

## Nota Clínica

# Tomografía computadorizada en el diagnóstico de hernia obturatriz

P. Pardo Rojas, F. Agustín Cembellín

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL STA M<sup>ª</sup> NAI. CHOU. OURENSE

### RESUMEN

**P**resentamos un caso de obstrucción intestinal por hernia obturatriz izquierda estrangulada en una mujer de 88 años de edad muy debilitada. La hernia obturatriz representa un problema diagnóstico debido a la falta en general de manifestaciones externas, la forma confusa de presentación y a la poca sospecha clínica. Tiene un claro predominio en mujeres ancianas con estado de malnutrición.

La obstrucción intestinal es la forma más frecuente de presentación, si bien tan solo el 0,4% de los cuadros obstructivos son inducidos por este tipo de hernias. Debido a la anatomía del canal obturador, el índice de encarceración y estrangulación es elevado. Los signos de Howship-Romberg y Hannington-Kiff, aunque específicos de hernia obturatriz estrangulada, aparecen con poca frecuencia.

El tratamiento es siempre quirúrgico mediante laparotomía o laparoscopia. El objetivo de nuestro trabajo es reseñar la utilidad que tuvo la tomografía computadorizada helicoidal abdomino-pélvica en el diagnóstico precoz de obstrucción intestinal por hernia obturatriz.

**Palabras clave:** *Hernia obturatriz. Obstrucción intestinal. Tomografía computadorizada.*

### ABSTRACT

#### CT scan in the diagnosis of obturator hernia

**W**e report a case of ileus due to incarcerated left-sided obturator hernia in a severely weakened 88-year-old female. Obturator hernia constitutes a diagnostic problem because of the general lack of external manifestations, the confuse mode of presentation and the scarce clinical suspicion. It affects predominantly aged women with malnutrition. Ileus, or intestinal obstruction, is the most frequent mode of presentation, although only 0.4% of all obstructive episodes are due to this type of hernia. Because of the anatomy of the obturator canal, the incidence of incarceration and strangulation is high. The Howship-Romberg and Hannington-Kiff signs, although specific for strangulated obturator hernia, are not often present. Management is always surgical, with laparotomy or laparoscopy. The aim of the present paper is to highlight the usefulness of abdomino-pelvic helicoidal CT scan in the early diagnosis of ileus due to obturator hernia.

**Key Words:** *Obturator hernia. Intestinal obstruction. CT scan.*

### INTRODUCCIÓN

La hernia obturatriz es una forma poco frecuente de hernia pélvica, producida por un defecto adquirido en la membrana del foramen obturador por donde pasan hacia el muslo el nervio obturador y los vasos obturadores.

Se ve favorecida por aquellas situaciones que incrementan la presión intraabdominal y la relajación del peritoneo<sup>1</sup>. Es

más prevalente en mujeres ancianas chinas muy delgadas<sup>2,3</sup>.

El 88% de los casos se presenta clínicamente con un cuadro de obstrucción intestinal<sup>4</sup>. Cursan con una elevada mortalidad (10%-50%) debido a su tendencia a la estrangulación, el retraso en su correcto diagnóstico y el estado debilitado de la mayoría de las pacientes.

Aunque los diferentes métodos de imagen (radiografía simple de abdomen<sup>5</sup>, herniografía, tránsito gastrointestinal y eco-

**Correspondencia:** Purificación Pardo Rojas.  
Radiodiagnóstico. Hospital Sta M<sup>ª</sup> Nai.  
C/ Ramón Puga Nº 52. 32005 Ourense  
E-mail: ppardorojas@yahoo.es

Fecha de recepción: 15-3-2004  
Fecha de aceptación: 19-7-2005



grafía) ayudan al diagnóstico, es la tomografía computadorizada (TC) abdomino-pélvica la técnica de elección en el manejo preoperatorio de la hernia obturatriz al definir con exactitud los distintos elementos musculares y óseos del agujero obturador.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 88 años de edad que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal continuo periumbilical de cuatro días de evolución, acompañado de náuseas y vómitos. No refería antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. A la exploración física destacaba una acentuada caquexia, con un abdomen distendido, ligeramente doloroso a la palpación, sin masas ni signos definitivos de hernias. Las pruebas de laboratorio eran normales.

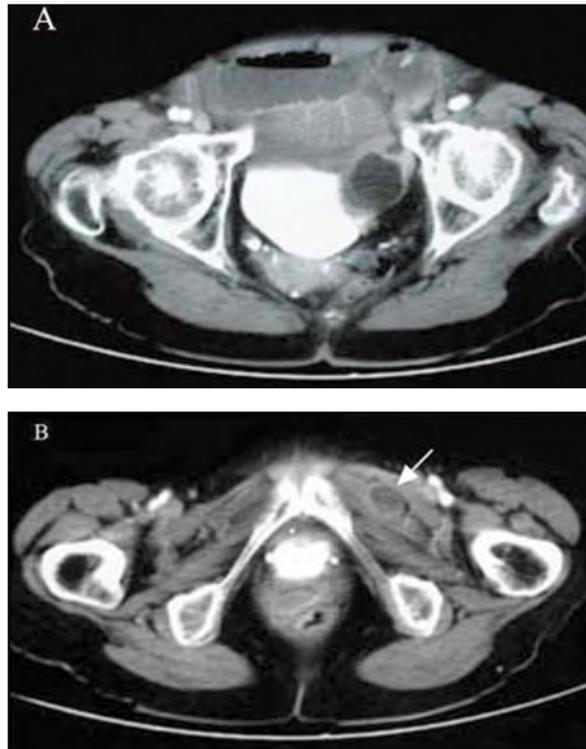
La radiografía simple de abdomen puso de manifiesto asas de intestino delgado dilatadas. Ante la sospecha radiológica de obstrucción intestinal de etiología no clara se realizó una tomografía computadorizada helicoidal abdomino-pélvica con contraste endovenoso (Figura 1) donde se demostró dilatación patológica de asas de delgado con una pequeña masa localizada inferiormente a la rama izquierda del pubis, que caudalmente se ubicaba entre el músculo obturador externo y el pectíneo. Con el diagnóstico radiológico de obstrucción intestinal por hernia obturatriz se realizó laparotomía media con reducción de la hernia estrangulada, extirpación de un segmento de intestino delgado, anastomosis termino-terminal y resección del saco peritoneal obturatriz con reparación del agujero obturador mediante colocación de malla sintética. La paciente evolucionó favorablemente, con alta hospitalaria a los 8 días de la intervención.

## DISCUSIÓN

La hernia obturatriz fue descrita por primera vez por Arnaud de Rosil en 1724. Es muy poco frecuente y representa entre el 0,073% de hernias reparadas en la serie de Bjork<sup>6</sup> y el 1% en la de Lo<sup>7</sup>. En la bibliografía hay publicados unos 735 casos, con claro predominio en la población china y japonesa<sup>8</sup>.

El perfil clínico de nuestra paciente: mujer anciana, caquética sin antecedentes quirúrgicos, responde al de la mayoría de los casos descritos en la literatura. Tiene un claro predominio femenino con una relación mujer-hombre de 6:1<sup>9</sup> y una edad media de presentación de 70-90 años<sup>10</sup>.

La hernia se produce cuando el peritoneo que cubre el suelo de la pelvis entra en el canal del obturador. Se describen



**Figura 1. Hernia obturatriz izquierda. TC pélvico.** A. Se observan asas de delgado dilatadas. B. Nivel inferior, masa (flecha) hipodensa entre el músculo obturador y el pectíneo.

tres tipos de hernia obturatriz: a) entre el músculo pectíneo y el obturador externo (la más usual), b) entre el fascículo superior y medio del obturador externo y c) entre la membrana externa e interna del obturador<sup>4</sup>. El contenido más habitual del saco herniado es intestino delgado, siendo el íleon más frecuente que el yeyuno. Otros elementos descritos incluyen: omento, colon, apéndice, vejiga, ovario, útero, trompas de Falopio e incluso un divertículo de Meckel<sup>7</sup>. El 60% de las hernias se localizan en el lado derecho, siendo la bilateralidad extremadamente rara. Nuestro caso fue izquierdo, el contenido íleon alojado entre el músculo pectíneo y el obturador externo.

Si bien la obstrucción intestinal aguda es la forma más frecuente de comienzo clínico, es el signo de Howship-Romberg patognomónico de hernia obturatriz estrangulada y consiste en dolor y parestesia en la cara interna del muslo que se irradia a la rodilla. Se observa en el 25-50% de los casos<sup>11</sup>. El signo de Hannington-Kiff, según algunos autores, es el más específico y el menos frecuente. Hay una pérdida del reflejo de los aductores con reflejo patelar persistente. Otros hallazgos a la exploración incluyen una masa palpable en la cara

medial del muslo y al tacto rectal o vaginal, equimosis en la porción medial de la ingle, enfisema subcutáneo o un absceso en el muslo<sup>12</sup>. Aunque estos signos ayudan al diagnóstico, son poco frecuentes. En nuestra paciente todos estuvieron ausentes.

La radiografía simple de abdomen y los estudios baritados pueden demostrar obstrucción intestinal, con un asa fija que contiene gas o contraste en la región del canal<sup>13</sup>. Aunque la ecografía es la técnica más empleada en valorar el abdomen de urgencias, el área obturatriz no se analiza de forma rutina-

ria. Al igual que Ijiri<sup>3</sup> y Meziani<sup>14</sup> apoyamos la utilización de la TC en la valoración preoperatoria de obstrucción intestinal por sospecha de hernia obturatriz estrangulada, al acelerar el diagnóstico, reducir la morbimortalidad y ayudar al cirujano en la elección del abordaje quirúrgico.

Ante una mujer anciana caquéctica con clínica y radiología simple sugestiva de obstrucción intestinal se debe sospechar la posibilidad de hernia obturatriz y realizar una TC abdomino-pélvica de urgencias para confirmar el diagnóstico e instaurar tratamiento quirúrgico precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Gullmo A, Broome A, Smedberg S. Herniography. *Surg Clin North Am* 1984;64:229-44.
- 2- Megibow AJ, Wagner AG. Case report: obturator hernia. *J Comput Assist Tomogr* 1983;7:350-2.
- 3- Ijiri R, Kanamaru H, Yokoyama H, Shirakawa M, Hashimoto H, Yoshino G. Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis. *Surgery* 1996;119:137-40.
- 4- Mercader VP, Fein DA, Gembala-Parsons RB, Caroline DF. CT of an obturator hernia. *J Comput Assist Tomogr* 1995;19:330-2.
- 5- García Plaza A, Gómez Gómez J, González Fernández L, Sánchez Fernández J, Pina Arroyo J, Cuadrado Idoyaga F, et al. Diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz por radiología simple. *Cir Esp* 2000;67:216-7.
- 6- Bjork KJ, Mucha P, Cahill DR. Obturator hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1998;167:217-22.
- 7- Yau Lo CH, Lorentz TG, Lau PWK. Obturator hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg* 1994;167:396-8.
- 8- Yip AWC, Ahchong AK, Lam KH. Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge. *Surgery* 1993;113:266-9.
- 9- Harper JR, Holt JH. Obturator hernia. *Am J Surg* 1956;92:562-5.
- 10- Paulson EK, Keogan MT, Folz EK, McGee SG, Low VHS, Nelson RC. Gastrointestinal case of the day. *AJR* 1995;165:192-6.
- 11- Tchupetlowsky S, Losanoff E, Kjossev KT. Bilateral obturator hernia: a new technique and a new prosthetic material for repair-case report and review of the literature. *Surgery* 1995;117:109-12.
- 12- Tiwary AK, Tie MLH, Lynch G. Obturator hernia: an elusive diagnosis. *J Roy Soc Med* 1992;85:180.
- 13- Harrison LA, Keesling CA, Martin NL, Lee KR, Wetzel LH. Abdominal wall hernias: review of herniography and correlation with cross-sectional imaging. *Radiographics* 1995;15:315-32.
- 14- Meziane MA, Fishman EK, Siegelman SS. Computed tomographic diagnosis of obturator hernia. *Gastrointest Radiol* 1983;8:375-7.