

Obstrucción intestinal por hernia obturatriz

Esther Rojo, José Luis Palenzuela, José Antonio Rodríguez-Montes y Luis García-Sancho
Departamento de Cirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Resumen

Introducción. Por su rareza e interés se presentan 2 casos de hernia obturatriz estrangulada atendidos en nuestro Servicio de cirugía.

Casos clínicos. Se atendieron de urgencia dos mujeres de 80 y 86 años de edad, respectivamente, por un cuadro clinicoradiológico de obstrucción intestinal. Una de ellas había acudido días antes por dolor en la región inguinal derecha, siendo dada de alta con el diagnóstico de coxartrosis. Se realizaron laparotomías exploradoras en ambos casos, que objetivaron sendas hernias de íleon estranguladas en el agujero obturador. Tras la resección del intestino afectado, las hernias se repararon con tapones de malla de polipropileno. La enferma de más edad falleció a las 48 h por fracaso multiorgánico y la otra fue dada de alta sin complicaciones.

Conclusiones. Las hernias obturatrices aparecen con mayor frecuencia en mujeres ancianas y debilitadas, lo que junto con la alta tasa de estrangulación y las dificultades para establecer un correcto diagnóstico preoperatorio contribuye a que éstas sean hernias con una elevada mortalidad. Los ancianos con clínica de obstrucción intestinal necesitan una laparotomía precoz, más que un estudio exhaustivo que puede retrasar el tratamiento definitivo. La colocación de un tapón de malla en la hernia obturatriz es una técnica sencilla, eficaz y segura.

Palabras clave: Hernia obturatriz. Obstrucción intestinal. Tapón de malla. Hernioplastia. Anciano.

Introducción

Las hernias obturatrices son procesos poco frecuentes. Desde su primera descripción por Ronsil en 1724, se han publicado 735 casos en la bibliografía internacional, siendo las series más numerosas las de origen chino^{1,2} y japonés³. Diferentes autores han establecido que este

INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO OBTURATOR HERNIA

Introduction. Because of their rarity and interest, we present two cases of strangulated obturator hernia treated in our Surgery Service.

Case reports. Two women, aged 80 and 86 years old respectively, received urgent medical assistance for clinical and radiological signs of intestinal obstruction. One of the patients had attended the hospital a few days previously for pain in the right inguinal area and had been discharged with a diagnosis of coxarthrosis. Both patients underwent exploratory laparotomy that showed strangulated hernias of the ileum in the obturator foramen in each. After resection of the affected portion of the intestine, the hernias were repaired with polypropylene mesh plugs. The 86-year-old patient died at 48 hours from multiorgan failure and the other was discharged without complications.

Conclusions. Obturator hernias appear with greater frequency in elderly debilitated women which, together with the high rate of strangulation and difficulty of establishing an accurate preoperative diagnosis, contributes to the high mortality of these hernias. Elderly individuals with symptoms of intestinal obstruction require early laparotomy rather than exhaustive investigations that can delay definitive treatment. Placement of a mesh plug in obturator hernias is a simple, effective and safe technique.

Key words: Obturator hernia. Intestinal obstruction. Mesh plug. Hernioplasty. Elderly.

tipo de hernias suponen entre el 0,073⁴ y el 1,4%³ de todas las hernias, y constituyen entre el 0,2 y el 1,6%² de las obstrucciones intestinales.

Por su rareza e interés se presentan dos casos de obstrucción intestinal por hernia obturatriz estrangulada intervenidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 80 años de edad, que acudió al servicio de urgencias por presentar dolor y distensión abdominal, acompañado, de vómitos y es-

Correspondencia: Dra. E. Rojo.
Peñalara 3, 2.º B. 28250 Torrelodones (Madrid). España.
Correo electrónico: rojoe@telefonica.net

Aceptado para su publicación en julio de 2002.

treñimiento de varios días de evolución. No tenía antecedentes de cirugía previa. En la exploración física se objetivó un mal estado general, deshidratación y un abdomen distendido y timpánico. El signo de Howship-Romberg era positivo. No se identificaron hernias en las regiones inguinocurrales. La radiografía de abdomen demostraba una dilatación de asas del intestino delgado y múltiples niveles hidroaéreos. Con el diagnóstico clinicoradiológico de obstrucción de intestino delgado se indicó la laparotomía exploradora, que identificó la hernia obturatriz estrangulada. Tras la reducción del asa intestinal herniada y tras comprobar la presencia de gangrena, se realizó una resección intestinal segmentaria y anastomosis terminoterminal monoplano. Se examinó todo el suelo pélvico sin encontrar hernia obturatriz contralateral, ni de otra localización. El defecto herniario se corrigió insertando en el orificio un tapón de malla de polipropileno, construido al enrollar "en cigarro" una malla, que fue fijado con puntos irreabsorbibles y, posteriormente, cubierto con peritoneo. La paciente tuvo una buena recuperación postoperatoria siendo dada de alta al noveno día postoperatorio sin complicaciones.

Caso 2

Mujer de 86 años de edad, que fue atendida en el servicio de urgencias por presentar dolor y distensión abdominal con vómitos y estreñimiento de varios días de evolución. Había consultado en los días previos por dolor en la región inguinal y fue diagnosticada de coxartrosis. En la exploración física se verificó un mal estado general, deshidratación, un abdomen distendido y timpánizado, con ausencia de ruidos hidroaéreos, un signo de Howship-Romberg positivo y peritonismo. No se objetivaron hernias en las regiones inguinocurrales. La analítica demostraba leucocitosis y neutrofilia. La radiología de abdomen demostró una importante dilatación de asas de intestino delgado y múltiples niveles hidroaéreos. Con el diagnóstico clinicoradiológico de obstrucción intestinal se indicó laparotomía exploradora que objetivó la hernia obturatriz estrangulada. Tras la reducción del asa intestinal herniada, ante la inviabilidad de la misma, se practicó una resección intestinal segmentaria y anastomosis. No se encontró hernia obturatriz contralateral ni de otra localización. Se practicó una herniplastia con tapón de malla de polipropileno, construido al enrollar "en cigarro" una malla, que fue fijado con puntos de material irreabsorbible, cubriendo posteriormente la malla con peritoneo. La paciente falleció en el postoperatorio inmediato (48 h) por fallo multiorgánico.

Discusión

Las especiales características anatómicas del agujero obturador, el mayor del cuerpo humano, hacen que sea un sitio poco propicio a la formación de hernias. El agujero obturador, limitado por las ramas isquiática y pubiana de la pelvis, está cubierto por la membrana obturatriz, de forma que el canal obturador es sólo una pequeña apertura en el margen superolateral del agujero obturador. Este canal está limitado en su parte inferior por la membrana obturatriz y los músculos, y en su parte superior por la rama pubiana. Tiene un trayecto que se dirige externamente desde el lateral de la vejiga urinaria hasta el músculo pectíneo, por lo que cuando se produce una hernia queda profunda al músculo pectíneo y no es palpable.

El nervio y la arteria obturatriz (rama de la hipogástrica) atraviesan este canal que, además, se rellena de grasa no dejando espacio para la aparición de una hernia. El nervio obturador ($L_{2,3,4}$) conduce la sensibilidad cutánea de la cara interna del muslo y el impulso motor de los aductores. Por tanto, la compresión nerviosa produce debilidad de estos músculos lo que puede ser objetivado como una pérdida del reflejo de los aductores (signo de

Hannington-Kiff⁵) y dolor y parestesias en la cara interna del muslo irradiado hacia la rodilla, el llamado signo de Howship-Romberg, que es considerado patognomónico de la hernia obturatriz.

La hernia se produce cuando el peritoneo que cubre el suelo de la pelvis entra en el canal obturador y los síntomas comienzan con la entrada de algún órgano⁶, generalmente un asa de íleon, aunque también se han descrito hernias que contenían yeyuno¹, epiplón⁴ y otros.

Con unas tasas de mortalidad del 40%, la hernia obturatriz es considerada la de mayor mortalidad. Esta elevada mortalidad puede ser atribuida a varios factores: a) el estado de debilidad del paciente⁷, ya que se trata de una mujer anciana y demacrada con múltiples enfermedades asociadas y sin cirugías previas; b) la alta tasa de estrangulación del intestino herniado dada la rigidez del orificio osteotendinoso, y c) a los retrasos en el diagnóstico y tratamiento debidos a la escasez de datos del cuadro clínico, que se presenta como una obstrucción de intestino delgado sin características específicas.

El sexo femenino, la edad avanzada y la consunción se han descrito como factores predisponentes para la aparición de una hernia obturatriz; esto podría explicarse por la mayor anchura de la pelvis de las mujeres ancianas con un canal obturador más oblicuo³ y porque el adelgazamiento puede producir una pérdida de la almohadilla grasa que ocupa el canal, permitiendo que quede espacio para una hernia⁴.

Como en otras urgencias quirúrgicas, el diagnóstico precoz parece ser la clave para la disminución de la alta morbilidad que presenta este proceso. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil debido a que en la mayoría de los casos antes de la obstrucción estas hernias permanecen asintomáticas, sólo un 25% de los pacientes recuerdan un episodio similar que se resolvió espontáneamente², y a que cuando presentan síntomas lo hacen en forma de cuadro de oclusión intestinal de intestino delgado inespecífica. Por otro lado, como la tumoración herniaria se sitúa por debajo del músculo pectíneo no puede ser palpada en la exploración física rutinaria. Además, el signo clínico clásico de dolor irradiado por la cara interna del muslo no es tan frecuente como se describió en las primeras series^{1,6} y, cuando está presente, frecuentemente no es tenido en cuenta o es interpretado como coxartrosis^{1,3,9}, como de hecho ocurrió en nuestros casos. Por todo ello, el correcto diagnóstico preoperatorio de las hernias del agujero obturador es muy infrecuente, descrito en algunas series entre el 10⁴ y el 30%¹ de los casos.

Recientemente, varios trabajos han publicado la utilidad de diferentes técnicas de imagen (enema opaco, herniografía, TC abdominal³ y ecografía⁸) para el diagnóstico precoz de la hernia obturatriz. Sin embargo, nosotros estamos de acuerdo con la conclusión del trabajo de Ziegler et al⁹, quienes establecen que la hernia obturatriz necesita una laparotomía urgente, no un diagnóstico, sobre todo porque las hernias obturatrices se ponen de manifiesto con una complicación que sólo puede ser resuelta quirúrgicamente. Además, creemos que el enfermo anciano con un cuadro de obstrucción intestinal debe ser evaluado en el transcurso de pocas horas, no de días, y la laparotomía no debe ser retrasada a la espera

de un diagnóstico etiológico preciso, dado el alto riesgo de perforación, peritonitis y sepsis abdominal. Por otro lado, el diagnóstico preoperatorio correcto no ofrece grandes ventajas en cuanto a un diferente planteamiento del tratamiento o a un mejor resultado¹⁰; ya que la cirugía precoz es el único factor que puede disminuir la morbilidad mortalidad de este grupo de enfermos.

En general, preferimos el abordaje a través de laparotomía media, y es el que recomendamos, pues habitualmente se desconoce el diagnóstico etiológico de la obstrucción. Incluso cuando ya se ha llegado al diagnóstico de hernia obturatriz, el abordaje medio ofrece las siguientes ventajas: mejor visualización del agujero obturador y de los vasos que lo atraviesan, más fácil reducción del íleon herniado y resección si ésta fuera precisa, y fácil reparación del orificio contralateral o de otras hernias que puedan estar presentes^{7,14}.

Se han descrito numerosas técnicas de reparación de la hernia obturatriz, entre ellas la ligadura simple del saco, la herniorrafia directa⁷, el uso de colgajos para el cierre del defecto como periostio, vejiga, o ligamento ute-rino y el uso de mallas de material sintético¹¹. Nos parece poco adecuado intentar las formas de reparación dificultosas y con tensión en un enfermo que ya está debilitado, por lo que recomendamos el uso de tapones de malla.

La hernioplastia con tapón de malla, que fue introducida en el Lichtenstein Hernia Institute para las hernias crurales en 1974¹², ha sido realizada con éxito en miles de pacientes, demostrando ser una técnica sencilla, segura y eficaz que se asocia con una tasa de morbilidad próxima a 0. El uso del tapón de malla en la hernia obturatriz fue descrito inicialmente por Tchupetlowsky et al¹³, y ha sido empleado con buenos resultados por otros grupos¹⁴. Dado que es un método sencillo y eficaz y que nuestra experiencia con la reparación con mallas de todo tipo de hernias es excelente, creemos que el uso de mallas de polipropileno es seguro, incluso en los casos de estrangulación del asa en los que la resección intestinal y anastomosis sean necesarias, siempre que no se haya establecido una peritonitis fecaloidea. Algunos autores han argumentado que la colocación de un tapón de malla en el orificio herniario puede producir o empeorar la neu-

ralgia obturatriz¹¹, pero nosotros, así como otros grupos, no hemos corroborado ese hallazgo¹⁵.

En caso de hallar varios defectos herniarios del suelo de la pelvis, se recomienda la reparación utilizando grandes mallas protésicas colocadas extraperitonealmente¹¹ y también es la opción que preferimos en esos casos. Sin embargo, no creemos que sea la técnica de reparación adecuada en casos de hernia única, dado que es un procedimiento mucho más largo y complejo que requiere una amplia disección preperitoneal y que no aporta beneficios frente al tapón de malla.

Bibliografía

1. Yip AWC, Ahchong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery* 1993;113:266-9.
2. Lo CY, Lorentz TG, Lau PWK. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg* 1994;167:396-8.
3. Ijiri R, Kanamaru H, Yokohama H, Shirakawa M, Hashimoto H, Yoshino G. Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis. *Surgery* 1996;119:137-40.
4. Bjork KJ, Mucha P, Cahill DR. Obturator hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1988;167:217-22.
5. Hannington-Kiff JG. Absent thigh adductor reflex in obturator hernia. *Lancet* 1980;1:180.
6. Gray SW, Skandalakis JE, Soria RE, Rowe JS. Strangulated obturator hernia. *Surgery* 1974;75:20-7.
7. Naude G, Bongard F. Obturator hernia is an unsuspected diagnosis. *Am J Surg* 1997;174:72-5.
8. Yokohama T, Munokata Y, Ogiwara M, Kajimijima T, Kitamura H. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. *Am J Surg* 1997;174:76-8.
9. Ziegler DW, Rhoads JE. Obturator hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg* 1995;170:67-8.
10. Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, Hari A, Kamoka Y. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg* 1999;23:214-6.
11. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. *Surgery* 1996;119:133-6.
12. Lichtenstein IL, Shore JM. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a "plug" technique. *Am J Surg* 1974;128:439-44.
13. Tchupetlowsky S, Losanoff JE, Kjossev KT. Bilateral obturator hernia: a new technique and a new prosthetic material for repair- case report and review of the literature. *Surgery* 1995;117:109-12.
14. Falco E, Celoria G, Nardini A, Saccomani G, Rezac C. A simple technique for obturator hernia repair. *Eur J Surg* 1997;163:305-6.
15. Losanoff JE, Kjossev KT. Extraperitoneal prosthetic mesh for repair of pelvic hernias. *Surgery* 1997;121:113-4.