



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Reporte de caso: oclusión y necrosis intestinal por hernia del obturador



Jorge Tadeo Palacios-Zertuche, Armando de Jesús Guerrero-Hernández, Rogelio Salinas-Domínguez y Gerardo Enrique Muñoz-Maldonado*

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

Recibido el 26 de febrero de 2016; aceptado el 4 de noviembre de 2016
Disponibile en Internet el 16 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Hernia;
Obturador;
Oclusión

Resumen

Antecedentes: La hernia del obturador es una causa infrecuente de hernias de la pared abdominal que comprende del 0.07 al 1% de todas las hernias y se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y multiparas.

Caso clínico: Femenino de 78 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, que inicia 7 días previos a su ingreso con intolerancia a la vía oral, náuseas y vómito; se agrega ausencia de canalización de gases y evacuaciones, por lo que acude a urgencias. Se le realiza tomografía computada de abdomen simple y se observa distensión de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos proximales a una hernia del agujero obturador conformado por un asa de intestino delgado localizada entre el músculo pectíneo y el obturador externo; se realiza una laparotomía exploradora encontrando hernia del agujero obturador de intestino delgado a 130 cm del ángulo de Treitz, con necrosis de intestino delgado, sin perforación; se realizan resección intestinal de 10 cm de yeyuno, entero enteroanastomosis término terminal en 2 planos y cierre primario del defecto.

Conclusión: La hernia del obturador no es una causa frecuente de oclusión intestinal; sin embargo, hay que tomarla en cuenta como una causa de la misma, sobre todo en pacientes de sexo femenino, edad avanzada y multiparas, para hacer un diagnóstico pertinente y evitar la isquemia intestinal.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Avenida Francisco I. Madero y Gonzalitos S/N, Colonia Mitras Centro, C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México. Teléfono: +(81) 83483303 y (81) 11670840.

Correo electrónico: cavam99@gmail.com (G.E. Muñoz-Maldonado).

KEYWORDS

Hernia;
Obturador;
Occlusion

Case report: Occlusion and intestinal necrosis by obturator hernia**Abstract**

Background: Obturator hernia is a rare variety of abdominal hernia, it accounts for 0.07%–1.0% of all hernias, and occurs most often in women of advanced age and multiparous.

Clinical case: A 78-year-old female was admitted to the Emergency Department due to nausea, vomiting, complaints of abdominal discomfort and obstipation for the last 7 days. Abdominal CT scan showed dilated small bowel loops and multiple air-fluid levels near to a small bowel loop obturator hernia, between external obturator and pectineus muscle. Emergency laparotomy was performed and during the surgery, loop of small intestine was revealed herniated into the obturator foramen, 130 cm from the angle of Treitz. Necrosis of small intestine was found, without perforation. Resection of the 10 cm affected jejunal segment was performed and a side-to-side bowel anastomosis was fashioned. Also simple suture closure of obturator foramen was performed.

Conclusion: Obturator hernia is relatively rare. However physicians should keep it in mind and have clinical suspicion for obturator hernia as a cause of intestinal obstruction in female, elderly and multiparous patients in order to make an appropriate diagnosis and avoid bowel ischaemia. © 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

La hernia del obturador es una causa infrecuente de hernias de la pared abdominal que se presenta con mayor frecuencia en mujeres. Por ser una patología poco común, en ocasiones se diagnostica de forma tardía, encontrando necrosis o perforación intestinal en el momento de la cirugía, por lo que la sospecha de la patología y el diagnóstico clínico y por imagen de forma temprana mejoran el pronóstico, disminuyendo la morbimortalidad al paciente¹.

Caso clínico

Femenino de 78 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, que inicia 7 días previos a su ingreso con intolerancia a la vía oral, náuseas y vómito; se agrega ausencia de canalización de gases y de evacuaciones, por lo que acude a urgencias. En la exploración se encontraba consciente y orientada. Presión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto. En la exploración abdominal, con peristalsis ausente, dolor abdominal difuso a la palpación, tacto rectal sin alteraciones y signo de Howship-Romberg positivo. Se realiza una radiografía simple de abdomen evidenciando distensión de asas de intestino delgado y sin datos de neumoperitoneo. Se le realiza TAC de abdomen simple y se observa distensión de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos proximales a una hernia del agujero obturador conformado por un asa de intestino delgado localizada entre el músculo pectíneo y el obturador externo (figs. 1 y 2), distal al sitio de obstrucción; el resto del intestino delgado y del colon se encuentra colapsado. Se realiza una laparotomía exploradora encontrando hernia del agujero obturador de intestino delgado a 130 cm del ángulo de Treitz (fig. 3) con necrosis de intestino delgado, sin perforación (fig. 4); se realiza resección intestinal de



Figura 1 Asa de intestino delgado localizada entre el músculo pectíneo y el obturador externo.

10 cm de yeyuno (fig. 5), entero enteroanastomosis término terminal en 2 planos y cierre primario del defecto. El postoperatorio sin complicaciones, con recuperación del tránsito intestinal en el segundo día, tolerando dieta al cuarto día y egresándose al séptimo día de estancia intrahospitalaria.

Discusión

La hernia del obturador es una patología poco común que comprende del 0.07 al 1% de todas las hernias y del 0.2 al 1.6% de todos los casos de obstrucción mecánica de intestino delgado, más común en mujeres de edad avanzada y multiparas¹⁻⁵. Afecta a este grupo debido a atrofia y pérdida



Figura 2 Asa de intestino delgado en el agujero obturador.

de grasa preperitoneal alrededor de los vasos obturadores en el conducto obturador. En un 6% de los casos pueden ser bilaterales¹. Arnaud de Ronsil, en 1724, fue el primero en describir la hernia del obturador y Henry Obre el primero en repararla con éxito en 1851^{1,6}.

Se ha observado una mayor proporción en ancianas desnutridas o caquéticas en las que la ausencia de grasa preperitoneal protectora hace el orificio en el canal obturador más ancho, facilitando la formación de una hernia¹.



Figura 3 Hernia del agujero obturador de intestino delgado a 130 cm del ángulo de Treitz.



Figura 4 Necrosis de intestino delgado sin perforación.

La presentación clínica con signos vagos de oclusión intestinal, dolor abdominal, náuseas y vómito en un 80%^{6,7}, la obstrucción puede ser inmediata o intermitente, pero es el motivo de consulta en casi el 90% de los casos⁸.

Hay 3 signos específicos de hernia estrangulada: la neuralgia del obturador que se extiende desde el pliegue inguinal a la cara anteromedial del muslo; el Howship-Romberg es el signo clásico en el diagnóstico y se caracteriza por dolor en la parte medial del muslo y, en ocasiones, en la cadera por compresión del nervio obturador, en el 25 al 50% los pacientes se considera patognomónico, y el signo de Hannington-Kiff, que es la ausencia del reflejo aductor en el muslo, como resultado de la compresión del nervio obturador; este reflejo se produce al poner el dedo índice a través del músculo aductor unos 5 cm por encima de la rodilla y percutiendo sobre el dedo extendido con un martillo de reflejos^{1,9,10}.

Estudios de imagen, como la radiografía simple de abdomen, muestra dilatación de intestino delgado y niveles hidroaéreos en la mayoría de los casos, hallazgos poco específicos y presentes en todos los casos de obstrucción de intestino delgado de cualquier origen. La TAC simple de abdomen se considera como un método de diagnóstico estándar con una alta precisión, mayor del 90%; en este se muestra la herniación del intestino través del orificio obturador entre el músculo pectíneo anteriormente y el obturador externo posteriormente. Una TAC de forma



Figura 5 Segmento resecado de intestino delgado.

temprana nos lleva a un diagnóstico temprano y reduce la morbimortalidad asociada a la hernia del obturador^{1,3,8,11}.

El ultrasonido puede valorar el grado de dilatación intestinal, el nivel de obstrucción, el probable involucre del intestino grueso y la presencia de peristalsis; sin embargo, no tiene ventaja sobre la TAC porque su especificidad en el diagnóstico de la hernia del obturador es solo del 30%^{8,11}.

Se han descrito numerosos abordajes y técnicas para el tratamiento de las hernias del obturador: transabdominal, extraperitoneal y laparoscópico; sin embargo, la vía abdominal a través de laparotomía media infraumbilical es la más practicada; esta ofrece ventajas, como una mejor exposición al anillo obturador, un menor porcentaje de lesión vascular y una mayor facilidad para la resección intestinal si esta es necesaria¹.

Se puede realizar un cierre simple del defecto herniario con una o más suturas continuas con una recurrencia aceptable del 10%, pudiéndose utilizar también mallas sintéticas^{6,8}.

Las mallas no se deben utilizar si existe peritonitis o perforación intestinal. La reparación laparoscópica, además de ser diagnóstica y terapéutica, produce menos dolor postoperatorio y una estancia hospitalaria más corta y menores complicaciones pulmonares; actualmente, la experiencia para el tratamiento de hernias del obturador es todavía demasiado limitada para ser recomendada como procedimiento de rutina^{1,9}.

La hernia del obturador se considera con índice de mortalidad hasta un 40% según algunos autores; en primer lugar, por el alto porcentaje de gangrena y perforación de intestino y, en segundo, por la debilidad y las comorbilidades asociadas de los pacientes que las presentan^{2,12}.

Conclusión

La hernia del obturador no es una causa frecuente de oclusión intestinal; sin embargo, hay que tomarla en cuenta como una causa de la misma, sobre todo en pacientes de sexo femenino, edad avanzada y multíparas para hacer un diagnóstico pertinente y evitar la isquemia intestinal. Siempre ante la menor sospecha de poca viabilidad del intestino delgado, se debe realizar resección y entero enteroanastomosis para evitar una necrosis y perforación intestinal.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Khaladkar SM, Kamal A, Garg S, Kamal V. Bilateral obturator hernia diagnosed by computed tomography: A case report with review of the literature. *Radiol Res Pract.* 2014;62.
2. Nazarian S, Narayanan A, Chang S. Diagnosis of an obturator hernia by CT. *BMJ Case Reports.* 2015;25:2015.
3. Kisaoglu A, Ozogul B, Yuce I, Bayramoglu A, Atamanalp SS. Obturator hernia, a rare cause of small bowel obstruction: Case report. *Eurasian J Med.* 2014;46:224–6.
4. Kao SY, Lee TC, Weng ZC, Chen TH, Tsai PJ. Treatment of obturator hernia in a patient undergoing peritoneal dialysis. *Perit Dial Int.* 2014;34:803–5.
5. Jayant K, Agarwal R, Agarwal S. Richter type of incarcerated obturator hernia; misery still continues. *Pol Przegl Chir.* 2014;86:490–2.
6. Mantoo SK, Mak K, Tan TJ. Obturator hernia: Diagnosis and treatment in the modern era. *Singapore Med J.* 2009;50:866–70.
7. Hodgins N, Cieplucha K, Conneally P, Ghareeb E. Obturator hernia: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:889–92.
8. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Obturator hernia. *J Am Coll Surg.* 2002;194:657–63.
9. Younes A, Hossam B, Issam Y, Imane T, Said AL, Karim IM, et al. Strangulated obturator hernia: About two cases. *Pan Afr Med J.* 2015;20:169.
10. Ramser M, Messmer AS, Zbinden I, von Holzen U, Nebiker CA. Incarcerated obturator hernia-laparoscopic repair with intraoperative view of the corona mortis. *J Surg Case Rep.* 2014;8:1–2.
11. Tokushima M, Aihara H, Tago M, Tomonaga M, Sakanishi Y, Yoshioka T, et al. Obturator hernia: A diagnostic challenge. *Am J Case Rep.* 2014;15:280–3.
12. Wang GY, Qian HR, Cai XY, Fang SH, Shen LG. Strangulated obturator hernia diagnosed preoperatively by spiral CT: Case report. *Chin Med J Engl.* 2007;120:1855–6.