

Hernia obturatriz estrangulada

A propósito de tres casos

Dres. Nelson Ferreira y Clivio Ferreira *

Los autores presentan 3 observaciones de hernia obturatriz, en 2 mujeres de 76 y 82 años y un hombre de 40. Se operaron por estrangulación con compromiso intestinal, debiendo actuar sobre el intestino en todas ellas. En un caso se colocó un parche de dacrón.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hernia / Complications.

Se denomina hernia obturatriz, a aquella que sale por cualquier punto del agujero obturador. Existen a este nivel, zonas de debilidad que predisponen a la formación de fondos de sacos peritoneales.

En el año 1968 presentamos en el Congreso del Centro de la República, realizado en Rivera, dos observaciones de este tipo de hernia (5).

El hecho de haber observado un nuevo caso de esta rara entidad, nos lleva a hacer estas consideraciones.

Hasta el año 1956 se habían publicado 463 casos. En nuestro país conocemos pocas publicaciones al respecto (5). En la reunión de la Sociedad de Cirugía realizada el día 14 de mayo de 1975, Mayol y Cazabán (10) hacen consideraciones a propósito de un caso de hernia obturatriz.

En el año 1724, Pierre-Roland Arnaud de Ronsil describe dos casos, y Hilton en el año 1848, hace la primera laparotomía por hernia obturatriz estrangulada (8, 17).

Generalmente su hallazgo coincide con observaciones necróticas o bien, como sucedió en nuestros casos, por una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de hernia, la oclusión intestinal por estrangulación (2, 3).

OBSERVACIONES

Caso 1.— E.C. 40 años. Sexo M.

M.C. Dolor epigástrico, vómitos.

E.A. Doce horas antes del ingreso, luego de una copiosa comida, comienza con dolor epigástrico tipo

Presentado en la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Asociación Médica de Artigas, en Artigas, el 1º de junio de 1975.

* Cirujano, Encargado del Servicio y Asistente del Hospital Regional de Tacuarembó.

Dirección: 18 de Julio 282, Tacuarembó (Dr. N. Ferreira).

Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Tacuarembó, Tacuarembó.

cólico que se irradia a ambas fosas lumbares, sobre todo a izquierda y F.I.I. Se acompaña de vómitos, sensación de distensión abdominal y diarrea.

El dolor, los vómitos y la distensión fueron en aumento; la diarrea desapareció y se instala una detención del tránsito para materias y gases. Los vómitos se hacen fecaloideos.

Al examen. Regular estado general, lengua húmeda e intensamente saburral. Abdomen: sumamente distendido se moviliza poco con la respiración. Timpanismo generalizado. Duele en F.I.I. y epigastrio.

Cardiovascular s/p., pulso 120 p.m., pleuropulmonar s/p.

Tacto rectal: Douglas algo doloroso.

Se piensa en colecisto-pancreatitis aguda o cuadro oclusivo de origen indeterminado.

Se pide amiluria, hemograma y placa simple de abdomen de pie y acostado.

Se comprueba una amiluria de 270 U.W. Leucocitos 13.000 a neutrófilos y 4:800.000 glóbulos rojos.

En la placa se observan niveles líquidos.

Con el diagnóstico de íleo probablemente mecánico se indica la laparotomía.

Operación: Anestesia general. Cirujano Nelson Ferreira, J. Menéndez Pract. Clivio Ferreira.

Incisión mediana infraumbilical. Gran distensión de asas intestinales. Se busca el sitio de la oclusión, para lo cual se efectúa previamente una enterotomía y aspiración con tubo de Pool.

Se comprueba a nivel del agujero obturador izquierdo, un asa intestinal estrangulada. Se introduce el extremo del dedo índice en dicho conducto, se amplía el mismo y se hace la exteriorización del asa, lo cual resulta bastante difícil.

Se comprueba necrosis del asa, se reseca unos ocho centímetros de intestino, se reconstruye el tránsito con una anastomosis terminoterminal en dos planos.

Invaginación del saco, ligadura por transfijión en la base y resección del mismo. Plastia con epiplón libre sobre dicho saco.

Evolución favorable.

Caso 2.— C.M. 76 años. Sexo F.

M.C. Distensión abdominal. Vómitos fecaloideos.

E.A. Dos días antes del ingreso, dolor en parte interna del muslo y rodilla derecha. El dolor fue en au-

mento, agregándose posteriormente distensión abdominal y vómitos al principio de restos de alimentos y luego fecaloideos. Detención del tránsito intestinal desde hace 72 horas.

Como antecedente a destacar, dolores en rodilla derecha en los últimos meses.

Al *examen*: enferma en mal estado general. Pulso de 140 p.m. Lengua saburral seca. Abdomen: gran distensión. Timpanismo generalizado. Orificios herniarios habituales s/p.

Cardiovascular: Taquicardia 140 p/m. P.A. 70/50.

Pleuropulmonar: s/p.

Examen ginecológico: s/p.

Placa simple de abdomen. Niveles líquidos.

Se hace tratamiento intensivo del shock y se interviene.

Operación: Anestesia general. Cirujanos: Nelson Ferreira y W. Escobar. Incisión mediana infraumbilical.

Gran distensión de asas, por lo cual se decide hacer una enterotomía y aspiración del contenido intestinal. Se observa un asa intestinal introducida en el agujero obturador derecho (conducto subpubiano).

Se libera el asa, se comprueba pequeña zona de necrosis. Resección en cuña de la zona necrosada; sutura invaginante del intestino. Se evierte el saco, epiploplastia con epiplón libre en agujero obturador. Drenaje de Douglas. Cierre por planos de la pared.

La enferma fallece a las 8 horas en shock.

CASO 3—M.V. de S. 82 años. Sexo F.

M.C. Vómitos, dolores cólicos.

E.A. Ingresó al Sanatorio Tacuarembó por dolores cólicos abdominales acompañados de vómitos al comienzo de restos de alimentos y luego fecaloideos.

Gran distensión abdominal y detención del tránsito intestinal; no expulsión de materias ni gases.

Este cuadro data de 5 días atrás. Como antecedente: dolor paroxístico a nivel de muslo catalogado de probable algia de origen reumático, datando de varios días.

Gran multipara: 10 hijos.

Al *examen*: Enferma con mal estado general, muy delgada.

Taquicardia de 130 p.m. P.A. 100/60. Lengua seca y saburral.

Abdomen: distendido a través del cual se ven movimientos de reptación de asas intestinales. Timpanismo generalizado.

Examen ginecológico: dolor en fondo de saco de Douglas; resto s/p.

La placa simple de abdomen muestra gran cantidad de niveles líquidos en intestino delgado.

Con diagnóstico de "Oclusión intestinal" de origen indeterminado, se resuelve la intervención quirúrgica.

Previamente se practica descubierta en miembro superior, se perfunde con solución electrolítica y sangre; se coloca sonda nasogástrica y se aspira el contenido gástrico.

Operación: Anestesia general. Cirujanos: Dres. Nelson Ferreira, Clivio Ferreira y C. Vilar.

Incisión mediana infraumbilical; gran distensión de asas intestinales; se busca el sitio de la oclusión luego de rechazar las asas a la derecha.

Se comprueba que una de ellas está introducida en el conducto subpúbico. La liberación es muy dificultosa.

Se constata una extensa zona de necrosis, se evacúa el contenido intestinal por enterotomía, se reseca el segmento necrosado, se hace anastomosis termino-terminal en dos planos.

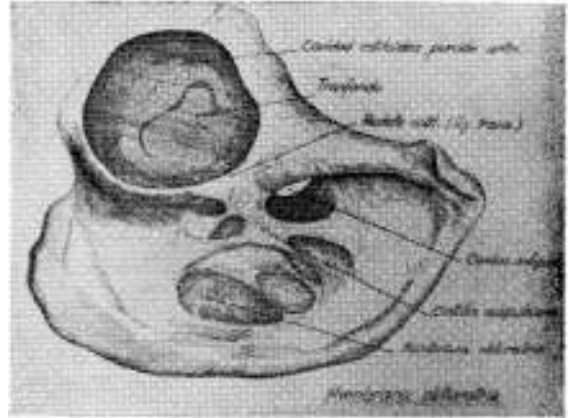


FIG. 1.—Membrana obturatriz y agujero obturatriz, vista exterior.

Se evierte el saco y se secciona. Como el defecto es muy amplio, se hace plastia con dacrón que se fija a los tejidos circundantes con seda; cierre del saco.

Se exploran los otros orificios herniarios, se comprueba un conducto subpúbico permeable del lado derecho que no se trata, dado la gravedad de la paciente. Los demás orificios s/p. Cierre por planos de la pared.

Postoperatorio s/p; evacuación intestinal al tercer día; alta a los 10 días.

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Debemos estudiar en esta región un marco óseo rígido formado por el pubis isquion y rama isquio-púbica, cerrado por dos músculos, los obturadores externo e interno, quedando entre ambos una membrana conjuntiva fibrosa, la membrana obturatriz (12).

El marco óseo tiene forma oval en el hombre, ligeramente triangular en la mujer. Tiene como límites: por arriba la cavidad cotiloidea, delante el pubis, detrás el isquion. Tiene un borde agudo debajo de la rama horizontal

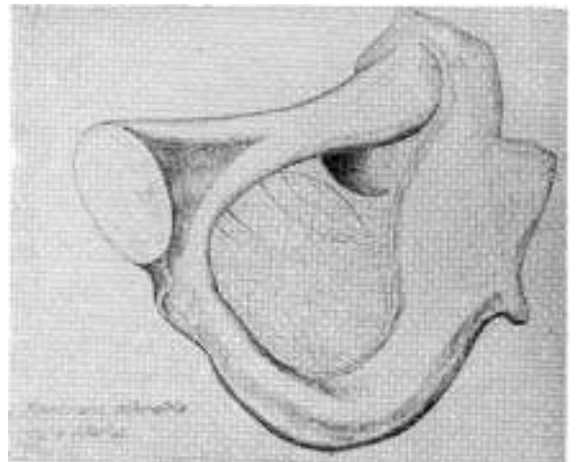


FIG. 2.—Idem, vista interior.



FIG. 3.— Corte del canal obturador, según Poirier.

del pubis donde existe un canal oblicuo hacia adelante y adentro al canal subpubiano.

Dicho agujero está cerrado por:

a) Membrana obturatriz que lo cierra casi completamente, insertándose sobre el contorno de dicho orificio, a excepción del canal subpubiano donde deja un borde libre. Por arriba y adelante recibe un refuerzo de una lámina fibrosa "la cintilla subpubiana".

b) El obturador interno con su inserción proximal, completa el cierre por dentro de dicho agujero. Se inserta en la cara interna de la membrana obturatriz y marco óseo, dejando al descubierto la arcada fibrosa subpubiana.

c) El obturador externo completa hacia afuera el cierre de este agujero, sus inserciones proximales son la cintilla subpubiana, parte anterior, inferior y posterior del marco óseo que limita el agujero isquio-púbico (7, 12, 14, 15).

Conducto subpúbico: Estos elementos de cierre dejan libre su parte ántero-superior donde transcurre el conducto subpubiano, conducto óstéo-fibro-muscular, por el cual salen los elementos obturatrizes.

Se le describen: dos paredes: superior e inferior; dos orificios: uno anterior y otro posterior.

La pared superior está formada por el canal subpubiano.

La pared inferior por el segmento ántero-superior de la membrana obturatriz, borde superior de la cintilla subpubiana y tejido célu-
lo-adiposo.

El obturador externo e interno revisten por fuera y por dentro de dicha pared.

El orificio anterior o crural está limitado por abajo por la cintilla subpubiana y fascícu-

los superiores del obturador externo. Por arriba, el reborde anterior del canal subpubiano y ligamento pubio-femoral.

El orificio posterior o pelviano está limitado por arriba por el reborde posterior del canal subpubiano, por abajo el reborde libre de la membrana obturatriz.

A nivel de este agujero existen puntos débiles a través del cual puede deslizarse el peritoneo, constituyéndose verdaderos fondos de sacos que serán posteriormente el punto de partida de las "Hernias Obturatrizes".

Las zonas de debilidad que pueden presentarse son:

- a) A nivel del conducto subpubiano.
- b) Entre los fascículos superior y medio del obturador externo.
- c) En el ángulo diedro formado por la membrana obturatriz interna y externa (14).

Roschard describe tres variedades anatómicas:

- a) La intersticial que es la que se aloja en el canal subpubiano.
- b) La retropectínea que sale del canal por el orificio anterior o entre los dos fascículos del obturador externo.
- c) La antepectínea que sale entre el pectíneo y el adductor mediano.

Nuestros tres casos pertenecían a la primera variedad, variedad ésta la más frecuente de todas (5).

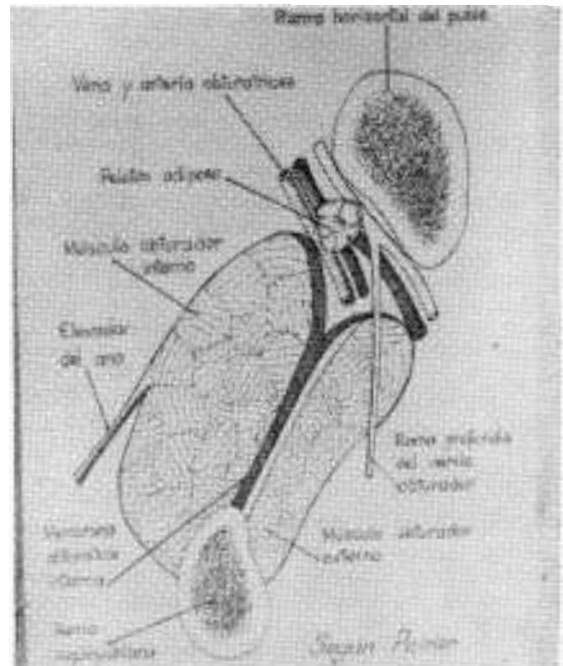


FIG. 4.— Conducto subpubiano abierto por resección ósea y logia obturatriz expuesta por sección del pectíneo.

CONSIDERACIONES CLINICAS

Excepcional en la infancia, más frecuente en la mujer que en el hombre. El adelgazamiento al disminuir el tejido adiposo del conducto obturador puede predisponer a la aparición de hernia obturatriz.

Su edad de aparición es entre los 70 y 80 años. Se la cree vinculada a la multiparidad.

En nuestros casos encontramos: un hombre obeso de 46 años, dos mujeres delgadas hiponutridas, de 76 y 82 años respectivamente; la última paciente gran multípara, 10 hijos.

Watson en su estadística encuentra un 11.81% para el sexo masculino; mucho más frecuente como podemos ver en el sexo femenino (4, 6).

Dice Kronlein: "El diagnóstico clínico de hernia obturatriz no complicada es apenas posible; el de estrangulada, incierto".

Compartimos este criterio ampliamente, dado que en ninguno de los casos presentados fue posible hacer el diagnóstico previo a la intervención quirúrgica. Fue un hallazgo de la laparotomía.

Los tres casos se operaron con el diagnóstico de oclusión intestinal de origen indeterminado; todos comenzaron con dolor de tipo retortijón que se fue intensificando en el correr del tiempo, acompañado luego de vómitos y distensión abdominal, detención del tránsito intestinal sin expulsión de materias ni gases.

En uno de los casos se veía reptar las asas intestinales a través de la pared abdominal. Otro de ellos fue acompañado de intenso estado de shock, posiblemente porque llevaba varios días de evolución.

Un signo presente en dos de nuestros casos, fue el dolor en cara interna de muslo y rodilla, dolor que se presentaba con carácter paroxístico, y que hizo pensar a la paciente en algias de origen reumático.

En los tres casos el examen detenido de las zonas herniarias no nos reveló nada de particular.

Consideramos que, dado lo difícil que es llegar a palpar la tumoración herniaria en estos casos, el único elemento de orientación para llegar a un diagnóstico más o menos correcto, sería el de irritación del paquete obturador provocando dolor en cara interna del muslo.

Rose, en 1954, presenta un caso en que el síntoma revelante era un dolor de tipo ciático, y al hacer la laparotomía se encontró con una hernia obturatriz derecha.

Otro signo de valor es el de Howship y Romber que consiste en colocar el miembro en flexión y rotación externa para provocar el dolor (16).

Como vemos pues, el diagnóstico de esta afección es difícil y se hace en base a uno de los accidentes que, como complicación, presenta este tipo de hernia (3, 7, 8, 13). Oclu-



FIG. 5.— Caso 3. Rx preoperatoria (de pie).

sión por estrangulación intestinal, siendo desde luego lo más importante no dejar evolucionar una estrangulación que, al no hacerse el diagnóstico, llevará irremediablemente a la muerte.

De ahí que, frente a un posible cuadro de oclusión, en el cual no encontramos una causa determinada, debemos pedir los exámenes complementarios (radiografía de abdomen de pie y acostado) para corroborar el diagnóstico de oclusión.

El pronóstico de este tipo de hernia es malo, porque incide en personas de edad, y el diagnóstico de oclusión se hace tardíamente. Nyhus habla de un índice de mortalidad de 50% (13, 17).

Las complicaciones que suelen verse, son las de toda hernia, siendo la estrangulación una de las más graves. Tenemos la impresión de que antes de producirse la estrangulación las vísceras sufren un proceso adherencial a nivel del peritoneo y que luego son arrastradas por el mismo fondo de saco peritoneal, produciéndose la estrangulación e interviniendo como factor desencadenante la presión intraabdominal.

En todos los casos tratados, hemos visto que el intestino estaba adherido al fondo del saco peritoneal por un tejido conjuntivo que lo unía íntimamente.

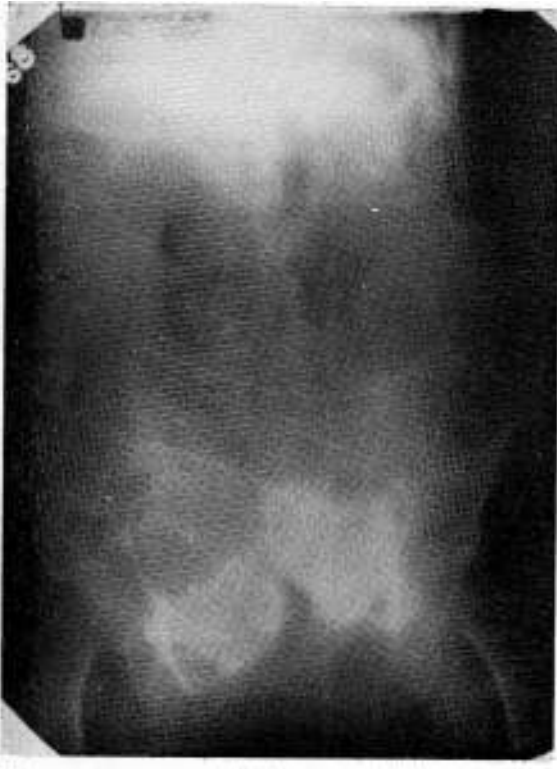


FIG. 6.— Caso 3. Rx preoperatoria (acostada).

El intestino no es la única víscera que puede habitar el saco. Además de asas delgadas pueden verse epiplón, apéndice, divertículo de Meckel, vejiga, trompa, ovario, etc. (9).

En nuestros casos la única víscera que contenía el saco era el intestino delgado.

CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

El tratamiento es quirúrgico. Consideraremos distintas eventualidades:

- a) la no complicada;
- b) la complicada.

A) La no complicada: Sumamente raro llegar a él.

Vías de abordaje:

- a) Crural;
- b) Inguinal;
- c) Inguino-crural.

a) *Crural*: Es mala; muestra el saco con suma dificultad; la disección es difícil y si encontramos adherencias intestinales o alguna complicación, estaría llena de dificultades.

b) *Inguinal*: Más racional, haciendo la incisión por encima de la arcada, abriendo el oblicuo mayor, siguiendo sus fibras, y seccionando el oblicuo menor y transverso, desprendiéndolo de la arcada para caer así por incisión roma, en pleno saco herniario. Por esta vía

podemos tratar no sólo el saco herniario sino abrir el peritoneo y tratar su contenido.

En lo que respecta al tratamiento del contenido, si es que lo tiene, reducción previa apertura del saco y de las adherencias, resección del saco redundante para luego tratar de corregir el agujero de debilidad.

La corrección de éste es en general difícil; dificultad que se presenta por varios motivos. El anillo del saco tiene relaciones íntimas con el paquete vásculo-nervioso situado por detrás y por fuera; a veces existe un verdadero círculo arterial que se forma entre la rama anastomótica de la obturatriz y la epigástrica.

Podemos usar para su corrección:

a) Plastia de tejidos vivos, cartílago costal. (Short, 1923), epiplón, peritoneo o colgajos osteo-periósticos.

b) Material inerte como lo hace Morton en 1950 o Tantalio o Teflón (Roger, 1950). En el último caso que tuvimos tratamos el defecto con dacrón.

B) *La complicada*. Este ha sido siempre el caso que hemos tenido que resolver.

Abordaje:

- a) Crural;
- b) Abdominal;
- c) Combinado;
- d) Mediana infra-umbilical.

a) *Crural*: Vía baja que llega a la hernia disociando el adductor medio y pectíneo que está llena de dificultades. Si tuviéramos que tratar el contenido sería sumamente difícil. En general la desechamos.

b) *Abdominal*: Se prefiere a la anterior. A través de una incisión paralela y supraadyacente a la arcada crural descrita por Milligan en 1919 o Lortat-Jacob y Roig, entrando por una paralela a la arcada, seccionando el oblicuo mayor, el menor y el transverso, llegando así al saco que, si fuera necesario, se abre para inspeccionar su contenido.

c) *Combinada inguinocrural*: Descrita por Gauthier y Fredet en 1923, por Lusos en 1932 y por Cavy y Paya en 1943. Esta vía sería la mejor cuando tenemos el diagnóstico previo, cosa sumamente difícil, como dijimos anteriormente.

d) *Mediana infraumbilical*: Vía que surge sobre todo ante la imposibilidad de hacer un diagnóstico correcto previo al acto quirúrgico, y que fue la que usamos en nuestros tres casos.

Confesamos que no es el abordaje ideal, dado que la visualización del anillo se hace difícil; no obstante, creemos que con el diagnóstico de abdomen agudo por oclusión intestinal de etiología incierta, debe ser la vía de elección, dado que permite hacer:

- 1) Diagnóstico correcto;
- 2) Tratar la causa de la oclusión; y
- 3) La complicación de la misma.

Las recidivas son frecuentes. Bonnet 6,1 % Mayer 25 %.

CONCLUSIONES

La hernia obturatriz es una entidad sumamente rara; no obstante, hemos tenido oportunidad de tratar tres casos bien identificados.

Es más frecuente en la mujer que en el hombre.

Aparece generalmente en las personas de edad o debilitadas. Se le atribuye mucha importancia a la multiparidad.

Su diagnóstico previo al acto quirúrgico es excepcional.

Son de suma gravedad porque inciden en un mal terreno y porque se hace el diagnóstico tardíamente.

Creemos que antes de producirse la estrangulación, las vísceras se adhieren al peritoneo y luego deslizan sobre él, produciéndose en un momento de esfuerzo (aumento de presión intra-abdominal) la introducción de la misma en el saco herniario con su correspondiente estrangulación. Esto explicaría los dolores de tipo paroxístico que sufren muchos enfermos en el trayecto obturador.

Su tratamiento es siempre quirúrgico, y como toda hernia, habrá que tratar el saco, su contenido y la pared.

El abordaje lo hemos hecho siempre a través de una mediana infraumbilical; las otras vías podrán ser consideradas únicamente cuando se haya efectuado diagnóstico previo.

El contenido lo hemos tratado por resección y anastomosis término-terminal en dos oportunidades, y por resección de la zona necrosada con sutura en un caso; el saco por inversión, ligadura y resección. En cuanto al defecto de pared en dos oportunidades le colocamos epiplón y en otro, tejido inerte, dacrón.

RESUME

Hernie obturatrice étranglée. A propos de trois cas.

Les auteurs présentent trois observations de hernie obturatrice, chez deux femmes de 76 et 82 ans et une de 40 ans, les trois cas avec étranglement affectant l'intestin, sur lequel il fallut intervenir dans tous les cas. Dans l'un d'eux on plaça un prothèse de dacron.

SUMMARY

Three cases of strangulated obturator hernia.

The authors report on three cases of obturator hernia which affected two women aged 76 and 82 and a man of 40. In the three cases there was strangulation, the intestine was involved and consequently they were operated; in all cases intestinal surgery was necessary. A dacron patch was applied on one of the patients.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARSOTTI J, LARRIEU H, CASTELLANI C. Cure simplifiée des hernies obturatrices. *Presse Med*, 78: 1023, 1970.
2. BENGGAUG H. Obturator hernia. *Aust N Z J Surg*, 40: 36, 1970.
3. CARP S, MANESCU-CALARASI I, OLTEANU C. Considerations sur la hernie obturatrice étranglée. *Lyon Chir*, 64: 72, 1968.
4. DOIG CM. Pelvic hernias in children. *J Pediatr Surg*, 7: 44, 1972.
5. FERREIRA N, FERREIRA C. Consideraciones sobre 2 casos de hernia obturatriz estrangulada. *Congreso Médico del Centro de la República*, 389, 1968.
6. FREDERICK WC. Strangulated obturator hernia. *N. Y. State J Med*, 72: 1745, 1972.
7. GRAY SW. Strangulated obturator hernia. *Surgery*, 75: 20, 1974.
8. HAULEY JA. Obturator hernia. A report of three cases with strangulation occurring twice in two patients. *J Irish Med Assoc*, 63: 396, 1970.
9. MALLARD G, FRANÇOIS M, LATREILLE R. A propos d'un cas de hernie obturatrice étranglée contensour le diverticule de Meckel. *Lyon Chir*, 66: 219, 1970.
10. MAYOL R, CAZABAN L. Hernia obturatriz estrangulada. *Cir Urug*, 46: 1976.
11. MOZHARA IG. Estrangulación de hernia obturatriz causando obstrucción. *Vestn Khir*, 105: 134, 1970 (Ruso).
12. POIRIER R, CHARPY A. *Traité d'Anatomie Humaine*. Tome 2. Paris. Masson. 1903.
13. ROGERS FA. Strangulated obturator hernia. En: NYHUS LM and HARKINS HN. *Hernia*. Philadelphia, J.B. Lippincott. 1964.
14. ROUVIERE H. *Anatomie Humaine*. Tomo 2. Paris. Masson. 1924.
15. SOUSTELLE J, BERTOCCHI R, SAUVAGE. Deux observations de hernie obturatrice étranglée. *Lyon Chir*, 64: 644, 1968.
16. SRIVASTAVA KP. Strangulated hernia of the obturator canal of a cause of acute abdomen. Report of two cases. *Int Surg*, 57: 566, 1972.
17. WAKELEY C. Obturator hernia. *Br J Surg*, 26: 515, 1939.