

Análisis de nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz en un hospital de tercer nivel

Analysis of our experience in the diagnosis and treatment of obturator hernia in a third level hospital

doi.org/10.23938/ASSN.0298

I. Eguaras Córdoba, P. Sánchez Acedo, B. Fernández-Velilla San José,
I. Otegi Altolagirre, A. Goikoetxea Urdiain, J. Mateo Retuerta, A. Hernando Sanz

RESUMEN

La patología herniaria supone un porcentaje importante de las intervenciones quirúrgicas urgentes. La hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, presentándose generalmente como un cuadro de oclusión intestinal agudo en mujeres adultas. El objetivo del estudio es analizar la experiencia en un hospital de tercer nivel en el diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz, así como detectar aquellos signos que permitan un diagnóstico precoz. La técnica de imagen de elección para su diagnóstico es la tomografía computarizada. Se trata de un estudio observacional prospectivo, en el que se incluyeron pacientes intervenidos de forma urgente por hernia obturatriz entre los años 2000 y 2016. Para el registro de la morbilidad postoperatoria se empleó la clasificación de Clavien-Dindo. Se identificaron doce pacientes con clínica de obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz. Todos ellos fueron intervenidos de forma urgente, realizándose laparotomía media urgente en el 59%, laparotomía media infraumbilical en el 33% y abordaje por vía inguinal posterior en un solo paciente (8%). En ocho pacientes (67%) fue necesario realizar una resección intestinal por isquemia intestinal. La técnica quirúrgica empleada fue la reparación mediante malla de polipropileno en seis pacientes (50%), mediante tapón en dos (17%) y cierre con puntos sueltos en cuatro (33%). Cuatro de ellos presentaron complicaciones postoperatorias, registrando un único exitus secundario a perforación por sufrimiento intestinal. Es prioritario establecer un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico urgente para reducir la morbimortalidad asociada a la hernia obturatriz.

Palabras clave. Hernia obturatriz. Obstrucción Intestinal. Malla quirúrgica. Clavien-Dindo.

ABSTRACT

Hernia pathology accounts for a large percentage of urgent surgical interventions. Obturator hernia is rare, usually presenting as a picture of acute intestinal occlusion. The aim of the study is to analyze the experience in a third level hospital in the diagnosis and treatment of obturator hernia, as well as to detect those signs that allow an early diagnosis. This is a prospective observational study, which included patients operated on urgently for obturator hernia between 2000 and 2016. For the registration of postoperative morbidity, the Clavien-Dindo classification was used. We identified twelve patients with intestinal obstruction secondary to obturator hernia. All of them were operated on urgently. Urgent midline laparotomy was carried out on 59% of them, infraumbilical laparotomy on 33%, and a posterior inguinal approach was realized on only one patient (8%). In eight patients (67%) it was necessary to perform intestinal resection. Repair was performed by polypropylene mesh in six patients (50%), by plugging in two (17%) and closing with loose stitches in four patients (33%). Four of them presented postoperative complications, recording a single exitus secondary to perforation due to intestinal suffering. Obturator hernia is a rare entity that develops mostly as an occlusive condition in elderly women. The imaging technique of choice for diagnosis is computed tomography. Establishing an early diagnosis and urgent surgical treatment is a priority to reduce associated morbidity and mortality.

Keywords. Obturator hernia. Intestinal obstruction. Surgery mesh. Clavien-Dindo.

An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (2): 201-204

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Recepción: 30/11/2017
Aceptación provisional: 29/01/2018
Aceptación definitiva: 11/05/2018

Correspondencia:

Inés Eguaras Córdoba
Servicio de Cirugía General
y del Aparato Digestivo
Complejo Hospitalario de Navarra
Irunlarrea, 3, 31008 Pamplona
E-mail: ines.eguaras.cordoba@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La patología herniaria de la pared abdominal es un motivo habitual de consulta, tanto ambulatoria como urgente, y supone un porcentaje importante de las intervenciones quirúrgicas urgentes realizadas en nuestro medio. La hernia obturatriz, descrita por Ronsil en 1724, es una patología poco frecuente, constituyendo menos del 1% de la patología herniaria¹. Su forma de presentación es un cuadro de oclusión intestinal agudo, aunque solo supone el 1-2% de los casos de oclusión intestinal atendidos de urgencia². Estos dos hechos dificultan la sospecha clínica, lo cual retrasa el proceso diagnóstico y terapéutico. Este retraso se asocia a un incremento de las tasas de estrangulación herniaria (que oscilan entre el 25 y el 100%)³⁻⁶ y mortalidad (12-70%)³⁻¹⁰.

El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz, así como dar a conocer los signos de sospecha que ayuden a realizar un diagnóstico precoz, y a su vez disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, que incluyó los pacientes intervenidos de hernia obturatriz en el Complejo Hospitalario de Navarra entre los años 2000 y 2016. Se registraron los datos epidemiológicos (edad,

sexo, índice de masa corporal), el riesgo quirúrgico (ASA), la forma de presentación y diagnóstico, así como la técnica quirúrgica utilizada y la morbimortalidad postoperatoria. La morbimortalidad postoperatoria se clasificó empleando el sistema de clasificación internacional de las complicaciones de Clavien-Dindo⁹; en aquellos pacientes que fueron registrados antes de la creación de dicha clasificación, las complicaciones se adaptaron retrospectivamente a la misma, con el fin de unificar criterios.

RESULTADOS

Se identifican doce pacientes intervenidos por presentar una hernia obturatriz (91% mujeres), todos ellos intervenidos de forma urgente. La media de edad fue de 84 años. De los doce pacientes, tres (25%) eran ASA IV-V, y el resto fueron ASA II-III. Todos ellos presentaron clínica de obstrucción intestinal (dolor y distensión abdominal, náuseas o vómitos y ausencia de peristaltismo), identificándose dilatación de asas de intestino delgado en la radiografía de abdomen. En once casos el estudio se completó mediante una tomografía computarizada (TC) (Figs. 1, 2) en la que se objetivó un cuadro de obstrucción intestinal, con dilatación anterógrada de asas de intestino delgado, causada por una hernia obturatriz. Únicamente un paciente fue intervenido de forma urgente sin diagnóstico de hernia obturatriz encarcerada.

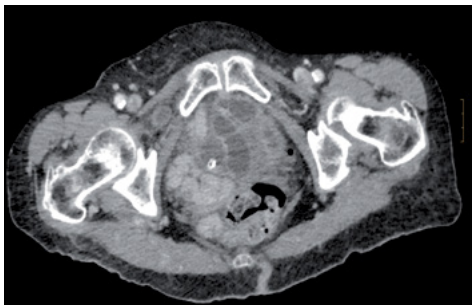


Figura 1. Imagen de TC abdominal que muestra hernia obturatriz derecha.

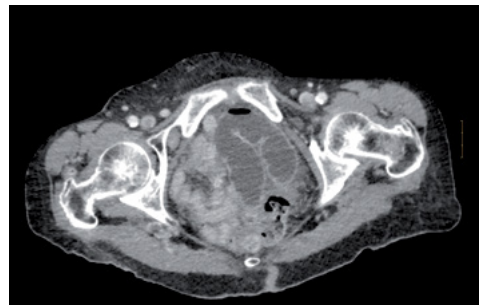


Figura 2. Imagen de TC abdominal que muestra asa intestinal alojada en orificio obturador derecho.

Las formas de acceso más frecuentes fueron la laparotomía media (59%) o infraumbilical (33%), y únicamente un paciente (8%) fue abordado por vía inguinal posterior (Nyhus). En ocho pacientes (67%) fue necesaria la resección de intestino delgado por sufrimiento intestinal.

Las técnicas quirúrgicas empleadas para la reparación del orificio herniario mediante una hernioplastia con malla de polipropileno (seis pacientes, 50%), reparación con tapón de polipropileno (dos pacientes, 17%) y cierre primario con puntos sueltos (cuatro pacientes, 33%).

Cuatro de los pacientes intervenidos (33%) presentaron complicaciones postoperatorias valoradas según la escala Clavien-Dindo: dos de ellos grado I (complicación médica), un paciente grado II (íleo postoperatorio con requerimiento de nutrición parenteral total) y otro grado V (*exitus*). La estancia media hospitalaria fue de 13 días. Durante el seguimiento de un mes postoperatorio, un paciente presentó una recidiva herniaria diagnosticada por TC.

DISCUSIÓN

El orificio obturador está formado por las ramas del pubis e isquion en la pared pélvica anterolateral, cerrado habitualmente por una membrana que permite el paso del nervio y vasos obturadores hacia el muslo¹¹.

A veces se produce un defecto adquirido sobre la membrana obturatriz, la cual se va adelgazando o debilitando hasta dejar paso a un saco herniario junto al nervio y vasos obturadores. Un factor predisponente para la aparición de una hernia obturatriz es el aumento de la presión intraabdominal¹¹.

Se trata de una patología más frecuente en mujeres (relación 6:1), multíparas, en general en el lado derecho (60%), en la edad adulta (70-80 años) y en pacientes con una pérdida de peso^{2,12,13}.

El diagnóstico clínico sigue representando un reto para los cirujanos. En el 90% de los casos se presenta como un cuadro de oclusión intestinal. En el 50% el pacien-

te puede presentar el signo de Romberg-Howship (dolor en la porción medial del muslo referido durante la extensión y abducción de la cadera), que puede confundirse con otras entidades (coxartrosis). El signo de Hannington-Kiff (abolición del reflejo aductor del muslo por compresión del nervio obturador) es más específico. En la exploración física aparece distensión abdominal, asociada a timpanismo, sin palpar tumoraciones inguinocrurales¹⁴.

La ausencia de hernia palpable dificulta el diagnóstico y se requiere una alta sospecha para solicitar las pruebas radiológicas que lo confirmen. De hecho, en ningún paciente de nuestra serie se sospechó clínicamente que la hernia obturatriz fuese la causa del cuadro obstructivo tratándose, por tanto, de un hallazgo por imagen y no un diagnóstico clínico, por lo que la TC constituye el método de elección¹³.

Debido a la alta tasa de morbimortalidad que conlleva la hernia obturatriz, el tratamiento no debería retrasarse, por lo que requiere invariablemente una intervención quirúrgica urgente. Se han descrito en la literatura varias vías de abordaje, sin llegar a un consenso sobre la técnica de elección. Podemos discernir entre las técnicas abiertas y las técnicas mediante abordaje laparoscópico^{10,15,16}. En cuanto a las técnicas abiertas, se han descrito los abordajes inguinal anterior, inguinal posterior y a través de laparotomía media infraumbilical, siendo este último el más empleado¹⁵. En los últimos años ha habido grupos de trabajo que han optado por el abordaje laparoscópico, tanto intraabdominal como extraperitoneal, si bien es cierto que ha sido en cirugía electiva^{10,16}, debido a sus ventajas (menor morbilidad postoperatoria, recuperación temprana y menor estancia hospitalaria), señalando que requiere de cirujanos con amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

Debe considerarse la realización de una sutura primaria en defectos herniarios pequeños y la colocación de malla en orificios de mayor tamaño^{6,7}. Se ha descrito una tasa de recurrencia en torno al 10%^{1,13}, similar al 8,3% de nuestra serie con un seguimiento de un mes.

Nuestra tasa de mortalidad fue del 8,3% (un único caso fue debido a perforación intestinal secundaria a sufrimiento de un asa intestinal), inferior a los datos descritos en la literatura (12-70%)^{3,9}.

En conclusión, la hernia obturatriz es una entidad poco frecuente, que se presenta habitualmente como un cuadro de oclusión intestinal en pacientes de edad avanzada, generalmente mujeres. Su diagnóstico es clínico, generalmente precisa confirmación por TC, y supone un reto para el cirujano debido a que el retraso terapéutico aumenta la morbimortalidad. Requiere tratamiento quirúrgico urgente, que suele consistir en una laparotomía media infraumbilical, reducción del asa intestinal, resección de la misma si presenta signos de isquemia y reparación del orificio herniario.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORENO-EGEA A, CORRAL LA CALLE M, TORRALBA-MARTÍNEZ JA, MORALES CUENCA G, GIRELA BAENA E, DEL POZO P et al. Obturator hernia as a cause of chronic pain after inguinal hernioplasty: elective management using tomography and ambulatory total extraperitoneal laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006; 16: 54-57.
2. YOKOYAMA T, MUNAKATA Y, OGIWARA M, KAMILIMA T, KITAMURA H, KAWASAKI S. Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. *Am J Surg* 1997; 174: 76-78.
3. CHANG SS, SHAN YS, LIN YJ, TAI YS, LIN PW. A review of obturator hernia and a proposed algorithm for its diagnosis and treatment. *World J Surg* 2005; 29: 450-454.
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; 12: 289-297.
5. MENA A, DE JUAN A, LARRAÑAGA I, AGUILERA A, FERNÁNDEZ DE BOBADILLA L, FRESNEDA V. Hernia obturatriz: análisis de nuestra serie y revisión de la enfermedad. *Cir Esp* 2002; 72: 67-71.
6. THANAPAISAN C, THANAPAISAL C. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: retrospective study. *J Med Assoc Thai* 2006; 89: 2081-2085.
7. KAMMORI ML, MAFUNE K, HIRASHIMA T, KAWAHARA M, HASHIMOTO M, OGAWA T et al. Forty-three cases of obturator hernia. *Am J Surg* 2004; 187: 549-552.
8. PRIEGO P, MENA A, DE JUAN A. Diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz: análisis de nuestra experiencia. *Rev Chil Cir* 2010; 62: 131-137.
9. CLAVIEN PA, BARKUN J, DE OLIVEIRA ML, VAUTHEY JN, DINDO D, SCHULICK RD et al. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience. *Ann Surg* 2009; 250: 187-196.
10. CHEN D, FEI Z, WANG X. Bowel obstruction secondary to incarcerated obturator hernia. *Asian J Surg* 2017; 40: 193-196.
11. GONZÁLEZ OSPINA DA, ORTEGA C, FLOREZ N, FLOREZ MK. Obturator hernia and intestinal obstruction. A case report. *Rev Hispanoam Hernia* 2016; 4: 179-183.
12. CARRIQUIRY LA, PIÑEYRO A. Pre-operative diagnosis of non-strangulated obturator hernia: the contribution of herniography. *Br J Surg* 1988; 75: 785.
13. HSU CH, WANG CC, JENG LB, CHEN MF. Obturator hernia: a report of eight cases. *Am Surg* 1993; 59: 709-711.
14. MORENO EGEA A. Hernias lumbares: manejo quirúrgico. En: Morales Conde S, Barreiro Morandeira F, Hernández Granados P, Feliu Palà X, eds. *Cirugía de la pared abdominal*. Madrid: Arán, 2013: 242-252.
15. FALCO E, CELORIA GM, NARDINI A, SACCOMANI G, REZAC C. A simple technique for obturator hernia repair. *Eur J Surg* 1997; 163: 305-306.
16. SIOW SZE LI, VOON KENNETH KHER TI. Two different surgical approaches for strangulated obturator hernias. *Malays J Med Sci* 2012; 19: 69-72.