

## Casos en imagen 3.—HERNIA OBTURATRIZ

**Presentación clínica**

Mujer de 88 años de edad, con antecedente de herniorrafia crural izquierda, que acude a urgencias por vómitos de repetición de cuatro días de evolución.

**Diagnóstico final**

Hernia obturatriz.

**Hallazgos radiológicos**

En la radiografía simple de abdomen se aprecia ausencia casi completa de aireación de todo el abdomen (Fig. 1). Adenopatía calcificada en la pelvis menor.

Ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal y los hallazgos no concluyentes de la radiografía simple, se realiza ecografía abdominal en la que se observa dilatación de varias asas de intestino delgado con contenido líquido en su interior que confirman la sospecha de obstrucción intestinal. Al explorar la región inguinal derecha destaca la presencia de un asa intestinal de paredes engrosadas con presencia del flujo Doppler color parietal, comunicada con la cavidad abdominal a través de un orificio situado inferiormente a la rama horizontal derecha del pubis (flecha blanca) (Fig. 2).

Para confirmar la sospecha de una hernia obturatriz como responsable del cuadro obstructivo se realiza estudio de TC abdominopélvica, donde se visualiza una pequeña masa localizada inferiormente a la rama horizontal derecha del pubis (flecha negra) (Fig. 3), similar al estudio ecográfico. En cortes más inferiores se aprecia que la masa de densidad partes blandas (flecha negra) está situada entre los músculos obturador externo y pectíneo derechos, correspondiendo a una hernia obturatriz (Fig. 4).

En la intervención realizada de forma urgente se encontró una hernia obturatriz encarcerada que se redujo por vía preperitoneal, comprobándose viabilidad del asa intestinal.

**Comentarios**

La hernia obturatriz es relativamente rara y de difícil diagnóstico preoperatorio. Supone el 0,073% de todas las hernias, aunque en pacientes mayores de 65 años su incidencia llega hasta el 4%, siendo una causa rara de obstrucción del intestino delgado (0,4% de todas las obstrucciones intestinales) (1).

Las hernias obturatrizes se producen a través del canal o agujero obturador por donde pasan hacia el muslo el nervio obturador y los vasos obturatrizes. Es más frecuente en mujeres mayores debilitadas (2). El reconocimiento precoz de este tipo de hernias es crucial debido a que frecuentemente se asocian con estrangulación e isquemia intestinal, con una mortalidad que oscila entre el 12% y el 70% (2). El diagnóstico preoperatorio se lleva a cabo en menos del 10% de los casos porque la mayoría de los pacientes presentan un cuadro clínico y una exploración física inespecíficos (1).

La radiografía simple de abdomen puede diagnosticar obstrucción de intestino delgado y el tránsito intestinal puede ser útil para localizar el asa herniada. Existen pocas referencias bibliográficas sobre la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de este tipo de hernias (3). La ecografía es la técnica de imagen utilizada en urgencias en muchos de nuestros hospitales, por esto creemos que es importante conocer los signos que vamos a encontrar en este tipo de hernias. Con la ecografía además de confirmar que existe una obstrucción intestinal, se puede aportar información sobre su causa (2-4). Debemos sospechar hernia ob-

turatriz cuando el orificio de salida del asa intestinal se sitúe en una posición más caudal de la esperada para las hernias inguino-crurales, visualizándose inferiormente a la rama horizontal del pubis.

No obstante, de acuerdo con la bibliografía, creemos que la técnica de elección para su diagnóstico es la TC abdominal, incluyendo cortes de la pelvis, ya que es una técnica óptima para representar tanto los planos musculares como los óseos de la pelvis menor. La TC es capaz de confirmar la existencia de una obstrucción intestinal, determinar el nivel, y diagnosticar la causa. La hernia obturatriz se visualiza como una masa de partes blandas, que puede contener aire en su interior, situada entre el músculo obturador externo y el músculo pectíneo (2,4).

Debido a la alta incidencia de obstrucción y estrangulación y la dificultad del diagnóstico preoperatorio de las hernias obturatrizes por otros medios, la utilización de la ecografía o la TC en las obstrucciones intestinales puede disminuir el retraso en su diagnóstico, posibilitando una cirugía precoz, lo cual conllevaría a una menor morbi-mortalidad del proceso.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. *Surgery* 1996;199:133-6.
2. Paulson EK, Keogan MT, Folz EK, McGee SG, Low VHS, Nelson RC. Gastrointestinal case of the day. *AJR* 1995;165:192-6.
3. Yokoyama T, Munakata Y, Ogiwara M, Kamijima T, Kitamura H, Kawasaki S. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. *Am J Surg* 1997;174: 76-8.
4. Cubillo E. Obturator hernia diagnosed by computed tomography. *AJR* 1983; 140: 735-6.

**Correspondencia:**

Tomás Ripollés González  
Servicio de Radiología. Hospital «Dr. Peset».  
Av. Gaspar Aguilar 90  
46017 Valencia