

Hernia obturatriz estrangulada

Dres. Ricardo Mayol y Luis A. Cazabán *

Se presenta un caso de hernia obturatriz estrangulada, en una paciente de 82 años, operada con diagnóstico de oclusión intestinal. Su gravedad está condicionada al desconocimiento de los síntomas y signos característicos de esta complicación herniaria.

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

La hernia obturatriz es muy poco frecuente y su diagnóstico preoperatorio muy difícil, aunque en la bibliografía consultada se describen algunos signos clínicos que permiten establecer la sospecha. La mayor frecuencia en pacientes ancianos y la operación tardía en etapa de estrangulación y necrosis intestinal le otorgan una alta mortalidad.

La primera observación correspondería a Arnaud de Ronsil en 1724, presentada en la Academia de Ciencias de París y que no fuera publicada porque se negó la existencia de esta hernia.

En 1762, Camper describe la anatomía quirúrgica de este tipo de hernia, señalando la tendencia del peritoneo a formar un divertículo en el orificio obturatriz.

En 1848 y 1851 se hicieron las primeras laparotomías con diagnóstico de hernia obturatriz pero los pacientes fallecieron.

En 1909 Corner y Ruggins hacen una revisión reportando 250 casos.

Hasta 1956 habían 463 casos referidos en la literatura (4).

En nuestro medio, Ferreira en 1968 presentó 2 observaciones (2).

OBSERVACION

M.C.C. Reg. 127.220 (CASMU). 82 años. Sexo femenino.

Consulta por dolor inguinocrural derecho.

Comienza 24 horas antes del ingreso con dolor en F.I.D. de moderada intensidad, continuo, con exacerbaciones cólicas y que luego se irradia a región inguinocrural derecha y cara interna de muslo. Sensación de plenitud epigástrica, náuseas. Desde hace varios años, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca compensada, en tratamiento con digital y diuréticos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de mayo de 1975.

Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas.

Dirección: José M. Montero 3035. Montevideo (Dr. L. Cazabán).

Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

Al examen: abdomen blando, depresible, indoloro. Orificios herniarios sin particularidades. Dolor moderado a la palpación en región inguinocrural derecha y cara interna de muslo.

Evolución: 12 horas después del ingreso ha aumentado la intensidad del dolor inguinocrural derecho y se pone en evidencia la existencia de un síndrome oclusivo intestinal con vómitos biliosos, detención del tránsito y distensión abdominal.

Al examen: paciente deshidratada, muy dolorida, disnea. Taquiarritmia completa, pulso fino de 95 p.m., P.A. 150-100, ingurgitación yugular, hepatomegalia dolorosa.

Abdomen distendido que se moviliza con la respiración. En epigastrio en zona de diástasis de rectos se visualiza asa intestinal muy distendida con movimientos peristálticos. Dolor a la compresión en F.I.D. Dolor difuso en región inguinocrural derecha y cara interna de muslo que se exacerba con los movimientos de aducción y abducción. Orificios herniarios sin particularidades.

Tacto rectal: ampolla libre, Douglas moderadamente doloroso.

RX simple de abdomen: gases en colon, niveles hidroaéreos en delgado.

Diagnóstico preoperatorio: oclusión de intestino delgado. Llama la atención el dolor exquisito y predominante en región inguinocrural derecha por lo que se plantea la posibilidad de una pequeña hernia crural estrangulada.

Operación: anestesia local vigilada.

Incisión sobre región inguinocrural derecha: no se constata hernia. Se amplía por herniolaparotomía inguinal, comprobando una oclusión de delgado por hernia estrangulada a nivel del orificio obturatriz derecho. Asa intestinal necrosada que al reducirlo se perfora en cavidad peritoneal. Orificio y canal obturatriz de bordes rígidos permeable al dedo índice. Resección de unos 10 cm de delgado con anastomosis terminoterminal en dos planos con puntos de lino. Cierre de pared.

Evolución postoperatoria: paciente grave del punto de vista cardiovascular que no se recupera y fallece al 8º día.

En suma: paciente de 82 años con alto riesgo cardiovascular que ingresa por dolor inguinocrural derecho, que en la evolución establece un cuadro oclusivo por lo que se opera, comprobando una hernia obturatriz estrangulada.

COMENTARIO

El agujero obturatriz está situado en la parte anterior de la pelvis, es oval de unos 5 cm por 4 cm en el hombre y un poco mayor en

la mujer. Está cerrado en la mayor parte por la membrana obturatriz que respeta en la parte superior el canal subpúbico de 20-25 mm de longitud, por donde pasa el nervio y los vasos obturadores desde la pelvis a la región antero-interna del muslo.

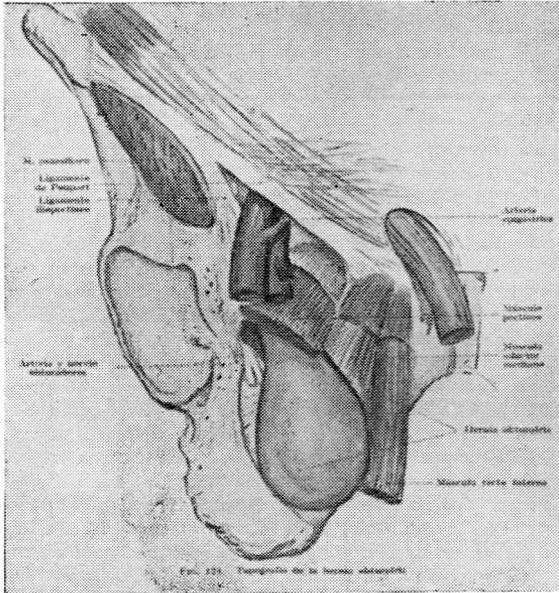


FIG. 1.— Aspecto del saco in situ.

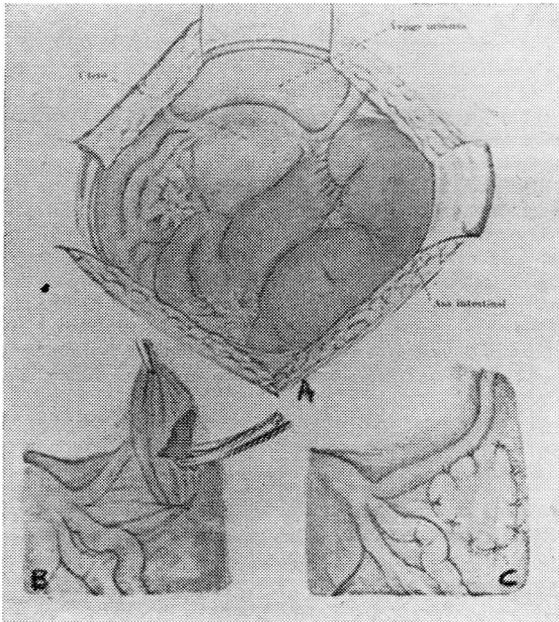


FIG. 2.— A) Hernia obturatrice derecha vista a través de la laparotomía, arriba la vejiga. B) Evaginación del saco, resección del mismo. C) Sutura del saco sobre el orificio.

Los elementos vasculo-nerviosos no rellenan el conducto y van envueltos por tejido celulo-grasoso más o menos abundante.

La hernia obturatriz es más frecuente en los ancianos de 60-70 años de edad y predomina francamente en el sexo femenino. 6:1.

La disposición de la pelvis femenina y el mayor tamaño del orificio darían esta mayor frecuencia. Las ancianas débiles y delgadas estarían más propensas a este tipo de hernias: sería la pérdida del tejido celulo-grasoso que rellena el canal lo que favorecería su aparición en las edades avanzadas (3).

El saco peritoneal es forzado a entrar al canal subpúbico por la presión intraabdominal y el tejido grasoso que rodea los elementos favorecería este descenso. El saco es siempre pequeño y se ubica por dentro de los elementos vasculonerviosos en relación inmediata con el nervio lo que explicaría el dolor característico irradiado en la parte interna del muslo y hasta la rodilla y que se describe con el nombre de signo de Howshik y Romber y se puede acompañar de muslo en flexión, aducción y rotación externa (4).

El tacto rectal y/o vaginal aumenta o provoca el dolor característico pero es muy difícil palpar la masa herniaria.

El contenido de la hernia en la mayoría de los casos es intestino delgado pero hay comunicaciones de apéndice, colon, ovario, anexo.

El diagnóstico es muy difícil y solamente se puede sospechar en presencia de estos puntos dolorosos y la actitud antálgica. En la mayoría de los casos, los pacientes se operan en el curso de una estrangulación con diagnóstico de oclusión intestinal como en la presente observación (1).

La vía de abordaje para el tratamiento del saco es abdominal.

La posición de Trendelenburg favorece la exposición de la zona.

Cuando el orificio del canal subpúbico es muy rígido y no se puede exteriorizar la hernia, debe ampliarse sobre la membrana obturatriz, respetando el pedículo obturatriz. El saco se exterioriza hacia el abdomen y se puede resear o bien plegarlo mediante puntos sobre el orificio.

Otro recurso técnico, cuando no se puede exteriorizar el saco, es tallar un colgajo en el peritoneo y rotarlo sobre el orificio, o bien utilizar un trozo de malla sintética o fascia lata.

Cheatli y Henry (3) recomiendan la vía retro-púbica subperitoneal que permite un abordaje bilateral ya que el defecto sería bilateral en uno de cada 15 casos. Pero para este tipo de operación se requiere el diagnóstico preoperatorio, cosa muy difícil si no se tiene presente esta patología.

RESUME

Hernie obturatrice étranglée.

Les auteurs présentent un cas de hernie obturatrice étranglée chez une patiente de 82 ans avec symptô-

mes douloureux de 24 heures d'évolution et une évidente occlusion de 12 heures. Elle fut opérée avec anesthésie locale. L'anse étranglée étant nécrosée, fut réséquée. La malade mourut le huitième jour.

SUMMARY

Strangulated obturator hernia.

A woman aged 82, who had been in pain for 3 hours and had manifest occlusion for the last 12 hours, was diagnosed as a case of strangulated obturator hernia. Surgery was performed using local anesthesia.

The strangulated area was necrosed and therefore resected. The patient died on the 8th. day.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARP S, MANESCU-CALARASI I, OLTEANU C. Considerations sur la hernie obturatrice étranglée. *Lyon Chir*, 64: 72, 1968.
2. FERREIRA N y FERREIRA C. Consideraciones sobre 2 casos de hernia obturatri: estrangulada. *Congreso Médico Centro República*, 38º, 1968.
3. GRAY SW. Strangulated obturator hernia. *Surgery*, 75: 20, 1974.
4. ROGERS FA. Strangulated obturator hernia. En NYHUS LM y HARKINS HN, "Hernia", Philadelphia, Lippincott, 1964.