

## Obstrucción intestinal en una anciana por hernia obturatriz estrangulada

### Intestinal obstruction due to a strangulated obturator hernia in an elderly woman

Sr. Director:

La hernia obturatriz es una enfermedad rara, causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica generalmente presente en mujeres ancianas. La ausencia de signos y síntomas específicos puede retrasar su diagnóstico y tratamiento, presentando por ello una elevada tasa de estrangulación herniaria<sup>1,2</sup>.

Exponemos el caso de una mujer de 75 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de 3 días de evolución, vómitos y estreñimiento. En la exploración física la paciente está caquética, con abdomen distendido y timpanizado, doloroso a la palpación de forma difusa, no se le palpan hernias inguinales ni crurales. La analítica de sangre es normal. La radiografía de abdomen evidencia dilatación de asas de intestino delgado sin gas distal, compatible con obstrucción intestinal. Ante los hallazgos de la radiografía en una paciente sin cirugía previa se solicita tomografía computarizada (TC) abdominal que demuestra obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz izquierda (fig. 1).

La paciente es intervenida de urgencia mediante una laparotomía media infraumbilical evidenciándose una hernia obturatriz izquierda estrangulada que contiene un segmento de intestino delgado isquémico que se reseca y se realiza herniorrafia obturatriz con puntos sueltos de material irabsorbible.

La hernia obturatriz, descrita por primera vez en 1724 por Arnaud De Ronsil<sup>1-3</sup>, es una enfermedad rara que supone entre el 0,073 y el 1,4% de todas las hernias de pared abdominal y causa entre el 0,2 y el 1,6% de las obstrucciones intestinales<sup>1-4</sup>. Carece de signos y síntomas específicos, por lo que su diagnóstico preoperatorio es difícil realizándose solo en el 10-30% de los casos. El retraso en el tratamiento



Figura 1 TC abdominal que demuestra obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz izquierda.

se asocia a una elevada tasa de estrangulación herniaria y gran mortalidad (10-70%)<sup>1,2,5,6</sup>.

Suele presentarse en mujeres de edad avanzada, multíparas y con delgadez extrema o caquexia. Son más frecuentes en el lado derecho y con frecuencia se estrangulan por lo que precisan una resección intestinal al diagnóstico (25-100% según las series)<sup>1-7</sup>. Aunque lo más frecuente es que contengan intestino delgado, generalmente íleon, puede encontrarse otros órganos como el colon o la vejiga<sup>8</sup>.

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 solo una pequeña apertura en el margen superolateral del agujero. El nervio y la arteria obturatriz atraviesan este canal, que se rellena de grasa sin dejar espacio para la aparición de una hernia. El sexo femenino, edad avanzada y caquexia se han descrito como factores predisponentes para la aparición de la hernia obturatriz, lo que podría explicarse por la mayor anchura de la pelvis de las ancianas con un canal obturador más oblicuo y porque el adelgazamiento produciría una pérdida de almohadilla grasa que ocupa el canal, permitiendo que quede espacio para una hernia<sup>3</sup>. La compresión nerviosa por hernia obturatriz causa debilidad de los músculos aductores y la pérdida de su reflejo (signo de Hannington-Kiff) y parestesias en la cara interna del muslo irradiado hacia la rodilla, signo de Howship-Romberg que es patognomónico de esta hernia y aparece en el 25-50% de los casos<sup>2,3,6</sup>.

La radiografía simple de abdomen muestra signos de obstrucción intestinal, pero la TC la es mejor prueba para la valoración preoperatoria, pues confirma el diagnóstico permitiendo realizar una cirugía precoz y reducir la morbilidad<sup>5,7,8</sup>.

El tratamiento de la hernia obturatriz es la intervención quirúrgica urgente, mediante un abordaje abdominal (laparotómico o laparoscópico). El cierre primario del orificio herniario no siempre es posible debido a la poca distensibilidad de los tejidos, por lo que salvo ambiente séptico, se puede utilizar material protésico para su corrección. La recidiva herniaria se sitúa alrededor del 10%<sup>1,2</sup>.

## Bibliografía

1. Zhang H, Cong J, Chen C. Ileum perforation due to delayed operation in obturator hernia: a case report and review of literatures. *World J Gastroenterol.* 2010;16:126-30.
2. Mena A, De Juan A, Larrañaga I, Aguilera A, Fernández L, Fresnedo V. Hernia obturatriz: análisis de nuestra serie y revisión de la enfermedad. *Cir Esp.* 2002;72:67-71.
3. Rojo E, Palenzuela JL, Rodríguez-Montes JA, García-Sancho L. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz. *Cir Esp.* 2003;73:252-4.
4. Rodríguez-Hermosa JL, 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;12:289-97.
5. Kam D, Chan Y. Obturator hernia. *N Engl J Med.* 2006;16: 1714.
6. Wu F, Huang J, Chen C. Small-bowel obstruction secondary to obturator hernia. *CMAJ.* 2010;182:2005.

7. Soto-Pérez-de-Celis E, González-Pezzat I. Obturator hernia: an uncommon cause of intestinal obstruction. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:43-51.
8. Pardo P, Cembellín F. Tomografía computadorizada en el diagnóstico de hernia obturatrix. *Emergencias*. 2005;17:280-2.

Marlén Alvite Canosa\*, Leticia Alonso Fernández,  
Ana Álvarez Gutiérrez, Inmaculada Monjero Ares  
y Félix Arija Val

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital  
Lucus Augusti, Lugo, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marlenqx@hotmail.com](mailto:marlenqx@hotmail.com)  
(M. Alvite Canosa).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.10.002