

DIAGNÓSTICO DE HERNIA OBTURADORA: A PROPÓSITO DE UN CASO

DIAGNOSIS OF OBTURATOR HERNIA: APROPOS OF A CASE

DIAGNÓSTICO DE HÉRNIA OBTURADORA: RELATO DE UM CASO

Torres Ortiz-Cabrera Gonzalo¹, Amaya-Rocha Eduardo², Villarroel-Montaño Sandy³, Villarroel-Peñaranda Andrea³, Villarreal-Duran Alejandra Patricia³

RESUMEN

La hernia obturadora, se refiere a la herniación del contenido abdominal, en mayor proporción intestino delgado (íleon 100%), pero también se ha descrito la presencia del colon, apéndice, ovario, trompa de Falopio, epiplón y vejiga, a través del agujero obturador. Se presenta con una incidencia de 0,05-0,14%. Los factores de riesgo para desarrollarla son pertenecer al sexo femenino, edad mayor a 70 años, múltiparas, delgadas. El retraso en el correcto diagnóstico y el consecuente tratamiento lleva a aumentar los índices de isquemia y perforación intestinal así como los niveles de mortalidad. Ahora presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 83 años de edad que presenta un cuadro clínico de +/- 4 días de evolución caracterizado por dolor de tipo opresivo, agudo e intenso, a nivel del mesogastrio, no irradiado, y constante, además de referir anorexia, estreñimiento, falta de emisión de gases, vómitos de contenido bilioso en varias oportunidades.

Palabras Clave: Hernia obturadora, Diagnóstico.

ABSTRACT

Obturator hernia, refers to the herniation of the abdominal contents with a great part of small intestine (ileum 100%). However, it was also described the presence of colon, appendix, ovary, fallopian tube, omentum and bladder. It occurs with an incidence of 0,05 to 0,14%. Risk factors to develop it are being female, age over 70 years, multiparity, and thinness. The delay in correct diagnosis and subsequent treatment leads to increased rates of ischemia, bowel perforation and mortality levels. We now present the case of a female patient of 83 years old who presented a clinical presentation of +/- 4 days of evolution characterized by oppressive, sharp and intense pain at mesogastrio, non-irradiated, constant, with anorexia, constipation, lack of flatus, vomiting of bilious content on several occasions.

Keywords: Obturator hernia, Diagnosis.

RESUMO

A hérnia obturadora refere-se à passagem do conteúdo abdominal, maiormente intestino delgado (íleo 100%), porém, também se descreveram a presença do cólon, do apêndice, do ovário, da trompa de Falópio, do omento e da bexiga, através do orifício obturador. Apresenta-se com uma incidência entre 0,05 e 0,14%. Os fatores de risco para desenvolvê-lo são o sexo feminino, idosas acima de 70 anos, múltiparas e magras. A demora no diagnóstico correto e o conseqüente tratamento levam a aumentar os índices de isquemia e perfuração do intestino, assim como os níveis de mortalidade. Agora falamos ao respeito do caso de uma paciente do sexo feminino de 83 anos, que apresentou um quadro clínico de +/- 4 dias de evolução, caracterizado por dor de tipo opressivo, agudo, intenso, no nível do mesogástrio, não irradiado, e constante, além de referir anorexia, constipação, falta de liberação de gases, vômitos de conteúdo bilioso em várias ocasiões.

Palavras-Chave: Hérnia do obturador, Diagnóstico.

¹M.D. - Médico Cirujano General. Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Viedma. Presidente Sociedad de Cirugía de Cochabamba. Docente Pre y Post-grado, Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

²M.D. - Médico Cirujano General. Jefe del Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Viedma. Docente Pre y Post-grado, Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

³Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

Correspondencia / Correspondence: Sandy Villarroel-Montaño
e-mail: sanducha07@hotmail.com

Recibido para publicación / Received for publication: 24/06/2013
Aceptado para publicación / Accepted for publication: 30/10/2013

Este artículo debe citarse como: Torres Ortiz-Cabrera G, Amaya-Rocha E, Villarroel-Montaño S, Villarroel-Peñaranda A, Villarreal-Duran AP. Diagnóstico de hernia obturadora: a propósito de un caso. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):46-49.

This article should be cited as: Torres Ortiz-Cabrera G, Amaya-Rocha E, Villarroel-Montaño S, Villarroel-Peñaranda A, Villarreal-Duran AP. Diagnosis of obturator hernia: a propos of a case. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):46-49.

Este artigo deve ser citado como: Torres Ortiz-Cabrera G, Amaya-Rocha E, Villarroel-Montaño S, Villarroel-Peñaranda A, Villarreal-Duran AP. Diagnóstico de hérnia obturadora: relato de um caso. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):46-49.

La hernia obturadora, también conocida como la “hernia de la anciana flaca”, es una patología que se presenta en mayor proporción en mujeres mayores de 70 años, delgadas y multíparas.^{1,2} Existen tres etapas del desarrollo de la hernia obturadora: Primero, la entrada del tejido preperitoneal dentro del orificio pélvico del canal obturador. Segundo, se desarrolla una depresión en el peritoneo que se sobrepone en el canal y Tercero, se presentan los síntomas producidos por la entrada del órgano en el canal.³

Como relatan Mantoo SK, et al.,⁴ y Nofuentes C, et al.,⁵ la hernia obturadora es un patología poco frecuente. Siendo así, que se han publicado menos de mil casos en el mundo, representando el 0,075 a 1% del total de hernias, provocando entre 0,2 y 1,6% de los casos de obstrucción intestinal del intestino delgado.

La serie más extensa publicada consta de 43 pacientes durante un periodo de 30 años.⁶

El contenido del saco herniario puede ser intestino delgado, colon, apéndice, ovario, trompa de Falopio, epiplón y vejiga.^{6,7} Este orificio se localiza entre el isquion y el pubis, teniendo una dimensión de: 0,5 cm de ancho y 3 cm de largo, conteniendo la arteria, la vena y el nervio obturador. En las mujeres este orificio es más ancho y por esa razón es más frecuente que en ellas ocurra este tipo de hernia.⁸

Entre los factores de riesgo de esta patología, se encuentran un índice de masa corporal menor a 18,5 y la multiparidad (la cual aumenta el diámetro del orificio obturatriz).⁹

La presentación clínica más común de la hernia obturadora, es la obstrucción intestinal. Se presenta con dolor, que inicia en la parte baja del abdomen y se irradia hacia la cara anterior del muslo. El signo más característico es el de Howship-Romberg, que se caracteriza por el empeoramiento del dolor con la extensión, aducción o rotación medial de la extremidad y una mejoría con la flexión de la misma, debido a la compresión y liberación posterior del nervio obturador.^{9,10}

La tomografía computarizada (TC) abdominal es el estudio de elección para el diagnóstico de la hernia obturatriz.¹¹ Dada la falta de datos clínicos específicos, tan solo el 10-30% de estas hernias son diagnosticadas antes de su intervención quirúrgica, que suele realizarse por la presencia de obstrucción intestinal que no responde al manejo conservador.¹² Una vez identificado el defecto, este debe repararse urgentemente mediante cirugía, ya sea abierta o laparoscópica.^{2,9} Se ha visto menor tasa de recidiva en los pacientes en los que se utilizó una malla de polipropileno para cerrar el defecto.¹³

La mortalidad de la hernia obturatriz es cercana al 70%. Esto se debe al retraso en el diagnóstico, a la alta incidencia de perforación e isquemia intestinal y al grupo de edad afectado.^{8,12}

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 83 años de edad que acude al servicio de emergencia del Hospital Viedma (Hospital de tercer nivel, del departamento de Cochabamba, Bolivia). En fecha 21 de octubre del 2012 a horas 02:57am,

presentando un cuadro clínico de +/- 4 días de evolución caracterizado por dolor de tipo opresivo, agudo, intenso, a nivel del mesogastrio, no irradiado, que es constante, además refiere anorexia, estreñimiento, falta de emisión de gases, vómitos de contenido bilioso en varias oportunidades. Menciona no haber tenido un cuadro clínico similar. Además muestra una ecografía (tomada seis días antes) con diagnóstico de colelitiasis y asas intestinales distendidas, por lo que inmediatamente es internada en el servicio de Cirugía para realizar mayores estudios.

Antecedentes Personales

No refiere antecedentes patológicos de importancia.

Examen Físico

Examen físico general: Paciente en mal estado general, alerta, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, deshidratada y afebril.

Signos vitales: PA: 130/80mmHg. FC: 90 x min. FR: 26 x min T: 36,7°C.

Valores Antropométricos: Peso: 45 Kg. Estatura: 1,55cm IMC: 18,7.

Examen físico segmentario

Tórax: Simétrico, expansibilidad y elasticidad conservadas. Sin signos patológicos al examen del aparato respiratorio.

Abdomen: Simétrico, globoso, distendido. RHA (+) hipoaactivos. Doloroso a la palpación a nivel de mesogastrio (dolor tipo opresivo, agudo e intenso). Sin presencia de masas o cambios de coloración. A la percusión se encuentra timpánico.

Estudios Complementarios:

- Ecografía abdominal (15/10/2012), realizada pre-internación, reporta: colelitiasis y asas intestinales distendidas.
- Radiografía simple de abdomen (21/10/2012): Se reportan signos de obstrucción intestinal alta.
- Exámenes de laboratorio al ingreso (21/10/2012). (Ver Tabla 1)
- Electrocardiograma (21/10/2012): Se reporta taquicardia sinusal, onda T invertida, isquemia cara anterolateral.

Tabla 1. Valores encontrados en los laboratorios de ingreso.

	Laboratorio	Valor encontrado
Hematología	Hematocrito	40%
	Hemoglobina	12,8gr%
	Glóbulos Blancos	20000/mm ³
	Fórmula leucocitaria	5/77/0/0/8/10
	Plaquetas	187000/mm ³
	Velocidad de sedimentación globular	13mm
	Tiempo de protrombina	12,6 actividad 100%
	INR	1
Química Sanguínea	Saturación O ₂	81%
	Glicemia	130 mg/dl
	Creatinina	0,8mg/dl
	Bilirrubina total	1,3 (0,6 directa 0,7indirecta)
	Ionograma y Estado ácido base	Dentro de límites normales
Otros	Orina completa	Normal, sin proteinuria

Fuente: Datos extractados Historia Clínica.

En los exámenes laboratoriales solicitados, se encontró una marcada leucocitosis con desviación a la izquierda, el resto de los resultados estaban dentro de los parámetros normales.

Tratamiento (Plan)

Por el reporte de la radiografía simple de abdomen y la ecografía que portaba la paciente, se decide realizar tratamiento conservador con dieta absoluta, aspiración nasogástrica, fluidos, protector gástrico y antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro (Ceftriaxona 1 gr EV c/12hrs, Metronidazol 500 mg EV c/8hrs, Ciprofloxacina 200 mg EV c/12hrs) y analgésicos, a la espera de la evolución del cuadro oclusivo.

Al segundo día de internación, el cuadro no mejoró, por lo que se decide realizar una laparotomía exploratoria (en fecha 22/10/2012).

Diagnóstico pre-operatorio: Obstrucción intestinal alta.

Diagnóstico post-operatorio: Obstrucción intestinal alta secundaria a hernia obturatriz con segmento yeyunoileal no viable (1,5 metros).

Operación: Laparotomía exploratoria.

Anestesia: General.

Hallazgos Quirúrgicos: En la cirugía se encuentra segmento yeyunoileal herniado por el orificio obturador derecho, isquémico y preperforativo. Se practicó resección intestinal segmentaria y reparación del defecto herniario con malla de polipropileno con puntos de fijación al ligamento de Cooper y a la fascia del músculo obturador interno.

Evolución

La evolución postoperatoria fue favorable, con restauración del tránsito intestinal a los 5 días.

DISCUSIÓN

La hernia obturadora es una patología muy infrecuente, que en su mayoría, se presenta en mujeres delgadas, ancianas y multíparas,^{1,14} como en el caso de nuestra paciente que tiene 83 años y tuvo 8 hijos, de igual manera su Índice de Masa Corporal (IMC) era de 18,75 (cerca del límite inferior de la normalidad).

Al igual que menciona la literatura revisada,^{7,8} respecto a la frecuencia en la ubicación (mayoría en el lado derecho), en el caso presentado, fue de la misma manera.

Normalmente el saco herniario contiene al intestino delgado (íleon 100%), pero también se ha descrito la presencia del colon, apéndice, ovario, trompa de Falopio, epiploon y vejiga.^{4,6,7,10,15} En este caso se pudo observar que el saco contenía segmento yeyunoileal probablemente por la extensión de la lesión y el diagnóstico tardío.

La clínica es inespecífica, en un 90% se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal. El signo de Howship-Romberg se encuentra en un 15-50% de los casos, pero no es patognomónico.^{4,8,10} En nuestro caso el dolor se mantiene en mesogastrio y el signo de Howship-Romberg fue negativo. Además, la paciente acude por la clínica asociada a la obstrucción intestinal. Esta inespecificidad de sus síntomas hace que un diagnóstico preoperatorio sólo se

determine en un 10-30% de los casos.^{1,4,9,14}

Es necesaria la realización de una TC y ecografía, ya que son pruebas diagnósticas más sensibles y específicas para poder llegar a un diagnóstico preoperatorio,¹⁴ pero esto no disminuye la tasa de resección intestinal ni de mortalidad.¹ Por lo que algunos autores mencionan:¹⁶ “La hernia obturadora necesita una laparotomía, no un diagnóstico”. En nuestro caso se realizó una radiografía simple de abdomen, en la que se pudo observar signos de obstrucción intestinal alta y una ecografía que trajo la paciente, donde se evidenció: dilatación de las asas intestinales, por lo que en base a este hallazgo se decidió realizar una laparotomía exploratoria de urgencia.

En caso de que las hernias sean pequeñas un cierre primario es suficiente; pero si son grandes no se puede realizar el cierre primario por distensión disminuida de los tejidos.^{15,17} Por ello, se recomienda en todos los casos realizar el cierre con una malla, lo que reduce la recurrencia a un 10%.^{4,13,18} En nuestro caso se decidió el cierre del defecto con malla, ya que el orificio herniario, era grande y la paciente presentaba muchos factores de riesgo para presentar recidivas (edad, multiparidad, delgadez, etc.).

La tasa de mortalidad según la literatura es de 12-70% debiéndose a: la edad avanzada de los pacientes, el retraso en el diagnóstico, la gangrena del intestino, la desnutrición y enfermedades subyacentes.^{5,10,12}

En conclusión, un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, haciendo énfasis en la precocidad del tratamiento, reduce la tasa de resección intestinal y la mortalidad. Por este motivo, se debe sospechar esta patología en mujeres ancianas, delgadas y multíparas con cuadros de obstrucción intestinal, realizando exploración física rápida y, a su vez la realización de una TC, para no demorar la intervención quirúrgica.

Potencial Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses pertinentes a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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(2):214-7.
2. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Maroto-Genover A, Puig-Alcántara J, Sirvent-Calvera JM, Garsot-Savall E, et al. Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia.* 2008;12(3):289-97.
3. Ortiz JC, Soto AK, Esquivel BI, Valdespino B. Hernia obturatriz: reto diagnóstico. *Rev Med UAS Nueva Época.* 2010;1(3):23-7.
4. Mantoo SK, Mak K, Tan TJ. Obturator hernia: diagnosis and treatment in the modern era. *Singapore Med J.* 2009;50(9):866-70.
5. Nofuentes C, Mella M, Soliveres E, Pérez S, García A, Prieto PL, et al. Hernia obturatriz. Una causa infrecuente de obstrucción intestinal. *Revista Electrónica de Portales-Medicos.com* [Internet]. 2010 [citado 20 May 2013]:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2602/1/Hernia-obturatriz-Una-causa-infrecuente-de-obstruccion-intestinal.html>.
6. Ziegler DW, Rhoads JE Jr. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg.* 1995;170(1):67-8.

7. Yau KK, Siu WT, Chau CH, Yang PC, Li MKW. Laparoscopic management of incarcerated obturator hernia. *Can J Surg.* 2005;48(1):76-7.
8. Shandalakis LJ, Androulakis J, Colborn GL, Shandalakis JE. Obturator hernia. Embriology, anatomy, and surgical applications. *Surg Clin North Am.* 2000;80(1):71-84.
9. Soto-Pérez-de-Celis E, González-Pezzat I. Hernia obturatriz, una causa poco común de obstrucción intestinal. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2011 Enero [citado 2013 Junio 18];103(1):[aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000100015&lng=pt.
10. Priego P, Mena A, De Juan A. Diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz: análisis de nuestra experiencia. *Rev Chil Cir.* 2010; 62(2):131-7.
11. Nishina M, Fujii C, Ogino R, Kobayashi R, Kumada K, Yamane K, et al. Preoperative diagnosis of obturator hernia by computed tomography. *Semin Ultrasound CT MR.* 2002;23(2):193-6.
12. Hennekinne-Mucci S, Pessaux P, Du Plessis D, Regenet N, Lermite E, Arnaud JP. Hernie obturatrice étranglée: à propos de 17 cases. *Annales de Chirurgie.* 2003;128(3):159-62. Francés.
13. Bueno J, Serralta A, Dobón F, Galeano J, Ballester C, Ibáñez F, et al. Reparación de hernia obturatriz con malla de polipropileno. *Cir Esp.* 2000;67(5):516-7.
14. 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(2):67-71.
15. Alexandre JH, Bouillot JL, Dehni N. Traitement chirurgical des hernies obturatrices. *Encycl Méd Chir. Techniques chirurgicales. Appareil digestif.* Paris: Elsevier; 1994. p.40-155.
16. Van Der Linden FM, Puylaert J, De Vries BC. Ultrasound diagnosis of incarcerated obturator hernia. *Eur J Surg.* 1995;161(7):531-2.
17. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. *Surgery.* 1996;119(2):133-6.
18. Thanapaisan C, Thanapaisal C. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: retrospective study. *J Med Assoc Thai.* 2006;89(12):2081-5.

