



# Hernia obturatriz izquierda, obstrucción intestinal y hernia inguinal bilateral: Reporte de caso

## Left obturator hernia, intestinal obstruction and bilateral inguinal hernia: a case report

Zamiara Leon-Cabrera<sup>1,b</sup> , Hugo Palomino-Leon<sup>1,a</sup> , Gerson Montoya-Cama<sup>1,a</sup> 

### RESUMEN

La hernia obturatriz tiene una incidencia de menos del 1% de todas las hernias de la pared abdominal, se presentan predominantemente en mujeres de edad avanzada y se caracteriza por la protrusión de las vísceras intraabdominales hacia el agujero obturador. El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil debido a la falta de manifestaciones externas obvias, síntomas y signos inespecíficos y falta de sospecha clínica. El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de esta afección generalmente conduce a una alta tasa de mortalidad. Reportamos el caso de una paciente con hernia obturatriz complicada y hernia inguinal bilateral, la cual fue resuelto por cirugía mínimamente invasiva, no hubo complicaciones en la evolución postoperatoria, siendo su estancia hospitalaria siete días.

**PALABRAS CLAVE:** hernia obturadora, obstrucción intestinal, cirugía mínimamente invasiva.

### SUMMARY

Obturator hernia has an incidence of less than 1% of all abdominal wall hernias, it is predominantly observed in elder women and it is characterized by protrusion of intra-abdominal viscera into the shutter hole. The preoperative diagnosis is difficult due to the lack of external manifestations, nonspecific symptoms and lack of clinical suspicion. Delaying diagnosis and treatment is associated with high mortality. We report the case of a female patient with a complicated obturator hernia with concomitant bilateral inguinal hernias that underwent minimally invasive surgery with no complications and a seven day stay in hospital.

**KEYWORDS:** Obturator hernia, intestinal obstruction, minimally invasive surgery.

### INTRODUCCIÓN

La hernia obturatriz representa el 0,5 - 1,4% de todas las hernias de pared abdominal, es la causa de entre 0,2 y 1,6% de obstrucción del intestino delgado<sup>(3,4)</sup>. Esta patología afecta seis veces más a mujeres que a hombres, debido a las características anatómicas de la pelvis de las mujeres. La mayoría de los casos ocurre en mujeres ancianas (edad media de 80 años), probablemente debido al agrandamiento del canal del obturador después del embarazo y al aumento

de la laxitud del tejido relacionado con la edad<sup>(2)</sup>. Predominan las hernias del lado derecho, ya que en lado izquierdo se encuentra el sigmoides. La hernia generalmente contiene intestino delgado (íleon). Los signos y síntomas comunes incluyen síntomas de obstrucción intestinal, como náuseas, vómitos y dolor abdominal, junto con dolor en la ingle o la parte media del muslo. A veces se presenta dolor de cadera que se irradia hacia la cara medial del muslo debido a la compresión del nervio obturador (signo de Howship-Romberg).<sup>(2,4)</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Cirujano General y Laparoscópico

<sup>b</sup> Médico general

## REPORTE DE CASO / CASE REPORT

La mortalidad notificada por hernia obturatriz complicada oscila entre el 12 y el 70 %, lo cual se relaciona con el tiempo de demora en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico oportuno. Dadas las altas tasas de incarceration y perforación intestinal, las hernias obturadoras siempre se tratan quirúrgicamente<sup>(2)</sup>. El abordaje clásico es el abdominal (laparotomía exploratoria), aunque también es posible el abordaje inguinal, y en los últimos años se han descrito diversos procedimientos laparoscópicos para tratar las hernias obturatrices.

La hernia obturadora es una patología infrecuente y de difícil diagnóstico, es importante considerarlo como causa de abdomen agudo quirúrgico y solicitar estudios de imágenes oportunamente. Como ya se ha descrito el manejo quirúrgico suele ser mediante laparotomía, sin embargo, el reporte de este caso tuvo como objetivo describir el diagnóstico y manejo quirúrgico de un paciente con hernia obturatriz complicada y la coexistencia de hernia inguinal bilateral mediante cirugía laparoscópica empleando la técnica transabdominal preperitoneal (TAPP), procedimiento que se realizó sin complicaciones con buena evolución postoperatoria del paciente.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 78 años natural y procedente de Lima, acudió con un tiempo de enfermedad de cinco días, refiriendo dolor en epigastrio de moderada intensidad asociado a náuseas y vómitos de contenido bilioso, además no tenía deposiciones desde hacía tres días presentando distensión abdominal. Por la intolerancia a los alimentos sólidos acudió a emergencia del hospital. Como antecedente patológico mencionó osteoporosis desde hace diez años. Había tenido ocho gestaciones con parto vaginal.

Al examen físico las funciones vitales se encontraban dentro de límites normales, en el examen del abdominal los ruidos hidroaéreos estaban disminuidos; había dolor difuso a la palpación profunda, no signos de resistencia abdominal, ni signos peritoneales. Los exámenes de laboratorio mostraron: leucocitos en  $10,38 \times 10^3/\text{ul}$ , (neutrófilos 79% y bastonados 6%); creatinina 3,2 mg/dl; tiempo parcial de tromboplastina (TTP) 33,1 segundos, tiempo de protrombina (TP) de 14 segundos, INR 1,03; sodio 116 mEq/l, potasio 4,99 mEq/l, cloro 78 mEq/l; lactato 2,3 mmol/l. En la ecografía se observó gran distensión de estómago y asas delgadas, con contenido líquido y peristaltismo incrementado. En la tomografía se evidenció atrapamiento de asa intestinal por debajo del obturador izquierdo, sin signos de sufrimiento intestinal (figura 1).

Se realizó laparoscopia exploratoria con hernioplastia inguinal bilateral transabdominal preperitoneal (TAPP), confirmándose el diagnóstico de obstrucción intestinal por hernia obturatriz izquierda. En la hernia obturatriz se evidenció saco herniario de 2 cm conteniendo segmento de íleon incarcerationado en el borde antimesentérico; asimismo defecto herniario de aproximadamente 0,5 cm. Al reducir el asa intestinal no se evidenció signos de necrosis ni isquemia. A nivel inguinal, se encontró defecto inguinal indirecto bilateral de aproximadamente 0,5 cm, correspondiendo según la clasificación de Aachen L, con saco herniario sin contenido (figura 2). Se colocó malla de polipropileno en región inguino-crural obturatriz izquierdo e inguinal derecha, se fija la malla con sutura no absorbible al ligamento de Cooper y cierre de peritoneo con sutura absorbible.

La cirugía cursó sin complicaciones y evolución clínica en el post operatorio fue buena, con tiempo de hospitalización post quirúrgico de siete días.



**Figura 1.** Tomografía abdominopélvica axial que muestra hernia obturatriz (flecha) con contenido de intestino delgado incarcerationado entre los músculos pectíneo y obturador del lado izquierdo.

## REPORTE DE CASO / CASE REPORT



**Figura 2.** Se evidencia salida de asa intestinal por agujero obturador, a la laparoscopia.

## DISCUSIÓN

El agujero obturador que se encuentra entre el isquion y el pubis es la abertura más grande del esqueleto, aparte de una pequeña área que está cubierta por la membrana obturadora. Su margen superior está formado por la rama superior del pubis; el cuerpo y la rama inferior del pubis forman el margen interior y el margen inferior está formado por la rama del isquion y el borde anterior del cuerpo del isquion <sup>(2)</sup>. Una hernia obturatriz es una víscera herniada a través del canal obturador, un túnel óseo rígido orientado oblicuamente que mide 2-3 cm de largo y 1 cm de diámetro, a través del cual pasan los vasos obturadores y el nervio para llegar a la cadera. <sup>(2,5)</sup>

Hay tres etapas en la formación de una hernia obturatriz. En la primera etapa, el tejido conectivo pre peritoneal y la grasa ingresan al canal obturador. En la segunda etapa, se forma un hoyuelo en el peritoneo sobre el orificio interno del canal obturador y progresa hasta la invaginación de un saco peritoneal. En la tercera etapa, las vísceras como intestino delgado ingresan al saco <sup>(2)</sup>. El contenido de una hernia obturatriz puede estar situado entre el músculo pectíneo y el músculo obturador externo (el más común), entre los fascículos superior y medial del músculo obturador externo, o entre los músculos obturador externo y obturador interno (el menos común). <sup>(2,6)</sup>

En el caso presentado la sintomatología es compatible con un cuadro de obstrucción intestinal, se

plantea el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico del anciano, motivo por el cual se decidió ampliar los estudios de imágenes con tomografía abdominal con contraste. Desde el uso de la tomografía computarizada, la tasa de diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz ha mejorado del 43% al 90% en algunos informes, siendo el hallazgo más común en la tomografía computarizada el encarcelamiento del intestino delgado, lo cual corresponde a lo hallado en nuestra paciente al evidenciar dilatación proximal y colapso distal del asa intestinal del íleon distal que discurre a través del agujero obturador entre los músculos pectíneo y obturador externo. <sup>(7)</sup>

Tradicionalmente, el tratamiento es un abordaje transabdominal, preperitoneal o trans-muslo para la reparación directa del defecto de la hernia obturatriz. En el contexto de obstrucción intestinal se prefiere un abordaje transabdominal debido a la fácil evaluación de la viabilidad del intestino encarcelado y la fácil resección segmentaria del intestino si está indicada. Actualmente con el avance en la laparoscopia, más casos de hernias obturadoras encarceladas han sido reparadas con éxito ya sea mediante el abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP) o totalmente extraperitoneal (TEP). Sin embargo, el número de casos informados es limitado y no se ha determinado de manera concluyente qué enfoque es mejor. <sup>(2,6)</sup>

Se realizó una reparación laparoscópica planificada con malla TAPP para la hernia obturatriz izquierda encarcelada y la hernia inguinal mixta derecha que

## REPORTE DE CASO / CASE REPORT

se encontró incidentalmente. En nuestra experiencia recomendamos el abordaje TAPP para valorar con mayor facilidad la viabilidad del intestino encarcerado y llegar al diagnóstico de hernias incidentales, siendo esta una técnica segura con alta tasa de éxito para patologías herniarias. Debe enfatizarse que es necesaria una disección cuidadosa del saco herniario obturador para evitar lesionar el nervio o los vasos obturadores, que generalmente se encuentran posterolaterales al saco herniario.

### Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El reporte fue financiado por los autores, quienes declaran no tener conflictos de intereses.

### Contribución de autoría:

**ZLC:** Adquisición de datos, el análisis y la interpretación del caso, y la redacción del artículo.

**HPL:** Revisión crítica del artículo. **GMC:** Revisión crítica del artículo y aprobación final de la versión que será publicada; aceptación de ser responsable de todos los aspectos del reporte.

### Correspondencia:

Zamiara Leon-Cabrera.  
Av Boulevard de surco 282 Dpto. 701. San Borja,  
Lima, Perú.  
e-mail: zamiara.leon@upch.pe.  
Teléfono: 987864186

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mandarray MT, Zeng SB, Wei ZQ, et al. Obturator hernia--a condition seldom thought of and hence seldom sought. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27:133. doi: 10.1007/s00384-011-1289-2.
2. Huang CL, Ng YB, Lin IL, Chen WP, Leung JH. Obturator hernia-Usefulness of CT scan in diagnosis. *Chin J Radiol.* 2005; 30:263–267.
3. Hayes C, Schmidt K, Neduchelyn Y, Ivanovski I. Obturator hernia of Richter type: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep.* 2020 Dec; 13(12): e238252. doi: 10.1136/bcr-2020-238252.
4. Rodríguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Maroto-Genover A, Puig-Alcántara J, Sirvent-Calvera JM, Garsot-Savall E, et al. Obturator hernia: Clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia.* 2008 Jan 11; 12(3):289–97. doi: 10.1007/s10029-007-0328-y.
5. Major CK, Aziz M, Collins J. Obturator hernia: a case report. *J Med Case Reports.* 2021 Jun 17; 15, 319. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13256-021-02793-7>
6. Wu JM, Lin HF, Chen KH, Tseng LM, Huang SH. Laparoscopic Preperitoneal Mesh Repair of Incarcerated Obturator Hernia and Contralateral Direct Inguinal Hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006 Dec; 16(6):616–9. doi: 10.1089/lap.2006.16.616.
7. Mnari W, Hmida B, Maatouk M, Zrig A, Golli M. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. *Pan Afr Med J.* 2019; 32: 144. doi: 10.11604/pamj.2019.32.144.14846

**Recibido:** 17/05/2023

**Aceptado:** 31/08/2023