

Hernia obturatriz: Reto diagnóstico

José C. Ortiz-Bojórquez,^{a,*} Ana K. Soto-Sañudo,^b Blanca I. Esquivel-Leyva,^a Benjamín Valdespino-García^c

^aCoordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán. Culiacán, México.

^bFacultad de Medicina. Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, México.

^cDepartamento de Radiología e Imagen del Hospital Ángeles Culiacán. Culiacán, México.

Recibido 15 Junio 2010; aceptado 25 Agosto 2010

Resumen: La obstrucción intestinal es la presentación mas importante de hernia obturatriz.¹ Sin embargo, pese a sus manifestaciones inespecíficas de presentación, son subdiagnosticadas y el mejor tratamiento, aún sin diagnosticar, es una cirugía abierta. Desafortunadamente, no diagnosticar este tipo de hernias ni tratarlas puede llevar a un alto índice de mortalidad. La presentación de un caso clínico en el Hospital Civil de Culiacán de hernia obturatriz causó controversia debido a que los síntomas guiaban hacia otro diagnóstico.

Palabras clave: Hernia obturatriz, oclusión intestinal, manejo, tratamiento.

Abstract: Small bowel obstruction is the most important presentation of obturator hernia.¹ However, its unspecific manifestations are misdiagnosed and the best treatment, even without a diagnosis, is opened surgery. Unfortunately, not diagnosing this kind of hernias neither treating them can take to a high rate of mortality. A clinical case of obturator hernia in the Hospital Civil de Culiacan caused controversy due to unspecific symptoms that lead to another diagnosis.

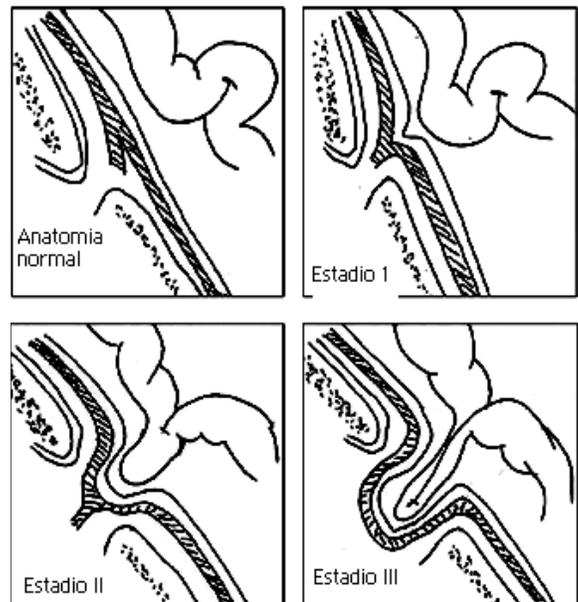
Key words: Obturator hernia, intestinal obstruction, management, treatment.

1. Introducción

El foramen obturador es el más grande del cuerpo y está compuesto por las ramas isquiáticas y púbicas. Tiene una longitud de dos a tres centímetros de largo y un centímetro de diámetro². Representa del 0.05% al 0.14% de todas las hernias y un 0.2% a 1.6% como causa de todas las oclusiones intestinales³. Existen tres etapas del desarrollo de la hernia obturatriz (Fig. 1): Primera: la entrada del tejido preperitoneal dentro del orificio pélvico del canal obturador; Segunda: consiste en el desarrollo de una depresión en el peritoneo que se sobrepone en el canal y la Tercera etapa es la presentación de los síntomas producidos por la entrada del órgano en el canal; el saco herniario puede contener intestino delgado, intestino grueso, omento, trompa de Falopio o el apéndice⁴. La incidencia es

mayor en mujeres que en hombres con una relación 9:1 presentándose entre la octava y novena década de la vida y afecta más a las mujeres en malas condiciones de salud, como pérdida de peso importante y postración extrema.

Fig. 1. Diagrama Representativo de las etapas del desarrollo de una Hernia



*Dr. José Cándido Ortiz Bojórquez. Cirujano General adscrito a la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán. Titular de la asignatura Gastroenterología en la Facultad de Medicina UAS. Doctorado en gestión Educativa. Correspondencia: Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sin. México. Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, CP. 80030. Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: 667-7137978. Correo-e: ortizbojorquez@hotmail.com

La hernia obturatriz representa un reto diagnóstico debido a que los signos y síntomas son comúnmente inespecíficos, lo que hace que el diagnóstico preoperatorio sea muy difícil⁵ (Fig. 2).

Fig. 2. Algoritmo para el manejo de una Hernia Obturatriz⁵



El índice de mortalidad debida a esta hernia es muy alto comparado al resto de las hernias de la pared y puede variar desde un 13% hasta un 40%. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres delgadas y de edad avanzada, probablemente porque el diámetro del foramen obturador es mayor, y esas condiciones actúan como factores predisponentes. La presentación más frecuente es la oclusión intestinal con la presencia del signo de Howship-Romberg, causado por la compresión de la rama anterior del nervio obturador con el saco herniario. También se manifiestan con pérdida de peso, masa palpable y episodios de dolor previo, en algunos casos se puede encontrar incidentalmente.

2. Caso clínico

Paciente femenino de ochenta años de edad originaria del estado de Durango, residente de Culiacán desde hace 37 años quien niega antecedentes hereditarios y personales patológicos y que cursa con dolor abdominal tipo cólico intermitente en la fosa iliaca derecha irradiado hacia la parte posterior a área no especificada desde un día antes de ser ingresada en el servicio de urgencias del Hospital Civil de Culiacán el día 21 de agosto del 2009. La paciente había sido ingresada a otro hospital la noche anterior al presentar el dolor y le solicitaron estudios de laboratorio e imagen, y al no encontrarle dato alguno de anormalidad fue dada de alta. Al ser ingresada al servicio de urgencias del Hospital Civil, se ordenaron estudios de laboratorio los cuales se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Resultados de Laboratorio 21/08/09

CITOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA	QUÍMICA SANGUÍNEA	EXAMEN GENERAL DE ORINA
RBC: 5.570 millones/mm ³	Glucosa 123 mg/dL	Examen Físico: color amarillo de aspecto turbio con abundante sedimento y densidad de 1.030
Hemoglobina: 15.3 gr/dL	Urea 32 mg/dL	
Hematocrito: 46%	Creatinina 0.60 mg/dL	Examen Químico: - pH 6.0 - Nitritos (+) - Proteínas +++ - Glucosa (+) - Cetonas ++ - Bilirubina (-) - Urobilinogeno Normal - Sangre +++
MCH: 27.5 µgr	TIEMPOS DE SANGRADO	
MCV: 82.6 µgr	TP 13.2 seg (Control 12.9 seg)	Leucocitos 180-200 / cpo Levaduras Moderadas Píocitos Abundantes
WBC: 13,720 / mm ³ Con Neutrofilia Segmentada de 91%	TTP 21.2 seg (Control 27.6 seg)	
ULTRASONIDO ABDOMINAL	ELECTROLITOS SERICOS	
Hígado, vesícula y vía biliar normales	Sodio 138 mEq/L	
Riñones de tamaño normal con una lesión quística en el derecho hacia polo superior de 44x41 mm	Potasio 4.1 mEq/L	
Hay presencia de gas intestinal por los que se debe descartar proceso suboclusivo intestinal.	Cloruros 99 mEq/L	
	Fósforo 4 mg/dL	
	Calcio 9.6 mg/dL	
	Magnesio 1.5 mg/dL	

A la exploración física se encuentra la paciente consciente, tranquila y cooperadora ubicada en persona, tiempo y espacio; con palidez de piel y caquexia. Cráneo sin endostosis ni exostosis con pupilas isocóricas normoreflexicas y estado neurológico sin compromiso. Mucosas subhidratadas, cuello con volumen aumentado anteriormente. Cardiopulmonarmente con ruidos cardiacos rítmicos, taquicardica sin agregados; con campos pulmonares sibilantes difusos con estertores crepitantes aislados y taquipnea. Abdomen globoso debido a distensión abdominal; al examen físico no presenta hiperestesia e hiperbaralgesia, doloroso +++ a la palpación profunda en hemiabdomen inferior sin presentación de otros signos de alarma, perístalsis presente. Extremidades hipotróficas.

La paciente se hospitaliza para estudio del dolor abdominal presuntamente secundario a infección de vías urinarias por los resultados del examen general de orina ya que presenta nitritos (+) y Leucocitos 180-200 / campo. Por lo que se indica: 1) Ayuno, 2) Solu-

ción fisiológica 500 cc/vena permeable, 3) Cuidados generales, 4) Omeprazol 40 mg IV 24 hrs., 5) Paracetamol 500 mg IV cada 8 hrs.

A las 11 horas de hospitalización, la paciente cursa con evolución clínica satisfactoria sin dolor abdominal y sin signos de alarma por la administración de analgésicos. Se detecta un proceso infeccioso de vías urinarias altas descartándose apendicitis, se inicia impregnación con antibioticoterapia de amplio espectro y por los datos de hiperactividad bronquial leve, se inicia manejo con broncodilatadores inhalados. Dada la presencia de aumento de volumen anterior en cuello, se solicita perfil tiroideo para descartar hiperactividad. Se encuentra metabólica y termodinámicamente normal y se decide continuar el mismo manejo y se reporta estable con pronóstico reservado a evolución.

A 24 horas de hospitalización, se observa mejoría clínica en la paciente por lo tanto se indica su egreso con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infección de vías urinarias con indicaciones para su alta de Ciprofloxacino 500 mg 1 tableta cada 12 horas por 10 días, Paracetamol 500 mg una tableta cada ocho horas en caso de fiebre y cita abierta a urgencias en caso de necesario.

El siguiente día, la paciente reingresa al área de urgencias debido a que el dolor se manifestó irradiado hacia la pierna derecha con incapacidad para deambulación y presentó vómito en seis ocasiones de color oscuro verdoso. Se solicita ultrasonido abdominal a descartar absceso renal *vs* apendicitis y se solicita interconsulta a cirugía.

En el servicio de cirugía, se encuentra el dolor a la palpación profunda abdominal leve-moderado en ambas fosas iliacas de predominio derecho irradiado hacia las piernas así como también en fosas renales. Signos de hiperestesia e hiperbaralgesia negativos con rebote dudoso. Genitales diferidos, con masa a 7 a 9 centímetros del margen anal al tacto rectal. La paciente es clasificada en el grupo C de la clasificación de Bockus para dolor abdominal. Se considera mantener observación para revalorización posterior.

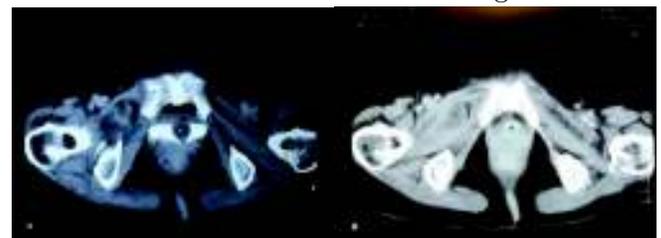
Al día siguiente, se realiza radiografía de abdomen en bipedestación (Fig. 3) en la cual se encuentran múltiples niveles hidroaéreos compatibles con oclusión intestinal aunque clínicamente no presenta signos de ésta por una evacuación diaria los días anteriores.

Fig. 3. Obsérvese los múltiples niveles hidroaéreos en escalera, signo típico de oclusión intestinal.



Se solicita Tomografía Axial Computada abdomino-pélvica para establecer causa ya que no presenta datos de factores de riesgo tales como cirugías previas, hernias y para descartar procesos neoplásicos debido a la masa en canal anal encontrada en el tacto rectal. Continúa en observación en espera de resultados de Tomografía (Fig. 2 y 3). Se indica colocación de sonda nasogástrica y continuar con antibioticoterapia además de los cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno.

Fig. 2 (Izquierda) y **3** (Derecha): Descripción de TAC: Distensión generalizada de asas de intestino delgado y estómago con múltiples niveles hidroaéreos. No hay dilatación significativa del marco cólico. Imagen sugestiva de un saco herniario en el margen derecho del piso pélvico (probable hernia inguinal). Quistes corticales en ambos riñones, el mayor con 4.5 cms de diámetro en la región interpolar derecha. Múltiples calcificaciones vasculares uterinas. Cambios leves por enfermedad ateromatosa aortocólica y espondiloartrosis dorsolumbar. Resto sin alteraciones significativas.



A 15 horas de hospitalización, la paciente muestra mejoría del dolor con disminución de distensión abdominal, vómito y náuseas. Por medio de la sonda nasogástrica instalada, se observó drenaje compatible con material biliar.

La paciente es revalorada por el servicio de cirugía y refiere inicio del padecimiento desde hace aproximadamente 4 meses con pérdida de peso significativo de 14 kilogramos y con cambios en los hábitos intestinales; además de acompañarse de anorexia, astenia y adinamia. Cambios en heces (moco, sangre) son negados. En el aparato urinario persistían la poliuria y polaquiuria manifestando que se trataba de infección de vías urinarias mas no existía mejoría en los síntomas de dolor abdominal en hemiabdomen inferior ni en la distensión abdominal. Se presentaron náuseas y vómitos con abundante contenido gastrobiliar y durante su hospitalización no había presentado evacuaciones. En la exploración abdominal, hubo dolor a la palpación media y profunda con perístalsis aumentada de lucha con ruidos metálicos y borboritmos, presenta resistencia muscular generalizada con signo de Rebote positivo y al tacto rectal la ámpula se encuentra vacía. Esto, orienta a la sospecha diagnóstica de un abdomen agudo tipo peritonítico generalizado secundario a una oclusión intestinal probablemente por cáncer de colon perforado. Se comenta con familiares el padecimiento y la necesidad de intervención quirúrgica urgente

Se preparó para laparotomía exploradora de urgencia, con un diagnóstico preoperatorio de abdomen agudo tipo peritonítico generalizado secundario a una obstrucción intestinal secundario a un proceso neoplásico dependiente del colon izquierdo, probablemente complicado con perforación. Su pronóstico se reserva al diagnóstico y a los hallazgos quirúrgicos.

El abordaje intra-abdominal a través de una incisión en la línea media, es la técnica comúnmente utilizada y la mas favorecida, porque puede establecer el diagnóstico, evitar contacto con los vasos obturadores, exponer el anillo obturador y facilitar la resección de intestino en caso necesario.⁹

Los hallazgos descritos en la nota postquirúrgica de laparotomía exploradora son:

Hernia interna a nivel del obturador en la cual se encuentran comprometidos 10 centímetros de íleon terminal a 60 centímetros de la válvula ileocecal con datos de isquemia y despulimiento la cual no recupera

coloración a la liberación.

El segmento de intestino se libera y es resecado. La cirugía termina con éxito, sin accidentes ni incidentes, con un pronóstico bueno para la vida y la función.

3. Discusión

La hernia obturatriz es un padecimiento que se presenta con poca frecuencia y al que muchos autores se refieren como “la hernia de la ancianita” dado que son las mujeres mas afectadas. Más de un 90% de las pacientes con hernia obturatriz tienen presentación de oclusión intestinal dolorosa con náuseas y vómito, y que en estos pacientes la presencia de una masa al tacto rectal o vaginal nos debe hacer sospechar de su existencia.^{6,7} Son más frecuentes del lado derecho ya que el colon izquierdo, principalmente el recto y cubre al agujero obturador. A pesar de que los síntomas de este tipo de hernia son muy vagos, existen dos signos que son capaces de indicar que este padecimiento se está manifestando: el primero es el de Howship-Romberg que se presenta como dolor que se irradia hacia la parte interna de el muslo hasta la rodilla y es causado por la irritación producida por la hernia en la división anterior del nervio obturador; flexionar la pierna alivia el dolor mientras que la extensión, aducción o rotación medial lo exacerba. El signo de Howship-Romberg es patognomónico de la hernia obturatriz y se presenta en un 25-50% de los pacientes.⁶

El segundo signo es el de Hannington-Kiff se refiere a la ausencia del reflejo de aducción en el muslo; el cual es comparado con el lado opuesto y un reflejo normal patelar ipsilateral, son los indicadores de compresión del nervio obturador.⁸ Este signo es mucho más específico que el de Howship-Romberg pero no es conocido extensamente. La paciente presentó el signo de Howship-Romberg, Sin embargo, inicialmente no fue documentado como tal, ya que fue el primer caso de hernia obturatriz que se presentó en éste Hospital.

En conclusión, la hernia obturatriz sigue siendo una entidad rara que amenaza la vida. Los estudios de ecografía son las técnicas mas empleadas en valorar el abdomen de urgencias, pero el área obturatriz no se analiza de forma rutinaria.¹⁰ Por lo tanto es muy importante estar alerta de la presentación e incidencia de dicha entidad para poder llevar a cabo un manejo oportuno y evitar la mortalidad asociada.

Referencias

1. Masashi Haruguchi, MD. Shigetoshi Matsuo, MD. Y cols: Obturator Hernia in an Ageing Society. *Annals Academy of Med* 2007; 36(6): 413-415.
2. Takamori Nakayama, Seiji Kobayashi. Y cols: Diagnosis and Treatment of Obturator Hernia. *Keio J Med* 2002; 51(3):129-132.
3. Tucker JG, Wilson RA, Y cols: Laparoscopic Herniorrhaphy: Technical Concerns in Prevention of Complications and Early Recurrence. *Am Surg* 1995; 61: 36-39.
4. Gray SW, Skandalakis JE, Soria RE, Rowe JS Jr: Strangulated obturator hernia. *Surgery* 1974; 75: 20-27.
5. Mantoo SK, Mak K, Tan TJ; Obturator Hernia: Diagnosis and Treatment in the Modern Era. *Singapore Med J* 2009; 50(9): 866-870.
6. Nakayama T, Kobayashi S, y cols: Diagnosis and Treatment of Obturator Hernia. *Keio J Med* 2002; 51(3): 129-132.
7. Priego P, Mena A, De Juan A: Diagnostico y Tratamiento de la Hernia Obturatriz: Análisis de Nuestra Experiencia. *Rev. Chilena de Cirugía* 2010; 62(2): 131-137.
8. Hannington-Kiff JG: Absent Thigh Adductor Reflex in Obturator Hernia. *Lancet* 1980; 1: 180.
9. Green BT, MD: Strangulated Obturator Hernia: Still Deadly. *South Med J* 2001; 94(1).
10. Pardo P, Cembellín F: Tomografía Computarizada en el Diagnostico de Hernia Obturatriz. *Emergencias* 2005; 17 : 280-282