

## Diagnóstico y tratamiento de la hernia obturatriz: Análisis de nuestra experiencia\*

Drs. PABLO PRIEGO<sup>1</sup>, ANTONIO MENA<sup>2</sup>, AGUSTÍN DE JUAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital General de Castellón.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

<sup>3</sup> Servicio de Cirugía General y Digestivo. Fundación Pública Hospital Comarcal Do Salnes, Pontevedra. España.

### Abstract

---

#### Diagnosis and management of obturator hernia: analysis of our experience

**Background:** Obturator hernia is a rare type of hernia. Because symptoms and signs are non-specific, diagnosis and treatment are often delayed, increasing the rate of strangulation and mortality. **Material and Methods:** A retrospective study was performed in 17 cases of obturator hernia at Ramón y Cajal Hospital between January 1986 and December of 2007. **Results:** All patients were women with a mean age of 77 years (range 19-88 years). Mean time from onset of symptoms to surgery was 3 days (range 0-10 days). Howship-Romberg sign was positive in five cases (29,4%). Emergency surgery was performed in 16 cases (94%) and elective surgery in one (6%). CT has increased the rate of preoperative diagnosis from 16,6% to 41,2%, however, the rate of strangulation of bowel was 47%, requiring intestinal resection ten patients (59%). Hernia repair was performed using polypropylene mesh in 8 cases (47%) and by means of simple suture and apposition of the peritoneum in the rest 9 cases. Mean hospital postoperative stay was 11,65 days (range 4-26 days) and mortality was 23,5%. **Conclusion:** Although CT scan has facilitated us the correct diagnosis of obturator hernia, decreasing the mean time from onset of symptoms to surgery to 3 days, we could not reduce the rate of intestinal resection and mortality.

**Key words:** Obturator hernia, Howship-Romberg sign, diagnosis, treatment, intestinal obstruction.

### Resumen

---

La hernia obturatriz es una entidad rara, con frecuente ausencia de signos y síntomas específicos, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento, y por ello puede presentar una elevada tasa de estrangulación y mortalidad. **Material y Métodos:** Efectuamos un estudio retrospectivo sobre 17 casos de hernia obturatriz en el Hospital Ramón y Cajal entre enero de 1986 y diciembre de 2007. **Resultados:** Todos los pacientes eran mujeres con una edad media de 77 años (rango 19-88 años). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía fue de 3 días (rango 1-10 días). El signo de Howship- Romberg fue positivo en 5 casos (29,4%). Se efectuaron 16 intervenciones con carácter de urgente (94%) y una de forma electiva (6%).

---

\*Recibido el 28 de Abril de 2009 y aceptado para publicación el 28 de Noviembre de 2009.

Correspondencia: Dr. Pablo Priego Jiménez  
Calle de En Gran Avenida 323 13 12005 Castellón De La Plana, España.  
E-mail: papriego@hotmail.com

La realización de un TAC va a incrementar la tasa de diagnóstico preoperatorio de un 16,6% a un 41,2%. La tasa de estrangulación fue de 47%, requiriendo resección intestinal 10 pacientes (59%). En 8 ocasiones se reparó el defecto herniario con una malla de polipropileno (47%), siendo con cierre simple y aposición del peritoneo en los 9 restantes. La estancia media postoperatoria fue de 11,65 días (rango 4-26 días) y la tasa de mortalidad de 23,5%. **Conclusión:** Aunque la realización del TAC ha incrementado la tasa de diagnóstico preoperatorio, disminuyendo el tiempo desde la aparición de los síntomas hasta la cirugía a 3 días, no hemos podido reducir la tasa de resección intestinal y mortalidad.

**Palabras clave:** Hernia obturatriz, signo de Howship-Romberg, diagnóstico, tratamiento, obstrucción intestinal.

## Introducción

La hernia obturatriz, descrita por primera vez en 1724 por Ronsil, es una entidad rara, con una frecuencia de presentación entre un 0,05-0,14% de todas las hernias de la pared abdominal, y es causa de una obstrucción de intestino delgado entre un 0,2-1,6% de los casos<sup>1-3</sup>.

En general, aparece en mujeres delgadas, ancianas y multiparas<sup>4-6</sup>. Debido a que los signos y síntomas son inespecíficos, el diagnóstico y el tratamiento a menudo se retrasa, siendo el diagnóstico preoperatorio únicamente posible en un 10-30% de los casos<sup>6-10</sup>. Este retraso asocia un incremento de las tasas de estrangulación herniaria (que oscilan entre un 25-100%)<sup>1,5-7,10</sup> y mortalidad (12-70%)<sup>4-7,10,11</sup>.

En consecuencia, un diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para reducir la tasa de estrangulación y mortalidad.

El objetivo del estudio es analizar nuestra experiencia en el manejo de 17 casos de hernias obturatrias.

## Material y Método

Se revisan de forma retrospectiva todos los casos de hernia obturatriz tratados en el Hospital Ramón y Cajal desde enero de 1986 hasta diciembre de 2007, analizándose las siguientes variables: sexo, edad, estado nutricional, enfermedades asociadas, clínica de presentación, pruebas complementarias, diagnóstico preoperatorio, tratamiento, morbilidad, mortalidad y evolución.

## Resultados

Se identifican 17 casos de hernia obturatriz en 15 pacientes (cirugía urgente en 16 casos y electiva en 1 caso). Todos los pacientes eran mujeres con edad media de 77 años (rango 19-88 años). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía fue de 3 días (rango 1-10 días). Los detalles de los pacientes aparecen reflejados en las Tablas 1 y 2.

En el 50% de los casos, los pacientes se encontraban en un estado de extrema delgadez y caquexia. La mayor parte (16 casos-94%) presentaban signos y síntomas de obstrucción intestinal (dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia de peristaltismo). El signo de Howship-Romberg (dolor en la cadera irradiado a la cara interna del muslo y rodilla ipsilaterales) fue positivo en 5 casos (29,4%).

La radiología simple de abdomen reflejaba en todos los casos una dilatación importante del intestino delgado. Cuatro fueron estudiados mediante TAC (Figuras 1 y 2), demostrando una obstrucción intestinal secundaria a una hernia obturatriz encarcerada en todos los casos, y en dos pacientes se realizó una ecografía abdominal, que fue diagnóstica en uno de ellos. En total, se realiza un correcto diagnóstico preoperatorio de obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz encarcerada en 7 casos (41,2%).

Las vías de abordaje fueron: laparotomía media infraumbilical en 8 casos, laparotomía media supra- infraumbilical en 5 casos, inguinal en 3 casos y pararectal derecha en una ocasión.

Los hallazgos intraoperatorios fueron: 8 casos de hernia estrangulada y perforada (47%), 7 casos de hernia encarcerada con intestino delgado viable (41%), 1 caso de hernia obturatriz normal (cirugía electiva) y un caso de hernia obturatriz asociada a vólvulo de sigma (Figuras 3 y 4).

En todos los casos el órgano herniado fue el intestino delgado. En 11 ocasiones la hernia obturatriz fue derecha (64,7%) y en seis izquierda. La tasa de estrangulación herniaria fue de 47%, requiriendo resección intestinal 10 pacientes (59%): 8 casos por presencia de una hernia estrangulada y perforada, y 2 casos debido a la perforación del intestino delgado durante la manipulación y reducción del saco herniario.

La hernia fue reparada usando una malla de polipropileno en 8 casos (47%), siendo con cierre simple y aposición del peritoneo en los 9 restantes (53%). La estancia media postoperatoria fue de 11,65 días (rango 4-26 días). Las complicaciones postoperatorias aparecen reflejadas en la Tabla 3.

Durante el seguimiento, un paciente presentó una suboclusión intestinal que se manejó de forma

**Tabla 1. Hernia obturatriz. Nuestra serie**

Casos	Edad/Sexo	ASA	ECO/TC	SHR	Diagnóstico Preoperatorio	Hallazgos quirúrgicos	Resección intestinal	Reparación hernia	Mortalidad
1	76 M	IV	No	No	OIOD	HOEP	Sí	Malla	No
2	68 M	III	No	SI	OIOD	HOI	No	Sutura directa	No
3	88 M	III	No	No	OIOD	HOI	Sí	Sutura directa	No
4	77 M	III	No	No	OIHI	HOI	No	Sutura directa	No
5	86 M	III	No	SI	OIOD	HOEP	Sí	Sutura directa	No
6	86 M	III	No	No	OIOD	HOEP	Sí	Sutura directa	No
7	81 M	III	ECO	SI	OIHO	HOEP	Sí	Sutura directa	No
8	19 M	I	No	No	HIR	HON	No	Malla	No
9	72 M	IV	No	No	OIOD	HOEP	Sí	Malla	No
10	62 M	III	ECO	SI	OIHO	HOI	No	Malla	Sí
11	79 M	IV	No	No	OIOD	HOI vólculo sigma	No	Sutura directa	Sí
12	82 M	IV	No	No	OIOD	HOEP	Sí	Sutura directa	No
13	84 M	IV	TC	No	OIHO	HOI	No	Malla	No
14	86 M	IV	No	SI	OIHO	HOI	Sí	Sutura directa	Sí
15	71 M	III	TC	No	OIHO	HOEP	Sí	Malla	No
16	84 M	III	TC	No	OIHO	HOI	No	Malla	No
17	79 M	III	TC	No	OIHO	HOEP	Sí	Malla	Sí

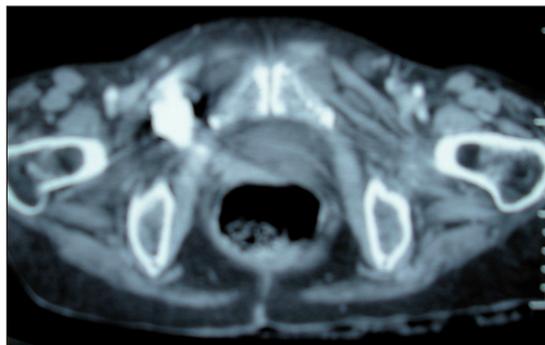
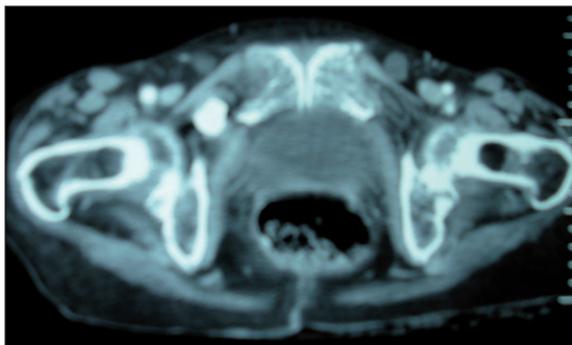
M: Mujer. ASA: Sociedad Americana de Anestesiología. ECO: Ecografía abdominal. TC: Tomografía computarizada. SHR: Signo de Howship-Romberg. OIOD: Obstrucción intestinal de origen desconocido. OIHO: Obstrucción intestinal debido a hernia obturatriz. OIHI: Obstrucción intestinal debido a hernia inguinal. HIR: Hernia inguinal recidivada y no complicada. HOEP: Hernia obturatriz estrangulada y perforada. HOI: Hernia obturatriz encarcerada. HON: Hernia obturatriz normal.

**Tabla 2. Enfermedades asociadas**

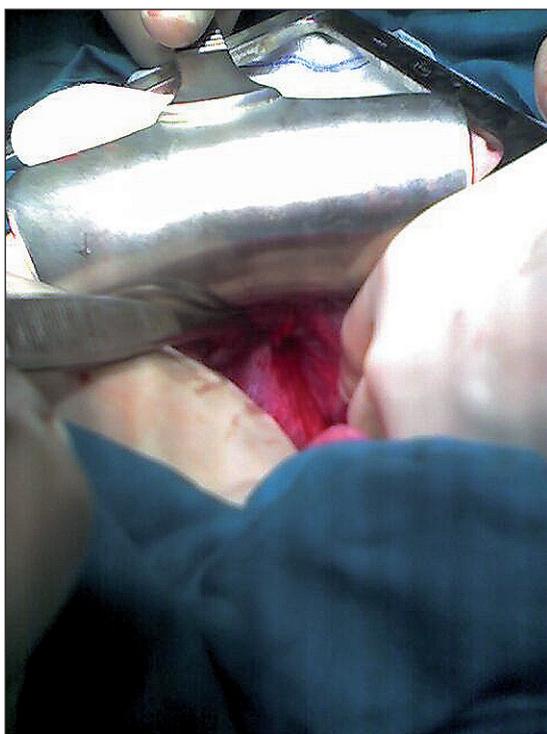
Enfermedades asociadas	n
Cardíacas: Hipertensión, arritmias, fallo cardíaco, otras	7 pacientes (46,67%)
Neurológicas: Parkinson, Alzheimer, accidentes cerebro-vasculares	5 pacientes (33,3%)
Artrosis y osteoporosis	4 pacientes (26,7%)
Enfermedad hepática: hepatitis, cirrosis biliar primaria	3 pacientes (20%)
Embolismo pulmonar	1 paciente (6,7%)
Cirugía abdominal previa: Histerectomía, colecistectomía, hernia inguinal, hernia obturatriz	8 pacientes (53,3%)

**Tabla 3. Complicaciones postoperatorias**

Complicaciones postoperatorias	n: 6 pacientes (35,3%)
Evisceración	1
Infección herida	2
Dehiscencia anastomosis	2
Infarto agudo de miocardio	1
Íleo paralítico	1
Reintervención: - Evisceración. - Dehiscencia anastomosis	2 (11,7%)
Mortalidad	4 (23,5%)



**Figuras 1-2.** TAC demuestra una hernia obturatriz derecha estrangulada con un segmento de intestino delgado entre el músculo pectíneo y el obturador externo.



**Figura 3.** Orificio obturador.



**Figura 4.** Intestino delgado estrangulado.

conservadora, otro desarrolló una fistula cutánea (paciente que había sufrido evisceración), uno de los pacientes presentó una recurrencia de la hernia obturatriz 13 años después de la primera reparación (herniorrafia) y otro paciente fue operado de una hernia obturatriz izquierda estrangulada y 3 años después de otra en el lado contralateral (Tabla 4).

## Discusión

La hernia obturatriz es una entidad rara, que en general, aparece en mujeres delgadas, ancianas y multíparas, y con una frecuencia de presentación entre un 0,05-0,14% de todas las hernias de la pared abdominal<sup>1-6</sup>.

Tabla 4. Comparación de los resultados en el tratamiento de la hernia obturatriz en diferentes series

Autor-año	n	Diagnóstico preoperatorio (%)	Tiempo hasta cirugía (días)	Tasa estrangulación (%)	Resección intestinal (%)	Morbilidad (%)	Mortalidad (%)
Yokohama 1999	36	58,3	5,5	ND	58,3	22,2	11,1
Mena 2002	12	16,6	3,6	50	58,3	25	16,6
Nakayama 2002	12	66,6	9	ND	41,6	16,6	8,3
Hennekinne-Mucci 2003	17	23,5	5,3	94,1	64,7	52,9	35,3
Kammori 2004	43	60,4	4,4	ND	37,2	86	18,6
Chang 2005	6	50	5,2	100	100	16,6	16,6
Thanapaisan 2006	61	36,07	3,13	67,21	65,57	13,1	11,5
Rodríguez 2008	16	18,8	5,9	75	75	75	18,8
Priego 2009*	17	41,2	3	47	59	35,3	23,5

ND no disponible. \*Nuestra serie reflejada en este artículo.

Modificado de Rodríguez JI, Codina A, Maroto A, et al. Obturator hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia* 2008; 12: 289-297.

La etiología y patogénesis de la hernia obturatriz se debe a una disminución del tejido graso y linfático preperitoneal que ocupa el canal obturador. Aquellas situaciones que incrementan la presión abdominal, como la delgadez extrema, caquexia, embarazo y multiparidad, EPOC, estreñimiento crónico, cifoescoliosis, ascitis, etc, van a ser factores predisponentes<sup>3,5,6,10,12,13</sup>.

Son más frecuentes en el lado derecho (64,7% en nuestra serie), debido a que el colon izquierdo cubre el agujero obturador izquierdo<sup>3,4,6,7,11</sup>, y en un 50-60% de los casos son hernias tipo Richter<sup>4,6,7,10,11</sup>.

Normalmente el saco contiene intestino delgado (íleon) (100% en nuestra serie), pero también se ha descrito la presencia del colon, apéndice, ovario, trompa de Falopio, epiplón y vejiga<sup>3,6,7,10,14</sup>.

Los síntomas son inespecíficos, debutando en un 90% de los pacientes como un cuadro de obstrucción intestinal<sup>1,6-8</sup>. En estos pacientes, la presencia de una masa en el tacto rectal o vaginal, nos debe hacer sospechar su existencia. El signo de Howship-Romberg se encuentra en un 15-50% de los casos<sup>2,4-7,10,11,13,15</sup> (29,4% en nuestra serie), pero no es patognomónico, y a menudo se confunde con un proceso osteoarticular (26,7% de nuestros pacientes presentaban una artrosis degenerativa y/o osteoporosis).

La inespecificidad de sus síntomas hace que un correcto diagnóstico preoperatorio sólo sea posible entre un 10-30% de los casos (aunque en las series de Yokohama, Nakayama, Chang y Kammori se llega a un 50-60%)<sup>3-6,10,11,15,16</sup>. En nuestro estudio,

la tasa de diagnóstico preoperatorio es de 41,2%. En este punto creemos que es importante la realización de un TAC abdominopélvico, que en nuestra experiencia ha conseguido incrementar la tasa de diagnóstico preoperatorio desde un 16,6% en el año 2002 hasta el 41,2% actual.

Aunque Cubillo<sup>17</sup>, en 1983, fue el primero en describir la utilidad del TAC abdominopélvico en el diagnóstico de hernias obturatrizes, en nuestro hospital, éste no fue utilizado en el diagnóstico de esta patología hasta el año 2003. Sin embargo, al igual que refiere Yokohama<sup>4</sup>, a pesar de que el TAC nos ha facilitado un correcto diagnóstico de la hernia obturatriz, disminuyendo el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía de 3,6 a 3 días, no hemos podido reducir la tasa de resección intestinal ni de mortalidad. A pesar de esto, recomendamos que en caso de mujeres multíparas y de edad avanzada con sintomatología de obstrucción intestinal, se debería realizar un TAC abdominopélvico lo más pronto posible. Esta recomendación confronta con la opinión de otros autores, que abogan por una laparotomía precoz: "La hernia obturatriz necesita una laparotomía, no un diagnóstico"<sup>2</sup>. Sin embargo, la inespecificidad de los signos y síntomas en estos pacientes, asociados a que en general son personas de edad avanzada y con un deteriorado estado de salud, hace que prefiramos realizar de forma precoz un TAC, para asegurar el diagnóstico antes de la cirugía.

Se ha descrito una gran variedad de abordajes

quirúrgicos sin que exista una técnica estandarizada<sup>1,7,18,19</sup>. En nuestra experiencia, siempre que tengamos un diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz o sospecha de sufrimiento intestinal, la elección sería una laparotomía media exploradora. Carecemos de experiencia en el abordaje laparoscópico en este tipo de patología<sup>5,12,20-22</sup>.

En general, se considera suficiente un cierre primario del orificio<sup>10,11</sup> en el caso de hernias de pequeño tamaño, sin embargo, en grandes defectos herniarios no siempre es posible dada la pobre distensión de los tejidos adyacentes. Algunos autores utilizan flaps de fascia peritoneal, pared de vejiga o fundus uterino, sin embargo, la tendencia actual es la reparación del defecto usando material protésico<sup>3-8</sup> cubriendo correctamente la malla con peritoneo. La tasa de recurrencia se encuentra en torno al 10%<sup>6,8</sup>, en nuestra serie 6,7%.

El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el tratamiento oscila en la literatura en 4-6 días<sup>5-7</sup>. En nuestra serie fue de 3 días. Dado que es muy difícil acortar el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la consulta hospitalaria, es esencial una sospecha clínica y un tratamiento quirúrgico precoz desde la llegada del paciente al hospital.

Nuestra tasa de mortalidad fue de 23,5%, y se encuentra en el rango descrito en la literatura (12-70%)<sup>1,5,7,10,11,13</sup>, debiéndose en su mayor parte a la edad avanzada de los pacientes, el retraso en el diagnóstico, la gangrena del intestino y el pobre estado nutricional y las enfermedades de base del paciente.

En conclusión, un diagnóstico y tratamiento precoz es esencial para reducir la tasa de estrangulación (25-100%)<sup>1,3-7,23,24</sup> y mortalidad. Por este motivo, debemos sospecharlo en mujeres ancianas, delgadas y multíparas con síntomas de obstrucción intestinal, especialmente en ausencia de cirugías abdominales previas, y debemos dirigir la exploración hacia la realización de un tacto rectal y vaginal, así como de un TAC abdominopélvico lo más pronto posible, con la idea de no demorar la intervención quirúrgica en el caso de que se efectúe un diagnóstico de hernia obturatriz incarcerada.

## Referencias

- Lo CY, Lorente TG, Lau PW. Obturador hernia presenting as small bowel obstruction. *Am J Surg* 1994; 167: 396-398.
- Ziegler DW, Rhoads JE Jr. Obturador hernia needs a laparotomy, not a diagnosis. *Am J Surg* 1995; 170: 67-68.
- Nakayama T, Kobayashi S, Shiraishi K, Nishiumi T, Mori S, Isobe K, et al. Diagnosis and treatment of obturator hernia. *Keio J Med* 2002; 51: 129-132.
- Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, Hori A, Kaneoka Y. Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg* 1999; 23: 214-217.
- Chang SS, ShanYS, 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.
- Rodríguez JI, Codina A, Maroto A, Puig J, Sirvent JM, Garsot E, et al. Obturador hernia: clinical analysis of 16 cases and algorithm for its diagnosis and treatment. *Hernia* 2008; 12: 289-297.
- 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.
- Calvo AM, Herrera J, Iñigo JJ, Zazpe C, Ariceta J, Lera JM. Hernia obturatriz diagnosticada preoperatoriamente como causa de obstrucción intestinal. *Cir Esp* 1999; 65: 437-439.
- García A, Gómez J, González L, Sánchez J, Pina J, Cuadrado F y cols. Diagnóstico preoperatorio de hernia obturatriz por radiología simple. *Cir Esp* 2000; 67: 216-217.
- Thanapaisan C, Thanapaisan C. Sixty-one cases of obturator hernia in Chiangrai Regional Hospital: Retrospective study. *J Med Assoc Thai* 2006; 89: 2081-2086.
- Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, et al. Forty-three cases of obturator hernia. *The American Journal of Surgery* 2004; 187: 549-552.
- Shapiro K, Patel S, Choy C, Chaudry G, Khalil S, Ferzli G. Totally extraperitoneal repair of obturator hernia. *Surg Endosc* 2004; 18: 954-956.
- Hennekinne-Mucci S, Pessaux P, Du Plessis D, Regenet N, Lermite E, Arnaud JP. Hernie obturatrice étranglée: à propos de 17 cases. *Annales de Chirurgie* 2003; 128: 159-162.
- Alexandre JH, Bouillot JL, Dehni N (1994). Traitement chirurgical des hernies obturatrices. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris-France)*, Techniques chirurgicales-Appareil digestif, 40-155, 6p.
- Hsu CH, Wang CC, Jeng LBJ, Chen MF. Obturator hernia: a report of eight cases. *Am Surg* 1993; 59: 709-711.
- Nishina M, Fujii C, Ogino R, Kobayashi R, Kumada K, Yamane K, et al. Preoperative diagnosis of obturator hernia by computed tomography. *Semin Ultrasound CT MR* 2002; 23: 193-196.
- Cubillo E. Obturator hernia diagnosed by computed tomography. *Am J Roentgenol* 1983; 140: 735-736.
- Bergstein JM, Condon RE. Obturator hernia: current diagnosis and treatment. *Surgery* 1996; 119: 133-136.
- Shandalakis LJ, Androulakis J, Colborn GL, Shandalakis JE. Obturator hernia. Embriology, anatomy and surgical applications. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 71-84.

20. Crescienzo D, Faranda C, Perrot L, Champault G. Laparoscopic treatment of a strangulated obturator hernia. *Hernia* 1998; 2: 203-205.
21. Yau KK, Siu WT, Chau CH, Yang PC, Li MK. Laparoscopic management of incarcerated obturator hernia. *Can J Surg* 2005; 48: 76-77.
22. Perry CP, Hantes JM. Diagnosis and laparoscopic repair of type I obturator hernia in women with chronic neuralgic pain. *JSLs* 2005; 9: 1338-1341.
23. Bueno J, Serralta A, Dobón F, Galeano J, Ballester C, Ibáñez F y cols. Reparación de hernia obturatriz con malla de polipropileno. *Cir Esp* 2000; 67: 516-517.
24. Rimmer JA, Wharton S. Bilateral and recurrent obturator hernia. *Br J Clin Pract* 1990; 44: 784.