



## PRESENTACIÓN DE CASO

### Hernia obturatriz complicada

#### Complicated obturator hernia

**Luisbel Correa Martínez,<sup>1</sup> Osnel Lazo Jiménez,<sup>2</sup> Rolando Zayas Acosta<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Médico. Residente de tercer año en Cirugía General. Instructor e Investigador agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. [belcom@infomed.sld.cu](mailto:belcom@infomed.sld.cu).

<sup>2</sup> Médico. Especialista en Primer Grado Medicina General Integral y en Cirugía General. Instructor. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. [belcom@infomed.sld.cu](mailto:belcom@infomed.sld.cu).

<sup>3</sup> Médico. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. [belcom@infomed.sld.cu](mailto:belcom@infomed.sld.cu).

**Recibido:** 14 de febrero de 2018

**Aprobado:** 15 de marzo de 2018

---

**Citar como:** Correa Martínez L, Lazo Jiménez O, Zayas Acosta R. Hernia obturatriz complicada. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado: fecha de acceso]; 22(4): 823-829. Disponible en: [www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3500](http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3500)

---

## RESUMEN

**Introducción:** las hernias obturadoras suponen una entidad infrecuente, reportada en mujeres de edad avanzada, delgadas y multíparas, siendo más frecuente su localización en el lado derecho. El diagnóstico preoperatorio es un reto y su manejo es quirúrgico.

**Caso clínico:** se presenta paciente masculino de 48 años de edad con antecedentes relativos de salud; acude a consulta de urgencia afecto de dolor abdominal de tipo cólico y difuso, a predominio de hemiabdomen inferior, acompañado de náuseas. Al examen físico se comprueban signos peritoneales en fosa ilíaca izquierda; la radiografía de abdomen simple aporta imagen de asa intestinal a nivel del agujero obturador. Se realiza laparotomía exploradora a través de una media infraumbilical y se encontró pinzamiento del borde antimesentérico de segmento de íleo terminal a través del agujero obturador, con distensión de asas delgadas por encima del pinzamiento, se reduce sin complicaciones. Se comprueba la viabilidad del segmento de intestino afecto sin necesidad de resección y se procede a realizar reparación de la pared plicando el peritoneo con sutura no reabsorbible de forma que el defecto fuese corregido.

**Conclusiones:** la hernia obturadora es una entidad infrecuente y prácticamente no reportada en hombres jóvenes y del lado izquierdo. Su cuadro clínico es inespecífico y el diagnóstico depende de su sospecha clínica, hallazgos en complementarios o durante una laparotomía. El tratamiento siempre es quirúrgico.

**DeCS:** HERNIA OBTURADORA/complicaciones/cirugía; URGENCIAS MÉDICAS; DOLOR ABDOMINAL.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** obturator hernias suppose an infrequent entity, reported in very old, thin and multiparous women, its location is more frequent in the right side. The preoperative diagnosis is a challenge and its management is surgical.

**Case report:** a 48-year-old male patient with a history of relative nature health was presented; he attended the emergency department with abdominal pain of colic-diffuse type, predominantly in the lower abdomen, accompanied by nausea. Physical examination revealed peritoneal signs in the left iliac fossa; simple abdominal radiography provided an image of the intestinal loop at the level of the obturator foramen. An exploratory laparotomy was performed through infraumbilical mean and pinching of the antimesenteric edge of the terminal ileum segment was found through the obturator foramen, with distention of thin loops above the impingement; it was reduced without complications. The viability of the affected intestine segment was tested without the need for resection and the wall was repaired by plicating the peritoneum with non-resorbable suture as a result the defect was corrected.

**Conclusions:** obturator hernia is an infrequent entity and practically not reported in young men and on the left side. Its clinical picture is nonspecific and the diagnosis depends on the clinical suspicion, complementary findings or during laparotomy. The treatment is always surgical.

**DeCS:** OBTURATOR HERNIA/complications/surgery; EMERGENCIAS; ABDOMINAL PAIN.

---

## INTRODUCCIÓN

El canal obturador es una estructura rígida, limitado en su parte inferior por la membrana obturatriz y los músculos obturadores, y en su parte superior por la rama pubiana. A través de éste pasan el nervio y los vasos obturadores, quedando un pequeño defecto para el paso de una posible hernia. <sup>(1)</sup>

Las hernias obturatrices suponen una entidad infrecuente con una incidencia del 0,07 al 1 % de las hernias de la pared abdominal, siendo responsables del 1,6 % de los casos de obstrucción de intestino delgado. <sup>(2)</sup>

Son más frecuentes en mujeres de edad avanzada, delgadas, multíparas, y del lado derecho. Provocan una clínica inespecífica que, sumado a una difícil exploración física en muchos de los casos, conlleva un diagnóstico tardío asociado a una elevada morbilidad y mortalidad. <sup>(3,4,5)</sup>

De todas las hernias de la pared abdominal, las hernias obturatrices son las que implican una mortalidad más elevada, entre el 13 y el 40 % de los casos y series de la literatura. <sup>(1, 2)</sup>

El diagnóstico preoperatorio es un reto, condicionado al retraso diagnóstico, con alta incidencia de estrangulación.<sup>5</sup>Su manejo es quirúrgico, pero dada su poca frecuencia no existen recomendaciones sobre una técnica universal. <sup>(6, 7)</sup>

Por la importancia que requiere el diagnóstico precoz de la entidad quirúrgica de urgencia debido al compromiso a la vida del paciente, y lo infrecuente que se observa esta condición, se presenta un caso de hernia obturatriz complicada en un paciente que burla las características de los casos reportados en la literatura médica.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino, color de piel blanco y 48 años de edad, con antecedentes relativos de salud, que acude a consulta de urgencia afecto de dolor abdominal tipo cólico y de localización difusa a predominio en hemiabdomen inferior, acompañado de náuseas sin vómitos.

Niega antecedentes familiares, operaciones previas, transfusiones y alergias a medicamentos. Asistido por el servicio de Cirugía General se toman los signos vitales hallándose hemodinámicamente estable, con tendencia a la taquicardia (frecuencia cardiaca (FC): 98 latidos por minuto); se realiza examen físico y se encontró abdomen discretamente globuloso, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior a predominio del cuadrante inferior izquierdo y ruidos hidroaéreos conservados. Región inguinocrural libre. Se procede a realizar tacto rectal, obteniendo dolor en fondo de saco lateral izquierdo sin notar tumoraciones. Se decide indicar exámenes complementarios:

Hemograma completo, coagulograma y glucemia: Dentro de valores normales.

Ultrasonografía abdominal: hígado con aumento de la ecogenicidad por infiltración grasa. Otras estructuras de hemiabdomen superior sin alteraciones visibles en este examen, abundantes gases intrabdominales. Ambos riñones y suprarrenales normales, sin líquido libre intrabdominal.

Rayos X de abdomen simple de pie. (Fig. 1)



**Fig. 1** Rayos X de abdomen simple de pie. La flecha indica segmento de asa intestinal a nivel del agujero obturador.

Se considera el diagnóstico de hernia obturatriz atascada, se decide ingresar en sala de observación, se aplican medidas terapéuticas: oxígeno por catéter nasal, suspensión de vía oral, hidratación endovenosa con solución salina enriquecida con electrolitos, sonda nasogástrica, sonda rectal. Se prescribe cefazolina.

Se reevalúa cada tres horas. En la segunda consulta el paciente presenta dolor abdominal de iguales características con mayor intensidad, taquicardia franca (FC: 112 latidos por minuto), dolor intenso a la palpación en cuadrante inferior izquierdo, contractura e hiperestesia cutánea. Se decide llevar al salón de operaciones con diagnóstico de hernia obturatriz complicada.

Previa anestesia general endotraqueal se realiza laparotomía exploradora a través de una media infraumbilical, encontrando segmento de íleo terminal pinzado en su borde antimesentérico (Fig. 2) a través del agujero obturador (Fig. 3), con distensión de asas delgadas por encima del pinzamiento. Se redujo sin complicaciones. Se comprueba la viabilidad del segmento de intestino afecto sin necesidad de resección y se procede a realizar reparación de la pared plicando el peritoneo con sutura no reabsorbible de forma que el defecto fuese corregido. Se revisa cavidad sin encontrar otras alteraciones, se cierra por planos.



**Fig. 2** Segmento de íleo terminal pinzado en su borde antimesentérico.



**Fig. 3** Agujero obturador, lugar donde se encontró segmento de íleo terminal pinzado en su borde antimesentérico.

La recuperación postoperatoria fue favorable. Se abrió la vía oral con líquidos a las seis horas luego de finalizada la cirugía, siendo tolerada adecuadamente. El paciente fue egresado al día siguiente. Se reevaluó el caso a los 15 días, y luego al mes sin reportes de otras complicaciones, se consideró de alta.

## **DISCUSIÓN**

La incidencia de la hernia obturatriz es mayor en mujeres, debido a que su canal obturador es más largo e inclinado, y son típicas del lado derecho, dado que en el izquierdo el colon sigmoidees cubre el orificio obturador, dificultando la herniación intestinal. <sup>(2)</sup> El paciente presentado no se adecua a lo descrito, evidenciando la posibilidad de presentaciones atípicas.

Los factores predisponentes referidos son: sexo femenino, edad avanzada, delgadez, multiparidad, presencia de ascitis y cualquier causa de hiperpresión intraabdominal. <sup>(2)</sup>

Los síntomas son inespecíficos. En el 90 % de los pacientes su debutan es con cuadro de obstrucción intestinal. En cuanto a los estudios complementarios, la radiografía simple de abdomen ayuda principalmente al diagnóstico del cuadro oclusivo, pero rara vez permite determinar su causa. <sup>(1)</sup>

En esta ocasión, fue la radiografía de abdomen simple de pie la que permitió sospechar el diagnóstico, fundamentada en una imagen de asa intestinal a nivel del agujero obturador en asociación con el complejo sintomático del paciente.

A pesar de no ser una prueba perfecta, la tomografía axial computarizada (TAC) resulta de gran utilidad en el diagnóstico, con una sensibilidad cercana al 90 %. <sup>(3)</sup>

La literatura reporta el empleo de TAC multicorte con Resonancia Magnética de abdomen y pelvis, en cuadros de obstrucción intestinal en mujeres añosas, sin antecedente de cirugías previas ni hernias objetivables, argumentando que tiene gran valor para el diagnóstico preoperatorio precoz de la hernia obturatriz y podría contribuir a reducir las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. <sup>(8)</sup>

En la mayor parte de los casos publicados, el diagnóstico se retrasa llegando a ocasionar encarcelación y gangrena intestinal. <sup>(3)</sup> Argumento de la importancia de sospechar esta condición como causa de abdomen agudo quirúrgico.

En cuanto al tratamiento, se han descrito una gran variedad de abordajes quirúrgicos, sin que exista una técnica de elección. Sebastián Rochea et al <sup>(1)</sup> consideran que la vía laparoscópica es la mejor opción, ya que brinda una clara visualización de la zona obturatriz, y además, en caso de peritonitis, permite un correcto lavado y drenaje de la cavidad. Atsushi Kohga <sup>(9)</sup> reconoce la endoscopia como la mejor forma de tratamiento.

Actualmente se encuentran disponibles varias alternativas de mallas a la hora de ser utilizadas en la herniorrafia, y los resultados a largo plazo podrían ser extrapolados de experiencias en las regiones inguinales y en las demás hernias de la pared abdominal. <sup>(10)</sup>

No existen estudios a largo plazo que permitan determinar tasas de recurrencia, dado que no se realizan imágenes de rutina a los pacientes intervenidos, sin embargo, se han reportado casos de pacientes con hernia obturatriz contralateral al sitio intervenido incluso al año de la herniorrafia, y esto ha llevado a recomendar la evaluación bilateral de los orificios obturadores en el momento de la primera cirugía. <sup>(6)</sup>

El objetivo principal en estos pacientes es poder llegar a un diagnóstico precoz, y de esa manera disminuir los altos índices de estrangulación y de mortalidad que presenta dicha hernia. Por ello, ante una mujer anciana, delgada y múltipara con síntomas de obstrucción intestinal, especialmente en ausencia de cirugías abdominales previas, se deberá dirigir el examen físico en busca de dicha hernia, y se solicitará un TAC de abdomen y pelvis con la idea de no demorar la intervención quirúrgica. <sup>(1)</sup>

Se concluye que la hernia obturatriz es una entidad infrecuente y prácticamente no reportada en hombres jóvenes y del lado izquierdo, su cuadro clínico es inespecífico y su forma de presentación más frecuente es abdomen agudo quirúrgico. El diagnóstico depende de su sospecha clínica, hallazgos en complementarios o durante una laparotomía exploradora. El tratamiento siempre es quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roche S, Bertone S, Cetolini F, Campana JP, Brandic C. Hernia obturatriz: una entidad con baja prevalencia, pero alta mortalidad. Abordaje laparoscópico. A propósito de un caso. Rev Hispanoam Hernia[Internet]. 2017[citado 2018 Ene 05]; 5(2): 77-80. Disponible en: <http://www.hernia.grupoaran.com/index.php/hispaher/article/download/38/32>.
2. Sanjay M. Khaladkar, Anubhav Kamal, Sahil Garg, Vigyat Kamal. Radiology Bilateral Obturator Hernia Diagnosed by Computed Tomography: A Case Report with Review of the Literature. Research and Practice Volume 2014, Article ID 625873. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/rpp/2014/625873/>.
3. González Gómez CC, Acevedo Tizón A, Trébol López J, Cristóbal Poch L, González Sánchez JA. Hernia obturatriz: Una entidad infrecuente que todo cirujano debe conocer. Revista Rev Acircal[Internet]. 2016[citado 2018 Ene 05]; 3(2): 72-80. Disponible en: [http://www.acircal.net/revista/files/07/06\\_Caso2\\_Hernia\\_obturatriz\\_HULP.pdf](http://www.acircal.net/revista/files/07/06_Caso2_Hernia_obturatriz_HULP.pdf).
4. Hayama S, Ohtaka K, Takahashi Y, Ichimura T, Senmaru N, Hirano S. Laparoscopic reduction and repair for incarcerated obturator hernia: comparison with open surgery. Hernia[Internet]. 2015[citado 2018 Ene 05]; 19(5): 809-814. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10029-014-1328-3>.
5. de Kok BM, Puylaert JBCM, Zijta FM. Ultrasound-guided reduction of an incarcerated obturator hernia in an elderly patient. J Clin Ultrasound. 2017;00:1-4. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcu.22562/full>.
6. González Ospina DA, Ortega Toscano CA, Flórez Arango N, Flórez Leguía MK. Hernia obturatriz y obstrucción intestinal. Reporte de caso. Rev hispanoam hernia[Internet]. 2016[citado 2018 Ene 05]; 4(4): 179-183. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267716300251>.
7. Yamazaki Y, Otowa Y, Kusano S, Nakajima K, Satake S. and Yamasaki Y. Incarcerated obturator hernia treated using a hybrid laparoscopic and anterior preperitoneal approach: A case report. Asian J Endosc Surg. 2018. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ases.12453/full>.
8. Larsson JCI, Hernández G, Marangoni C M, Marangoni C A. Rol de la TC multicorte con RMP en el diagnóstico de la hernia obturatriz: Presentación de un caso. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2014 [citado 2018 Ene 05]; 20(1): 21-25. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
9. Kohga A, Kawabe A, Cao Y, Yajima K, Okumura T et al. Elective laparoscopic repair after reduction might be useful strategy for incarcerated obturator hernia: a case report. Journal of Surgical Case Reports[Internet]. 2017 [citado 2018 Ene 05]; 9: 1-4. <https://academic.oup.com/jscr/article/2017/9/rjx180/4209293#110286709>.
10. Sawayama H, Kanemitsu K, Okuma T, Inoue K, Yamamoto K, Baba H. Safety of polypropylene mesh for incarcerated groin and obturator hernias: A retrospective study of 110 patients. Hernia[Internet]. 2014 [citado 2018 Ene 05]; 18(3): 399-406. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10029-013-1058-y>

**Luisbel Correa Martínez.** Residente de tercer año en Cirugía General. Instructor e Investigador agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***