabla II.** Exploración, diagnóstico, intervención y morbimortalidad

Ca so	TA C	Diagnó stico	La do	Acce so	Resec ción intest inal	Repara ción herniar ia	Dem ora (día s)	Morbili dad	Evolu ción	Estan cia (días)
1	Sí	Hernia crural	D	LM	No (1.º) Sí (2.º)	Sutura	1	Perforación intestinal diferida	Traslado	37
2	Sí	HO	D	LM	Sí	Sutura	3	SDRA	<i>Exitus</i>	3
3	Sí	HO	D	LM	No	Sutura	5	(-)	Alta	9
4	Sí	Hernia crural	D	LM	Sí	Sutura	3	ACxFA. ICC	Traslado	7
5	Sí	HO	I	LM	Sí	Sutura	4	AcxFA IRA	<i>Exitus</i>	10
6	Sí	HO	I	LM	No	Sutura	5	ITU	Alta	12
7	Sí	HO	D	LM	Sí	Sutura	5	SDRA	<i>Exitus</i>	6
8	Sí	HO	I	LM	no	Sutura	2	ICC.	<i>Exitus</i>	4
9	Sí	HO	I	LM	no	Tapón de malla	2	Neumon ía por aspiración	Alta	9
10	Sí	HO	I	LM	no	Tapón	3	ICC	Alta	5

						de malla				
--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--

HO: hernia obturatriz; LM: laparotomía media; SDRA: síndrome de dificultad respiratoria del adulto; AC x FA: arritmia completa por fibrilación auricular; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; IRA: insuficiencia renal aguda; ITU: infección urinaria.

## DISCUSIÓN

El agujero obturador está cubierto en su mayor parte por la membrana obturatriz y por los músculos obturadores interno y externo<sup>8</sup>, cuya acción es la rotación externa del muslo. En la parte craneal del agujero obturador se encuentra el canal o conducto obturador, una estructura rígida que mide de 0.2 a 0.5 cm de ancho por 2 a 3 cm de largo y por el que discurren la arteria, la vena y el nervio obturador. El canal se encuentra recubierto por tejido linfograso, que actúa como almohadilla<sup>8</sup>. La arteria obturatriz es rama de la íliaca interna o hipogástrica, nace de la división anterior de dicha arteria, muy cerca de la arteria umbilical, y tiene un diámetro de unos 2.5 mm.

La vena obturatriz es rama parietal de la vena íliaca interna, emerge del orificio profundo del conducto obturador y discurre por la pared lateral de la cavidad pélvica. Hasta en un 30 % de las personas pueden existir vasos comunicantes desde la arteria y la vena obturatriz, tanto hacia los vasos ilíacos externos como hacia los epigástricos. Esta variante anatómica es conocida como *corona mortis* porque un sangrado a este nivel puede ser mortal<sup>19</sup>. El nervio obturador nace del plexo lumbar por tres raíces procedentes de los pares lumbares segundo, tercero y cuarto. A su salida, se divide en dos ramas (anterior y posterior) e inerva los músculos aductores del muslo y gracilis. Además, tiene dos ramas articulares: una a la rodilla y otra a la cadera. Las ramas cutáneas inervan la cara interna del muslo. El nervio obturador y los vasos homónimos suelen disponerse del modo siguiente: el nervio se sitúa en posición más craneal, sigue luego la arteria y, por debajo de esta, se encuentra la vena. Esta

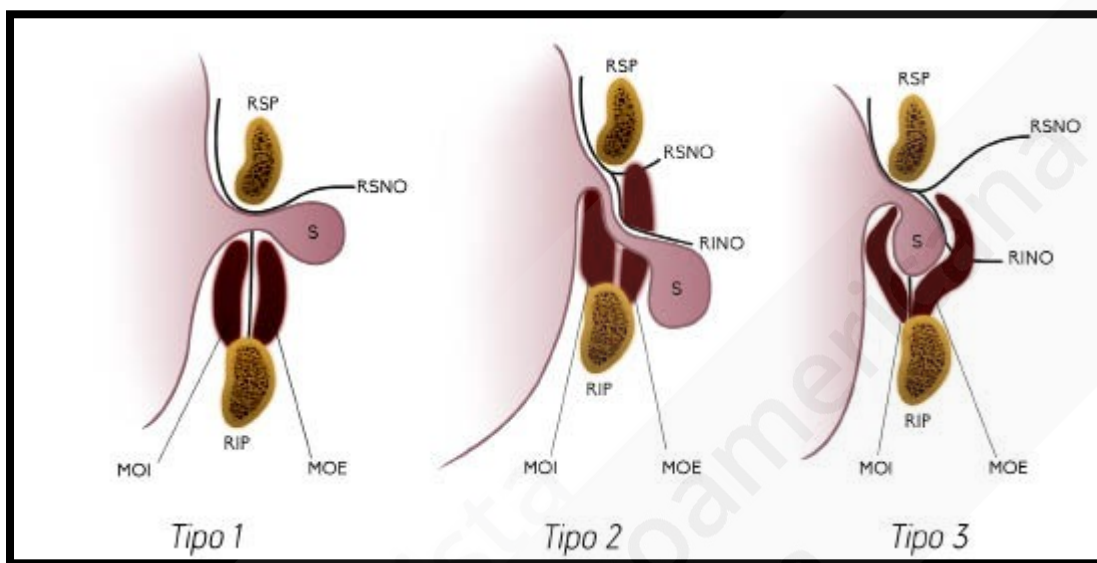
breve reseña anatómica es importante para entender las variedades de HO y los signos exploratorios.

La HO es una entidad rara, ya que supone un 0.073-0.14 % de todas las hernias de la pared abdominal<sup>8</sup> y es causa de obstrucción del intestino delgado en un 0.2-1.6 % de los casos<sup>9</sup>. Presenta una alta tasa de estrangulación, que oscila entre el 25-100 %<sup>4,10-15</sup>, y una elevada mortalidad, que oscila entre el 12 % y el 70 % de las series más antiguas<sup>16-18</sup>. Afecta casi siempre a ancianas, entre los 70 y los 90 años, delgadas y con enfermedades concomitantes. En su etiopatogenia podemos distinguir factores tanto anatómicos como ambientales. Anatómicamente la pelvis femenina se distingue de la masculina por ser más ancha y oblicua<sup>8</sup>; además, el orificio obturador es más grande, lo que da lugar a un canal de mayor tamaño<sup>9,19</sup>.

Por otro lado, debemos considerar los factores ambientales, ya que la aparición de la HO se ve favorecida por la pérdida de peso, lo que da lugar a una disminución del tejido linfograsso del canal obturador que actuaba como almohadilla o tapón<sup>19,20</sup>. Se han descrito otros factores, como los defectos del colágeno y todas aquellas situaciones que incrementan la presión intraabdominal (multiparidad, defectos del colágeno, estreñimiento crónico, EPOC, cifoscoliosis, ascitis, etc.)<sup>8,9,19,21-24</sup>. Son más frecuentes en el lado derecho (60 %), lo que puede explicarse por la presencia del sigma en el lado izquierdo, que obstaculiza el acceso a un posible defecto obturatriz. Suelen contener intestino delgado, sobre todo íleon, aunque también se han descrito casos que contenían colon, apéndice, divertículo de Meckel, ovario, trompa de Falopio, epiplón o vejiga<sup>25-28</sup>. La bilateralidad está descrita en un 6 % de los casos<sup>8,18,29,30</sup>.

Se han descrito tres tipos de HO (fig. 1). El primer tipo es el más frecuente y en él la hernia sale a través del orificio externo del canal obturador acompañando a todo el paquete vasculonervioso y colocándose delante del músculo obturador externo. En el segundo tipo, la hernia se introduce entre ambos músculos obturadores y sale entre el fascículo superior e inferior del músculo obturador externo.

Esta variedad se produce cuando el nervio obturador se divide antes de su salida del canal; en estos casos, el saco herniario sigue el recorrido de la rama posterior del nervio. La tercera variedad es la más rara y en ella el saco herniario se encuentra entre ambos músculos obturadores<sup>16</sup>. Esta clasificación tiene un interés meramente académico.



**Figura 1.** Rama superior del pubis (RSP), rama inferior del pubis (RIP), músculo obturador interno (MOI), músculo obturador externo (MOE), rama superior del nervio obturador (RSNO) y rama inferior del nervio obturador (RINO).

La clínica de la HO es inespecífica, lo que hace que un correcto diagnóstico preoperatorio solo sea posible en un 10-30 % de los casos<sup>18,31</sup>. Habitualmente suele debutar como un cuadro de obstrucción intestinal aguda (90 % de los casos). A veces, si se produce el pinzamiento lateral de la pared de un asa (hernia de Richter), en el 50 % de los casos, pueden faltar los síntomas obstructivos<sup>4,14,32</sup>. A pesar de que un diagnóstico rápido es esencial, es habitual que se retrase y que a veces se realice intraoperatoriamente<sup>4,12,13</sup>. En nuestra serie, la demora entre la clínica y el diagnóstico fue de 3.3 días, similar a la publicada por otros autores<sup>5,24</sup>. A la exploración suelen estar presentes los signos típicos

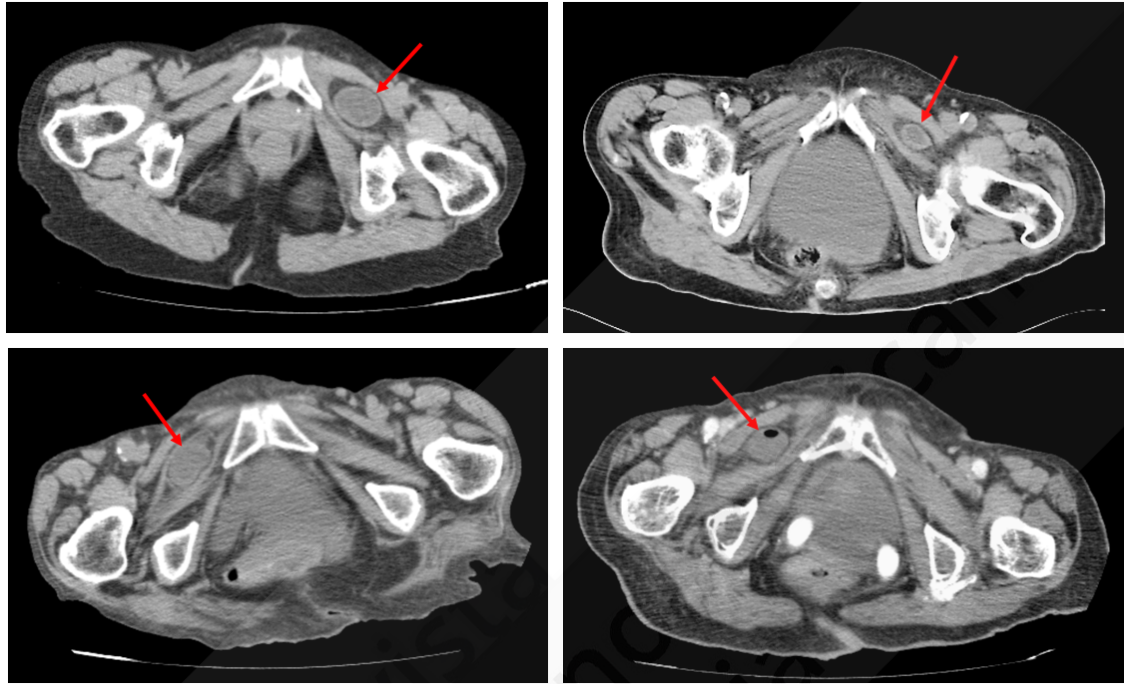
de la obstrucción intestinal, como la distensión y el timpanismo abdominal, el dolor y un peristaltismo de lucha. El saco herniario está situado por debajo del músculo pectíneo, por lo que no encontraremos la tumoración típica de otras hernias abdominales.

Se ha descrito la identificación del saco herniario mediante la palpación de las paredes laterales de la vagina o del recto, pero, salvo que se tenga un alto índice de sospecha, tales hallazgos suelen pasar desapercibidos. La afectación del nervio obturador, comprimido por el saco herniario, provoca un dolor habitualmente intermitente, que se extiende desde la cresta ilíaca hasta la región anterior e interna del muslo. Este dolor aumenta con la extensión, la abducción y la rotación interna del muslo, y disminuye con la flexión. Este signo se conoce como signo de Howship-Romberg y está presente entre el 15 y el 50 % de los pacientes<sup>6,33</sup>. Nosotros lo observamos en cuatro pacientes de nuestra serie (40 %), pero una vez que ya se había realizado un diagnóstico de imagen. Probablemente la gravedad del cuadro abdominal de obstrucción hizo que este síntoma se tuviese en cuenta inicialmente. Otro signo es el de Hannington-Kiff, que consiste en la ausencia del reflejo de los aductores y que se reproduce percutiendo sobre el músculo aductor 5 cm por encima de la rodilla<sup>6,34</sup>.

En estos pacientes, la radiología simple de abdomen es útil para establecer un diagnóstico de oclusión intestinal, pero no permite identificar la causa, salvo en los raros casos en los que pueda sospecharse por la presencia de burbujas aéreas a nivel del orificio obturador<sup>16,26,35</sup>. Con el advenimiento de la TAC ha aumentado la tasa de diagnóstico preoperatorio hasta un 75-100 %, según algunas de las series consultadas. Cubillo, en 1983, fue el primero en describir la utilidad del TAC en el diagnóstico de HO<sup>16</sup>. No obstante, a pesar de que la TAC ha contribuido a disminuir la demora desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía, algunos autores no observan reducciones significativas de la tasa de resección intestinal ni de mortalidad<sup>3,31</sup>. La TAC suele ofrecer la imagen típica de una masa localizada entre el



obturador externo y el músculo pectíneo<sup>35</sup> (fig. 2). Además, permite identificar posibles complicaciones, como perforación o peritonitis, al poner de manifiesto el neumoperitoneo o líquido libre<sup>16,27,36</sup>. Por todo lo anterior, es posible afirmar que, en la actualidad, la TAC de abdomen y de pelvis es el método diagnóstico de elección<sup>16,27,33,37</sup>.



**Figura 2.** Cortes tomográficos de algunos de nuestros casos. La flecha roja señala la hernia, situada entre el músculo pectíneo por arriba y el músculo obturador externo por abajo.

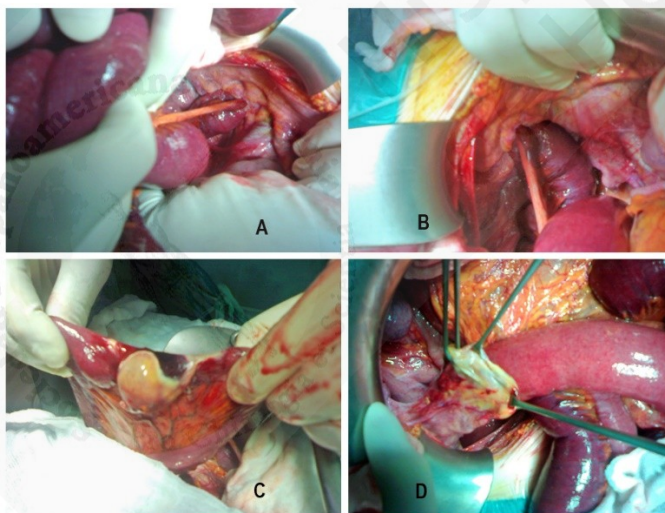
El tratamiento de estas hernias es siempre quirúrgico y, aunque se han descrito diferentes vías de abordaje anterior (crural, inguinal, inguino-crural combinada, etc.), actualmente se encuentran totalmente en desuso<sup>16</sup>. En general, y dado que la mayor parte de los casos corresponde a cuadros de obstrucción intestinal en los que el diagnóstico preoperatorio no siempre es posible, el abordaje preferido por la mayoría de los cirujanos es la laparotomía media infraumbilical, como ocurrió en nuestra serie.

Una vez reducida el asa herniaria, y tras decidir si se reseca o no, debe procederse a la reparación del defecto herniario. No existe una técnica de elección<sup>3,16,27</sup> y se han propuesto diferentes métodos, como

el cierre primario del orificio mediante puntos de sutura, el taponamiento del conducto con grasa omental, la cobertura del defecto con diferentes estructuras, como peritoneo, músculo, fascia, ovario, trompa o ligamento redondo, y, recientemente, la utilización de materiales protésicos, bien en forma de mallas planas o como tapón<sup>27,30</sup>. Si se utiliza un tapón de malla, hay que tener presente que es posible la aparición de una neuralgia por compresión del nervio obturador, por lo que este método de cierre ha sido criticado por algunos autores, a pesar de su rapidez y facilidad<sup>38</sup>.

Para los casos en los que se conoce preoperatoriamente el diagnóstico de la HO, se ha propuesto el abordaje preperitoneal posterior abierto tipo Nyhus, que nos va a permitir cubrir todo el espacio preperitoneal con una malla plana para tratar simultáneamente tanto la HO como otros posibles defectos inguinales o crurales.

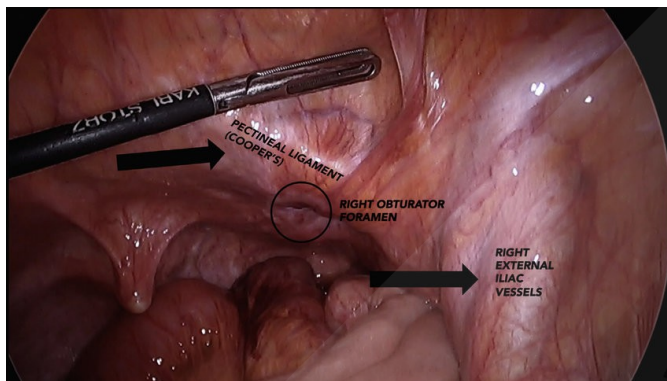
En nuestra serie, y dado que todos los casos fueron intervenidos mediante una laparotomía media (fig. 3), el cierre primario mediante puntos de polipropileno fue el método más utilizado. No obstante, con este método se han descrito tasas de recidiva de hasta un 10 %<sup>19</sup>.



**Figura 3.** Hallazgos operatorios correspondientes a uno de nuestros casos. A y B. Asa intestinal herniada. C. Asa intestinal una vez reducida y con claros signos de necrosis. D. Saco herniario evertido.



No tenemos experiencia con el abordaje laparoscópico, pero a la luz de la bibliografía consultada creemos que puede ser una buena alternativa en casos muy seleccionados. Dado que este tipo de hernias suelen intervenir en situaciones de urgencia, se propone el abordaje transabdominal (TAPP) como el más recomendable (fig. 4), ya que permite reducir el asa herniada bajo visión directa, comprobar si existe bilateralidad, revisar las regiones inguinal y crural, evitar la colocación de tapones y cubrir ampliamente el espacio preperitoneal con una malla sin contacto con las asas intestinales<sup>8,29,39-41</sup>.



**Figura 4.** Visión laparoscópica de una hernia obturatriz derecha no complicada. Tomada de: Conti L, Baldini E, Capelli P, Capelli C. Bowel obstruction in obturator hernia: A challenging diagnosis. Int J Surg Caso Rep. 2018;42:154-7 (acceso libre).

## CONCLUSIÓN

La HO complicada continúa siendo un desafío diagnóstico para los cirujanos. Debe sospecharse en los casos de obstrucción intestinal de causa no filiada, sobre todo cuando afectan a mujeres ancianas y desnutridas. Es preciso un diagnóstico precoz para reducir su elevada morbimortalidad. La TAC debe realizarse lo antes posible, pero su obtención no debe demorar una intervención quirúrgica urgente cuando está indicada<sup>14</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stamatiou D, Skandalakis LJ, Zoras O, Mirilas P. Obturator hernia revisited: surgical anatomy, embryology, diagnosis, and technique of repair. *Am Surg*. 2011;77(9):1147-57.
2. Petrie A, Tubbs RS, Matusz P, Shaffer K, Loukas M. Obturator hernia: anatomy, embryology, diagnosis, and treatment. *Clin Anat*. 2011;24(5):562-9.
3. 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.
4. Lo CY, Lorentz TG, Lau PW. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg*. 1994;167:396-8.
5. 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.
6. Mnari W, Hmida B, Maatouk M, Zrig A, Golli M. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. *Pan Afr Med J*. 2019(26);32:144.
7. Chitrabalam TG, Christopher PJ, Sundaraj J, Selvamuthukumar S. Diagnostic difficulties in obturator hernia: a rare case presentation and review of literature. *BMJ Case Rep*. 2020;13(9).
8. Petrie A, Tubbs S, Matusz P, et al. Obturator hernia: Anatomy, embryology, diagnosis and treatment. *Clin anatomy*. 2011;24:562-9.
9. Ng DC, Tung KL, Tang CN, Li MKW. Fifteen-year experience in managing obturator hernia: from open to laparoscopic approach. *Hernia*. 2014;18(3):381-6.
10. Satorras-Fioretti AM, Vásquez-Cancelo J, Pigni-Benzo L, Salem AM, Ramos Ardá A. Hernias de pared abdominal de localización poco frecuente. *Cir Esp*. 2006;79:180-3.
11. 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.

12. 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.
13. 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.
14. Ziegler DW, Rhoads JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg*. 1995;170:67-8.
15. Routh MD, Kumar V, Singh KJ, Mohanty SN. Obturator hernia: An elusive diagnosis. *MJAFI*. 2008;64:284-5.
16. Zeballos Quiroz JC. Actualización en el manejo de la hernia obturatriz complicada. *Rev Hispanoam Hernia*. 2020;8(3):131-6.
17. Rojo E, Palenzuela JL, Rodríguez-Montes JA, et al. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz. *Cir Esp*. 2003;73(4):252-4.
18. Igari K, Ochiai T, Aihara A, et al. Clinical presentation of obturator hernia and review of the literature. *Hernia*. 2010;14(4):409-13.
19. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J. Am Coll Surg* 2002;194:657-63.
20. Gilbert J, Byard R. Obturator hernia and the elderly. *Forensic Sci Med Pathol*. 15(3):491-3. DOI: 10.1007/s12024-018-0046-z
21. 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.
22. Maharaj D, Maharaj S, Young L, Ramdass M, Naraynsingh V. Obturator hernia repair: A new technique. *Hernia*. 2002;6:45-7.
23. Thanapaisan C, Thanapaisal C. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: Retrospective study. *J Med Assoc Thai*. 2006;89:2081-6.
24. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Maroto-Genover A, et al. Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia*. 2008;12(3):289-97.

25. Pèlissier E, Ngo P, Armstrong O. Tratamiento quirúrgico de las hernias obturatrices. Enciclopedia médico quirúrgica. Técnicas quirúrgicas-Aparato digestivo. E-40-155:1-2.
26. Schizas D, Apostolou K, Hasemaki N, Kanavidis P, Tsapralis D, Garmpis N, et al. Obturator hernias: a systematic review of the literature. *Hernia*. 2021;25(1):193-204.
27. Omar Carreño Sáenz O, Pous Serrano S, Aguilar Martí M, Bordallo Vázquez M, Iserte Hernández J, Carbonell Tatay F. Tratamiento urgente de la hernia obturatriz encarcerada mediante hernioplastia laparoscópica. A propósito de un caso y revisión de la literature. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014;2(1):17-21.
28. Roche S, Bertone S, Cetolini F, Campana JP, Brandi C. Hernia obturatriz: una entidad con baja prevalencia, pero alta mortalidad. Abordaje laparoscópico. A propósito de un caso. *Rev Hispanoam Hernia*. 2017;5(2):77-80.
29. Hatipoğlu E, Dal F, Umman V, et al. Rare case of bilateral incarcerated obturator hernia: a case report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2018;24(3):278-80.
30. García-Santos EP, León-Salinas C, Gil-Rendo A, Sánchez-García S, Muñoz-Atienza V, Ruescas-García FJ, et al. Hernia obturatriz: encarceración bilateral con obstrucción intestinal simultánea. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014; 2(1):13-6.
31. 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; 23:214-6;discussion 7.
32. 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.
33. Droukas DD, Zoland MP, Klein DA. Radiographic and surgical findings of type I obturator hernias in patients with refractory groin pain. *Clin Imaging*. 2019;55:35-40.

34. Mandarray MT, Zeng SB, Wei ZQ, Zhang C, Wang ZW. Obturator hernia: a condition seldom thought of and hence seldom sought. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27(2):133-41.
35. Chihara N, Suzuki H, Sukegawa M, Nakata R, Nomura T, Yoshida H. Is the laparoscopic approach feasible for reduction and herniorrhaphy in cases of acutely Incarcerated/Strangulated groin and obturator hernia? 17-year experience from open to laparoscopic approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2019;29(5):631-37.
36. Allamand JF, Schönffeldt K, Campero JM, Santibáñez C, Rojas N. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz: Serie de casos. *Rev Chil Cir* 2019;71(2):173-7.
37. Cai X, Song X, Cai X. Strangulated intestinal obstruction secondary to a typical obturator hernia: a case report with literature review. *Int J Med Sci.* 2012;9(3):213-5.
38. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. *Surgery.* 1996;119(2):133-6.
39. Hakeem AA, Shaheen F, Shafi H, et al. CT findings in obturator hernia with Meckel's diverticulum: a case report. *J Gastrointest Surg.* 2009;13(3):576-7.
40. 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(5):809-14.
41. Deeba S, Purkayastha S, Darzi A, Zacharakis E. Obturator hernias: A review of the laparoscopic approach. *J Minim Access Surg.* 2011;7(4):201-4.