



Casos de interés radiológico

Hernia obturatriz derecha: Reporte de un caso

[Right Obturator hernia: Case report]

Karl Patiño*, Rolando Reyna*

*Departamento De Diagnóstico, Servicio De Imagenología, Hospital Santo Tomás, Panamá, Rep. de Panamá.

Palabras Claves

hernia obturatriz, obstrucción intestinal, obstrucción mecánica.

Keywords:

obturator hernia, intestinal obstruction, mechanical obstruction.

Correspondencia

Rolando Reyna
karlpatino89@gmail.com

Recibido

27 de febrero de 2023

Aceptado

29 de marzo de 2023

Publicado

30 de abril de 2023

Uso y reproducción

Publicación de libre uso individual, no comercial. Prohibida la distribución para otros usos sin el consentimiento el editorial.

Aspectos bioéticos

Los autores declaran no existir conflicto de interés asociado a este manuscrito y la obtención de consentimiento informado de los pacientes fue eximido. Este trabajo fue avalado por el Comité institucional de ética institucional.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para este trabajo.

Resumen

Se presenta caso de una paciente femenina de 94 años, con antecedente quirúrgico de laparotomía exploratoria + herniorrafia ventral. Cursó con historia de dolor y distensión abdominal de 4 días de evolución, asociado a náuseas, vómitos y estreñimiento.

En la serie de abdomen agudo se visualiza niveles hidroaéreos con patrón en escalera y ausencia de aire en el colon distal.

Se realiza una tomografía de abdomen y pelvis contrastada que muestra leve dilatación del íleon medio y distal secundario a una obstrucción de intestino delgado a nivel de una hernia obturatriz derecha.

La paciente es llevada al salón de operaciones donde se realiza una laparotomía exploratoria con reducción de hernia.

Abstract

We present the case of a 94-year-old female patient with a surgical history of exploratory laparotomy + ventral herniorrhaphy. She presented with a history of abdominal pain and distension of 4 days of evolution, associated with nausea, vomiting and constipation.

Acute abdominal series showed hydro-aerial levels with staircase pattern and absence of air in the distal colon.

A contrasted CT scan of the abdomen and pelvis showed mild dilatation of the middle and distal ileum secondary to small bowel obstruction at the level of a right obturator hernia.

The patient was taken to the operating room where an exploratory laparotomy with hernia reduction was performed.

INTRODUCCIÓN

Paciente femenina de 94 años con antecedente quirúrgico de laparotomía exploratoria + herniorrafia ventral que acude al cuarto de urgencias con cuadro de 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso y distensión, asociado a cese de evacuaciones y vómitos intermitentes. La paciente cursó con leucocitosis en 14,400 cel./dl con neutrofilia del 86.1%, sin desequilibrio hidroelectrolítico.

Se solicita radiografía de abdomen (Ver figura 1), donde se evidencia múltiples asas de intestino delgado dilatadas de localización central sin gas en sigmoides ni recto. Por los hallazgos mencionados, el servicio de Cirugía General solicita estudio tomográfico contrastado de abdomen y pelvis por sospecha clínica de proceso suboclusivo.

En la tomografía computada (TC) corte axial del abdomen medio en fase arterial, se visualiza asas de intestino delgado dilatadas, algunas con niveles hidroaéreos (Ver Figura 2).

En otro corte axial a nivel de los trocánteres mayores observamos un asa de íleon distal entre el músculo pectíneo y obturador externo (Ver figura 3). De igual manera visualizamos asa de intestino delgado con escasa canti-

dad de líquido libre adyacente en el canal obturador derecho en los cortes coronales (Ver figuras 4a, 4b y 4c) y sagital (Ver figura 5) sin datos tomográficos de sufrimiento de asa en el momento del estudio con relación a hernia a este nivel.

DISCUSIÓN

La hernia obturatriz es una afección poco común, con una incidencia del 0.05% al 1.4% de todas las hernias abdominales y se manifiesta comúnmente como una obs-

Figura 2. TC abdomen corte axial fase arterial.



TC abdomen corte axial fase arterial donde se visualizan múltiples asas de intestino delgado dilatadas (cursores negros) con niveles hidroaéreos sin engrosamiento de sus paredes.

Figura 3. TC abdominal corte axial fase arterial a nivel de los trocánteres mayores.



TC abdominal corte axial fase arterial a nivel de los trocánteres mayores donde se observa un asa de íleon distal entre el músculo pectíneo y obturador externo (flecha).

Figura 1. Radiografía en decúbito supino.



Radiografía en decúbito supino que muestra múltiples asas de intestino delgado de localización central dilatadas. No hay aire en sigmoides ni recto.

Figura 4. TC abdomen fase arterial corte coronal.



Se observa asa de intestino delgado con escasa cantidad de líquido obturador derecho (flecha en C).

Figura 5. TC abdominal corte sagital fase arterial.



TC abdominal corte sagital fase arterial con asa de intestino delgado en canal obturatriz.

trucción intestinal aguda. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a la falta de especificidad de los síntomas [1,3]. Esta se caracteriza por la herniación de asas de intestino entre los músculos obturador y pectíneo al canal obturador [1,2]. El saco herniario puede contener el apéndice, divertículo de Meckel, anexos e inclusive el útero [2].

Dentro de los factores predisponentes para el desarrollo de este tipo de hernias se encuentra el sexo femenino con una relación de 9:1, la multiparidad y todas las condiciones que aumenten la presión intrabdominal. Sin embargo, la emaciación, es quizá el factor de riesgo más importante, pues la pérdida severa de peso conlleva la disminución de la grasa peritoneal que cubre el canal obturador lo que favorece la presencia de hernias.

El lado derecho se afecta con mayor frecuencia. Se cree que la presencia del colon sigmoide en el lado izquierdo cubre el foramen obturador, actuando como barrera preventiva de herniación [1].

El cuadro clínico usual es el de una obstrucción intestinal, caracterizado por náuseas, vómitos, dolor abdominal, distensión y pérdida de peso, pero estos síntomas no son específicos.

El orificio herniario es pequeño, por lo que el pinzamiento o estrangulación de asas de intestino es común, por lo que la mortalidad permanece elevada entre 25% a 75% [2,3]. El dolor en el aspecto medial del muslo ipsilateral incrementa con la extensión y rotación interna y la aducción de la extremidad (signo de Howship-Romberg) [1,2] y la pérdida del reflejo de los aductores, conocido como el signo de Hannington-Kiff [1].

Los hallazgos por radiología convencional muestran datos inespecíficos de obstrucción intestinal. En algunas ocasiones puede verse una sombra de gas en el agujero obturador afectado [1].

En TC, se visualiza una masa entre los músculos obturador externo y pectíneo, la cual puede contener aire correspondiente a gas intraluminal además de dilatación de asas.

En los casos donde se reconoce engrosamiento de las paredes, pobre realce mural y presencia de líquido en el saco herniario, son sugestivos de hernia encancerada, lo que puede llevar a gangrena y perforación [1].

El manejo es exclusivamente quirúrgico. Se favorece el abordaje por incisión en la línea media baja del abdomen y en algunas ocasiones se requiere resección de la porción de intestino involucrada debido a cambios por gangrena o perforación [2].

CONCLUSIONES

Los procesos obstructivos intestinales por hernia del canal obturatriz son sumamente raros y representan solamente el 1% de las hernias abdominales. Su diagnóstico es difícil y se apoya fuertemente en los estudios de imagen, siendo la tomografía el estudio de elección. Su manejo es exclusivamente quirúrgico, el cual no debe retrasarse por el alto riesgo de complicaciones y elevada mortalidad.

REFERENCIAS

- [1] González, David; Ortega, César; Flórez, Natalia; Flórez María. Hernia obturatriz y obstrucción intestinal. Reporte de caso. Revista hispanoamericana hernia. 2016. 4(4):179-183. Disponible en DOI: 10.1016/j.rehah.2016.06.002.
- [2] Mnari, Walid; Hmida, Badii; Maatouk, Mezri; Zrig, Ahmed; Golli, Mondher. Strangulated obturator hernia: a case report with literatura review. Pan African Medical Journal. 2019; 32:144. Disponible en DOI: 10.11604/pamj.2019.32.144.14846.
- [3] Zhengzheng, Li; Chaoyang Gu; Mingtian, Wei; Xing, Yuan; Ziqiang, Wang. Diagnosis and treatment of obturator hernia: retrospective analysis of 86 clinical cases. BMC Surgery 2021. 21:124. Disponible en DOI: 10.1186/s12893-021-01125-2.
- [4] Aguirre, Diego; Santosa, Agnes; Casola, Giovana; Sirlin, Claude. Abdominal Wall hernias: Imaging Features, Complications, and Diagnostic Pitfalls at Multi-Detector Row CT. Radiographics 2005. 25:1501-1520. Disponible en DOI: 10.1148/gr256055018.