

Hernia obturatriz: análisis de nuestra serie y revisión de la enfermedad

Antonio Mena^a, Agustín De Juan^b, Itziar Larrañaga^a, Asunción Aguilera^a, Lourdes Fernández de Bobadilla^a y Virgilio Fresneda^c

^aMIR de Cirugía General y Aparato Digestivo. ^bFEA de Cirugía General y Aparato Digestivo. ^cJefe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Introducción. La hernia obturatriz es una rara entidad, con frecuente ausencia de signos y síntomas específicos que retrasa su diagnóstico y tratamiento^{1,4}; por ello, presenta una elevada tasa de estrangulación herniaria.

Objetivo. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de esta enfermedad.

Pacientes y métodos. Revisamos 12 casos de hernia obturatriz, en 11 pacientes intervenidos entre el año 1986 y 2001. Se analizan los siguientes parámetros: epidemiología, clínica, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

Resultados. Todos los pacientes eran mujeres con una edad media de 73 años (rango, 19-88). Una de ellas había presentado una recidiva herniaria a los 13 años de la reparación inicial. La manifestación clínica más frecuente fue la de dolor y distensión abdominales, vómitos y estreñimiento. La exploración física y la radiología simple eran compatibles con una obstrucción intestinal en 11 casos (91,6%). Sólo en 2 pacientes la exploración rectal reveló la presencia de una tumoración en el orificio obturador; se les practicó una ecografía abdominopélvica que fue diagnóstica en el 50% de los casos. El diagnóstico preoperatorio fue de obstrucción intestinal de origen desconocido en 8 casos (66,6%), obstrucción intestinal por hernia obturatriz complicada en 2 ocasiones (16,6%), obstrucción intestinal por hernia inguinal incarcerada en un paciente (8,3%) y hernia inguinal recidivada en otro caso (8,3%). Se realizaron 11 intervenciones con carácter urgente (91,6%) y una de forma electiva (8,3%). La tasa de estrangulación herniaria fue del 50%. En todos los casos el contenido herniario fue del intestino delgado. Se observó un ligero predominio de herniaciones en el lado derecho (8 casos; 66,6%). En 4 ocasiones se reparó el defecto herniario con una malla de polipropileno (33,3%),

siendo con cierre simple y aposición del peritoneo en los restantes 8 casos. Un total de 7 pacientes precisó resección intestinal (58,3%). Nuestro índice de mortalidad se situó en el 16,6% (2 pacientes), la demora media en el diagnóstico fue de 3,6 días (rango, 0-10) y la estancia media hospitalaria de, 14,5 días (rango, 6-26).

Conclusión. Son esenciales el diagnóstico y tratamiento precoz en el manejo de esta enfermedad^{1,5}.

Palabras clave: *Hernia obturatriz. Obstrucción intestinal de origen desconocido. Signo de Howship-Romberg.*

OBTURATOR HERNIA: ANALYSIS OF OUR SERIES AND REVIEW OF THE ENTITY

Introduction. Obturator hernia is a rare entity. Specific symptoms and signs are frequently absent, delaying diagnosis and treatment. Consequently, the strangulation rate is high.

Objective. We present our experience in the management of this entity.

Patients and methods. We reviewed 12 cases of obturator hernia requiring surgery in 11 patients between 1986 and 2001. Epidemiological and clinical features, diagnostic methods, treatment and outcome were analyzed.

Results. All the patients were women with a mean age of 73 years (range: 19-88 years). One patient had presented hernia recurrence 13 years after the original repair. The most frequent clinical manifestation was pain and abdominal distension, vomiting and constipation. The results of physical examination and simple radiology were compatible with intestinal obstruction in 11 patients (91.6%). Rectal examination revealed tumors in the obturator orifice in only two patients who underwent abdominal/pelvic ultrasonography that was diagnostic in 50%. Preoperative diagnosis was intestinal obstruction of unknown origin in eight patients (66.6%), intestinal obstruction due to complicated obturator hernia in two patients (16.6%), intestinal obstruction due to incarcerated inguinal hernia in one patient (8.3%) and relapsed inguinal hernia in one patient (8.3%). Emergency sur-

Correspondencia: Dr. A. Mena.
Avda. de las Ciudades, 100, 4^º 2. 28903 Getafe. Madrid.
Correo electrónico: amena@hrc.insalud.es

Aceptado para su publicación en mayo de 2002.

gery was performed in 11 patients (91.6%) and elective surgery in one (8.3%). The rate of strangulation was 50%. In all patients the hernia was located in the small intestine. A slight predominance of herniation in the right side was observed (8 cases; 6.66%). The defect was repaired with polypropylene mesh on four occasions (33.3%). In the remaining eight hernias, simple closure and peritoneal apposition was used. Seven patients (58.3%) required intestinal resection. Mortality was 16.6% (two patients). The means delay in diagnosis was 3.6 days (range: 0-10) and mean hospital stay was 14.5 days (range: 6-26).

Conclusion. The early diagnosis and treatment of this entity are essential.

Key words: Obturator hernia. Intestinal obstruction of unknown origin. Howship-Romberg sign.

Introducción

La hernia obturatriz, descrita por primera vez en 1724 por Ronsil, es una entidad rara con una frecuencia de presentación menor del 1% de todas las hernias de la pared abdominal (0,073%)^{4,8,11}, y es causa de una obs-

trucción del intestino delgado aproximadamente en el 0,4% de los casos^{7,11}. Carece de signos y síntomas específicos, siendo por ello de difícil diagnóstico preoperatorio, sólo posible en el 10-30% de las ocasiones^{2,4,8,11}. El retraso en el tratamiento se relaciona con una elevada tasa de estrangulación herniaria (25-100%)^{7,10}.

Presentamos nuestra experiencia en el manejo de la hernia obturatriz con una revisión de 12 casos.

Pacientes y métodos

En el período comprendido entre los años 1986 y 2001, fueron revisados 12 casos de hernia obturatriz, en un total de 11 pacientes, que han sido atendidos y tratados en nuestro servicio. Se han analizado los siguientes parámetros: sexo, edad, estado nutricional del paciente, antecedentes personales, clínica de presentación, pruebas diagnósticas empleadas, diagnóstico preoperatorio, tratamiento y evolución.

Resultados

Los 11 pacientes tratados fueron mujeres (100%), con una edad media de 73 años (rango, 19-88) (tablas 1 y 2). Fueron intervenidas en 12 ocasiones distintas (11 con carácter urgente y una de forma electiva); una de

TABLA 1. Hernia obturatriz. Nuestra serie

Casos	Sexo, edad (años)	Antecedentes	Clínica	Exploración
1	Mujer (76)	IC, HTA, histerectomía y doble anesectomía	Dolor abdominal difuso, vómitos, estreñimiento	Distensión abdominal Sin evidencia de hernias
2*	Mujer (68)	Prótesis de cadera, cistocele	Dolor abdominal leve, dolor perineal derecho irradiado a ingle y muslo derecho	Distensión abdominal Sin evidencia de hernias
3	Mujer (88)	Sin interés	Dolor abdominal difuso, vómitos	Distensión abdominal Sin evidencia de hernias
4	Mujer (77)	Hepatitis, herniorrafia umbilical	Dolor abdominal difuso, dolor inguinal izquierdo, vómitos	Distensión abdominal Hernia inguinal izquierda irreducible
5	Mujer (86)	FA, ideación paranoide	Dolor cadera y muslo izquierdo, Vómitos	Caquexia Distensión abdominal Sin evidencia de hernias
6	Mujer (86)	Sin interés	Dolor abdominal difuso, vómitos	Distensión abdominal Sin evidencia de hernias
7	Mujer (81)	IC	Dolor en fosa ilíaca derecha, vómitos, estreñimiento, dolor cara interna de muslo y rodilla derechos	Caquexia Distensión abdominal Masa en región obturadora derecha (tacto rectal)
8	Mujer (19)	Herniorrafia inguinal derecha	Tumoración inguinal no dolorosa en región de la reparación previa	Hernia inguinal derecha Reproducida; no complicada
9	Mujer (72)	FA, ACV, herniorrafia inguinal derecha y crural izquierda, colecistectomía	Dolor abdominal difuso, vómitos	Distensión abdominal Sin evidencia de hernias
10	Mujer (62)	CBP	Dolor abdominal, estreñimiento, dolor en ingle y muslo izquierdos	Distensión abdominal Masa en región obturadora izquierda (tacto rectal)
11	Mujer (79)	Hepatitis, ACV, Alzheimer	Dolor abdominal difuso, anorexia, adelgazamiento	Caquexia Distensión abdominal Sin evidencia de hernias
12*	Mujer (82)	IC, ACV, herniorrafia obturatriz derecha	Dolor abdominal difuso, vómitos, estreñimiento	Caquexia Distensión abdominal Sin evidencia de hernias

*Las pacientes 2 y 12 son la misma persona. Fue atendida en nuestro hospital en dos ocasiones. IC: insuficiencia cardíaca; ACV: accidente cerebrovascular; HTA: hipertensión arterial; FA: fibrilación auricular; CBP: cirrosis biliar primaria.

TABLA 2. Hernia obturatriz. Métodos diagnósticos y tratamiento

Casos	Radiología	Ecografía	Diagnóstico preoperatorio	Hallazgos	Tratamiento	Evolución
1	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOD estrangulada y perforada	Hernioplastia** Resección intestinal	Evisceración, infección de la herida, fístula cutánea
2*	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOD	Cierre simple del orificio obturador	Recidiva herniaria
3	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOD, perforación iatrogénica del intestino delgado	Cierre simple del orificio obturador Resección intestinal	Satisfactoria
4	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal por hernia inguinal complicada	HOI	Cierre simple del orificio obturador	Satisfactoria
5	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOI estrangulada y perforada	Cierre simple del orificio obturador Resección Intestinal	Suboclusión intestinal
6	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOD estrangulada y perforada	Cierre simple del orificio obturador Resección Intestinal	Satisfactoria
7	Dilatación del intestino delgado	Sí (no diagnóstica)	Obstrucción intestinal por hernia obturatriz complicada	HOD estrangulada y perforada	Cierre simple del orificio obturador Resección intestinal	Satisfactoria
8	No	No	Hernia inguinal derecha reproducida	HOD	Hernioplastia**	Satisfactoria
9	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOI estrangulada y perforada	Hernioplastia** Resección intestinal	Satisfactoria
10	Dilatación del intestino delgado	Sí (hernia obturatriz)	Obstrucción intestinal por hernia obturatriz complicada	HOI	Hernioplastia**	Defunción
11	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOD Vólvulo sigma	Cierre simple del orificio obturador	Defunción
12*	Dilatación del intestino delgado	No	Obstrucción intestinal de origen incierto	HOD estrangulada y perforada	Sigmoidectomía Cierre simple del orificio obturador Resección intestinal	Satisfactoria

HOD: hernia obturatriz derecha; HOI: hernia obturatriz izquierda.

*Los pacientes 2 y 12 son la misma persona. Fue atendida en nuestro hospital en dos ocasiones.

**Todas las hernioplastias se realizaron con malla de polipropileno preperitoneal.

las pacientes presentó una recidiva de hernia obturatriz derecha 13 años después de la primera reparación. Destacan entre los antecedentes médicos: 3 casos de insuficiencia cardíaca (25%), 3 casos de ACVA (25%), 2 casos de fibrilación auricular (16,6%), 2 casos de hepatitis (16,6%) y un caso de cirrosis biliar primaria (8,3%). La cirugía previa más frecuente fue la corrección de hernias umbilicales, inguinales o crurales, en 3 pacientes (25%), seguida de colecistectomía en una paciente (8,3%) e histerectomía y doble anesectomía en otra (8,3%). Además, otra paciente había precisado la reparación quirúrgica de un cistocele (8,3%) con anterioridad a nuestra atención; ésta fue la que acudió por segunda vez a nuestro hospital presentando una recidiva de su hernia obturatriz. En el 50% de las ocasiones las pacientes se encontraban en una situación de delgadez extrema o caquexia.

Los motivos de consulta fueron:

– Dolor y distensión abdominal, vómitos y disminución o ausencia del número de deposiciones y/o ventoseo en 9 pacientes (75%), dos de las cuales presentaban, además, dolor en la cara interna del muslo y la rodilla ipsolateral (16,6%), y fueron diagnosticadas correctamente de hernia obturatriz de forma preoperatoria.

– Dolor perineal o en la articulación de la cadera irradiado hacia la ingle y el muslo del mismo lado, pero sin una clínica abdominal relevante, en 2 pacientes (16,6%). En ninguna de ellas se llegó al diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz.

– Sospecha de recidiva de hernia inguinal en una paciente (8,3%). Ésta fue intervenida de forma programada, estando asintomática en el momento de su ingreso.

En 11 casos (91,6%), de los 12 atendidos por hernia obturatriz, las pacientes presentaban una exploración fí-

sica sugestiva de obstrucción intestinal: en 8 ocasiones no existía evidencia de herniaciones de la pared abdominal durante el examen (66,6%), en un caso existía una exploración compatible de hernia inguinal incarcerada (8,3%), y en otros 2 casos (16,6%) se observó la presencia de una masa en la región del orificio obturador durante la exploración rectal (sólo en éstos el tacto rectal contribuyó al diagnóstico de hernia obturatriz, siendo normal en el resto de pacientes). En una ocasión (8,3%) la paciente no presentaba signos ni síntomas de obstrucción intestinal, siendo la exploración sugerente de recidiva de hernia inguinal. Ninguna de las pacientes mostró signos de irritación peritoneal durante su evaluación.

La radiología simple reflejaba una dilatación de las asas del intestino delgado y zonas hidroaéreas en las 11 ocasiones en las que las pacientes acudieron a nuestro hospital con carácter urgente (100%). A dos pacientes en las cuales existía sospecha de hernia obturatriz tras la exploración rectal se les realizó una ecografía abdominopélvica, siendo diagnóstica en una de ellas (50%). Ambas fueron intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz.

Ocho pacientes (66,6%) tuvieron el diagnóstico preoperatorio de obstrucción intestinal de origen desconocido, 2 (16,6%) de obstrucción intestinal por hernia obturatriz complicada, una (8,3%) de obstrucción intestinal por hernia inguinal incarcerada y otra (8,3%) de hernia inguinal derecha recidivada. A excepción de esta última, todas fueron intervenidas con carácter urgente (91,6%); en algunos casos tras una estancia en observación no superior a las 48-72 h (excepto una paciente que estuvo 10 días).

Las vías de abordaje fueron: laparotomía media infraumbilical en 6 ocasiones (50%), laparotomía media supra e infraumbilical en 3 pacientes (25%), inguinal ampliada en 2 casos (16,6%) y pararectal derecha en una ocasión (8,3%).

Los hallazgos intraoperatorios fueron: 6 casos de estrangulación y perforación herniaria (50%), 4 casos de incarceración con posterior recuperación de la viabilidad del contenido herniario (33,3%), una hernia obturatriz sin compromiso de su vascularización y que correspondía a la paciente operada de forma programada (8,3%), y una hernia obturatriz asociada a un vólvulo de sigma que la paciente presentó tras permanecer ingresada durante 10 días para su observación (8,3%).

En todos los casos el órgano herniado fue el intestino delgado (100%). En 8 ocasiones la hernia obturatriz era derecha (66,6%) y en cuatro izquierda (33,3%).

Tras la reducción del contenido herniario, se reparó el defecto con una malla preperitoneal de polipropileno en 4 pacientes (33,3%) y se procedió al cierre simple y la aposición peritoneal en los restantes 8 casos (66,6%). Un total de 7 pacientes precisaron una resección del intestino delgado: 6 por perforación del asa herniada (50%) y una por desgarró durante el abordaje al saco herniario (8,3%). Ninguna de las pacientes fue intervenida por vía laparoscópica.

En el postoperatorio, una de las pacientes presentó una evisceración de laparotomía al sexto día de la intervención que precisó una reintervención urgente; la herida posteriormente se infectó, prolongando su estancia hos-

pitalaria hasta un total de 19 días. El índice de mortalidad postoperatoria fue del 16,6% (2 pacientes). En las restantes 9 ocasiones la evolución fue satisfactoria. A largo plazo se ha presentado una fístula cutánea (en la paciente con infección de la herida), un episodio de suboclusión intestinal que se trató de forma conservadora, y un caso, anteriormente citado y recogido en nuestra revisión, en que la paciente volvió a presentar una hernia obturatriz 13 años después de la reparación inicial (tabla 2).

La estancia hospitalaria media fue de 14,5 días (rango, 6-26). La demora media entre el ingreso y el diagnóstico fue de 3,6 días (rango, 0-10).

Discusión

La hernia obturatriz es una variedad rara de las hernias de la pared abdominal (frecuencia inferior al 1%). A menudo carece de signos y síntomas específicos y suele tener un diagnóstico tardío⁴.

Característicamente, suele presentarse en mujeres de edad avanzada, multíparas y con delgadez extrema o caquexia^{4,5,8,9,11}. Son más frecuentes en el lado derecho, suelen ser tipo Richter (hasta en un 60%)⁵ y a menudo están estranguladas y precisan una resección intestinal al diagnóstico (25-100% según la serie^{5,7,10,11}; 50% en la nuestra). Cursan con una alta mortalidad (10-25%), lo cual se relaciona con la frecuente perforación del contenido herniario en su interior y el retraso en su diagnóstico y tratamiento^{2,5,8,11}. En nuestro caso el índice de mortalidad se situó en el 16,6%. Aunque habitualmente contienen asas de intestino delgado, no es infrecuente que contengan otros órganos, como el colon o la vejiga.

Habitualmente, se presenta a la exploración con un cuadro clínico de obstrucción intestinal (90% de los casos)^{4,7}. En ocasiones, la palpación de una masa en el tacto rectal, en la exploración vaginal o en la cara superointerna del muslo, o bien el signo de Howship-Romberg (dolor en la cadera irradiado a la cara interna del muslo y la rodilla ipsolaterales, o por compresión del nervio obturador) pueden sugerirnos su existencia. Este último signo se presenta hasta en un 50% de las hernias obturatrias^{4,7,11}, pero su presencia no es patognomónica, y a menudo se confunde con procesos osteoarticulares¹². La palpación de una tumoración en la cara superointerna del muslo es a menudo confundida con una hernia crural, lo cual frecuentemente motiva un mal acceso a través de esta región.

La radiología simple habitualmente nos revela una dilatación de las asas intestinales y zonas hidroaéreas. La ecografía y, especialmente, la TC abdominopélvicas son las pruebas diagnósticas más sensibles y específicas de que disponemos^{1,3,4,5,8}. En nuestro caso, se realizó una ecografía a dos pacientes con sospecha de hernia obturatriz, que sólo confirmó su existencia en una ocasión (50%).

En la mayor parte de los casos, los pacientes serán sometidos a una laparotomía exploratoria, ante la ausencia de un diagnóstico preoperatorio y el empeoramiento de los signos y síntomas de obstrucción intestinal no resuelta^{1,2,7}.

Se ha descrito una gran variedad de abordajes quirúrgicos sin que exista una técnica estandarizada^{2,4,6,7}.

Siempre que tengamos un diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz o sospecha de sufrimiento intestinal, la elección será por vía abdominal (laparotómica o laparoscópica)^{6,12}. El cierre primario del orificio herniario no siempre es posible debido a la poca distensibilidad de los tejidos adyacentes. En la actualidad, y salvo la existencia de un ambiente séptico, se prefiere la utilización de material protésico para su corrección⁴ y, en cualquier caso, la zona ha de quedar correctamente reperitonizada. El índice de recidiva herniaria se encuentra en torno al 10%^{4,7}.

En la bibliografía se recoge una demora media entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico-tratamiento de 4 a 6 días^{3,5}. Una cifra similar se ha obtenido en nuestra serie (3,6 días).

Dada su elevada morbimortalidad (con una tasa de resección intestinal del 25-100%)^{5,7,10,11}, consideramos que es esencial una sospecha clínica precoz. En un paciente con clínica de obstrucción intestinal, no debe descuidarse en la exploración la búsqueda de este tipo de hernias (a través de la exploración digital del recto y/o vagina), especialmente si carecen de cirugía abdominal previa. Puede ser una señal de alarma el signo de Howship-Romberg, pero también se ha de pensar en la posibilidad de una hernia obturatriz en pacientes de edad avanzada, con un mal estado nutricional y antecedentes al respecto, que evidencien una debilidad del suelo pélvico (prolapso rectal, cistocele, multiparidad, etc.).

Bibliografía

1. Van Der Linden FM, Puylaert J, De Vries BC. Ultrasound diagnosis of incarcerated obturator hernia. *Eur J Surg* 1995;161:531-2.
2. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. *Surgery* 1996;119:133-6.
3. Ijiri R, Kanamaru H, Yokoyama H, Shirakawa M, Hashimoto H, Yoshino G. Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis. *Surgery* 1996;119:137-40.
4. Calvo AM, Herrera J, Iñigo JJ, Zazpe C, Ariceta J, Lera JM. Hernia obturatriz diagnosticada preoperatoriamente como causa de obstrucción intestinal. *Cir Esp* 1999;65:437-9.
5. 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.
6. Skandalakis LJ, Androulakis J, Colborn GL, Skandalakis JE. Obturator hernia. Embryology, anatomy and surgical applications. *Surg Clin North Am* 2000;80:71-84.
7. Yau Lo Ch, Lorentz TG, Lau P. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg* 1994;167:396-8.
8. Veeckmans G, Hermans P, Wyffels G, Hubens A. CT-scan diagnosis of bilateral obturator hernias in a patient with chronic chylous ascites. *Hepato-Gastroenterol* 1993;40:131-3.
9. Fakim A, Walker MA. Recurrent strangulated obturator hernia. *Ann Chir Gynaecol* 1991;80:317-20.
10. Rimmer JA, Wharton S. Bilateral and recurrent obturator hernia. *Br J Clin Pract* 1990;44:784.
11. García Plaza A, Gómez Gómez J, González Fernández L, Sánchez Fernández J, Pina Arroyo J, Cuadrado Idoyaga F, et al. Diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz por radiología simple. *Cir Esp* 2000;67:216-7.
12. Bueno Lledó J, Serralta Serra A, Dobón Jiménez F, Galeano Senabre J, Ballester Ibáñez C, Ibáñez Palacín F, et al. Reparación de hernia obturatriz con malla de polipropileno. *Cir Esp* 2000;67: 516-7.