

Dr. Jorge Solarte Henao - Residente Cirugía General
Dr. Luis Fernando Pino - Cirujano General y Trauma

Introducción

Descrita en 1724 por Arnaud de Ronsil. Henry Obre realiza reparo quirúrgico exitoso en 1851. Se produce por el conducto por donde pasan el nervio y vasos obturadores. Incidencia de 0,073-2,2% de todas las hernias de la pared abdominal. Causa 0.2-1.6% de todas las obstrucciones intestinales altas.

Métodos

Reporte de caso mujer de 84 años con múltiples comorbilidades asociadas a postquirúrgico de resección de bocio intratorácico por cervicotomía y esternotomía quien lleva hospitalizada 23 días en la UCI cuando presenta melanemesis. Realizan endoscopia que muestra lago gástrico abundante posible reflujo biliar. Luego desarrolla distensión abdominal sin dolor y reflujo con salida alrededor de la traqueostomía. Realizan Rx y TAC abdominal contrastado.

Bibliografía

Mena A, De Juan A, Larrañaga I, y col. Hernia obturatriz: Análisis de nuestra serie y revisión de la enfermedad. Cir Esp 2002;72:67-71
K. Igari, T. Ochiai, A. Aihara, et al. Clinical presentation of obturator hernia and review of the literature. Hernia 2010; 14: 409-413
Skandalakis LJ, Androulakis J, Colborn GL, Skandalakis JE. Obturator hernia. Embryology, anatomy, and surgical applications. Surg Clin North Am 2000; 80:71-84
Stamatiou D, Skandalakis LJ, Zoras O, Mirilas P. Obturator Hernia Revisited: Surgical Anatomy, Embryology, Diagnosis, and Technique of Repair. Am J Surg 2011; 77:1147-1157

Resultados

Llevada a laparotomía encontrando hernia obturatriz izquierda, asas viables sin zonas necróticas, abundante liquido libre. Se realiza reducción de asa encarcelada, revisión de viabilidad, se talla colgajo peritoneal, reparo del defecto con malla que se cubre con peritoneo. Adecuada evolución, inicio de NET al otro día con buena tolerancia. Continua hospitalizada por 23 días mas hasta compensar sus otras patologías de base.



Figura 1. Rx de Abdomen: Intestino delgado dilatado y edematizado; Asa intestinal debajo del pubis; Líneas del psoas borradas.

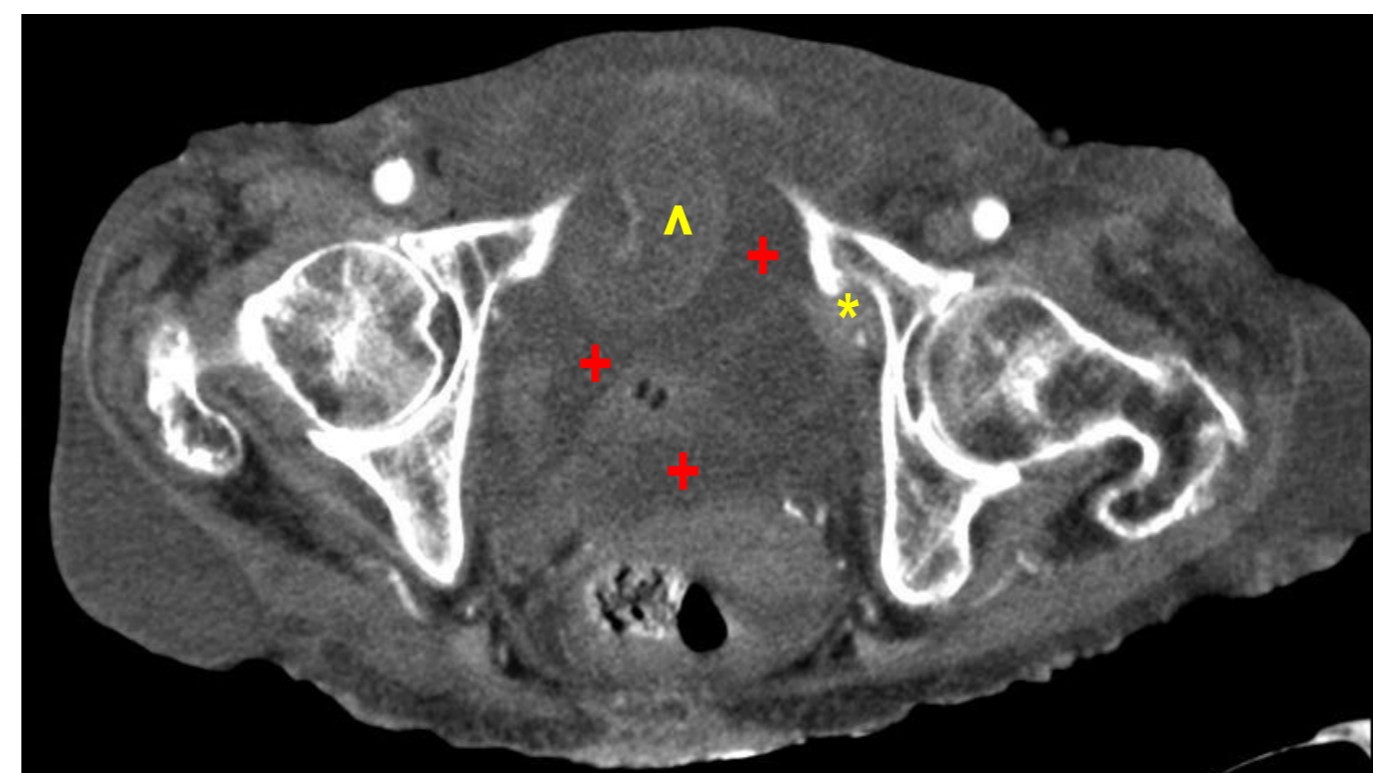


Figura 2. TAC Abdominal contrastado día 25. Arriba: +Líquido peritoneal libre, +Asas intestinales edematizadas y dilatadas. Abajo: Intestino delgado en el canal obturador izquierdo.

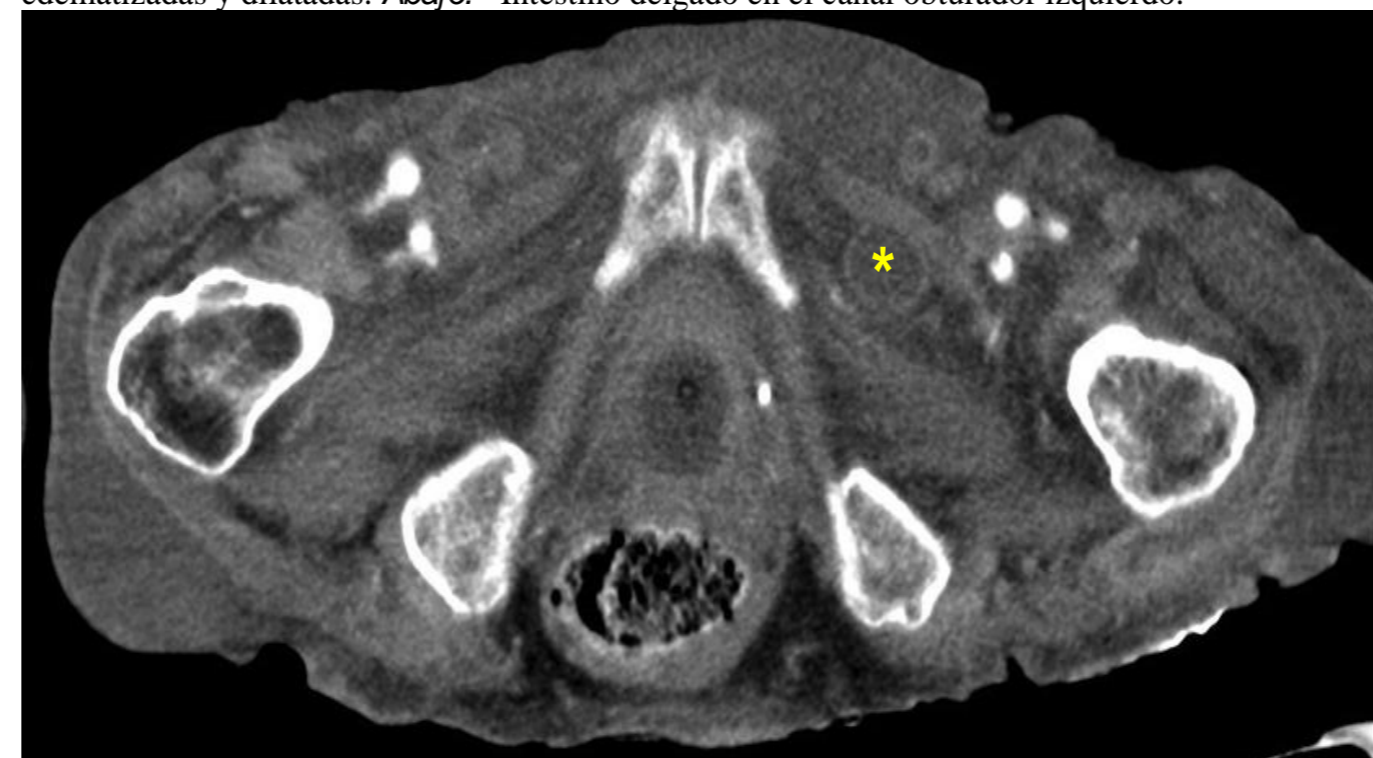
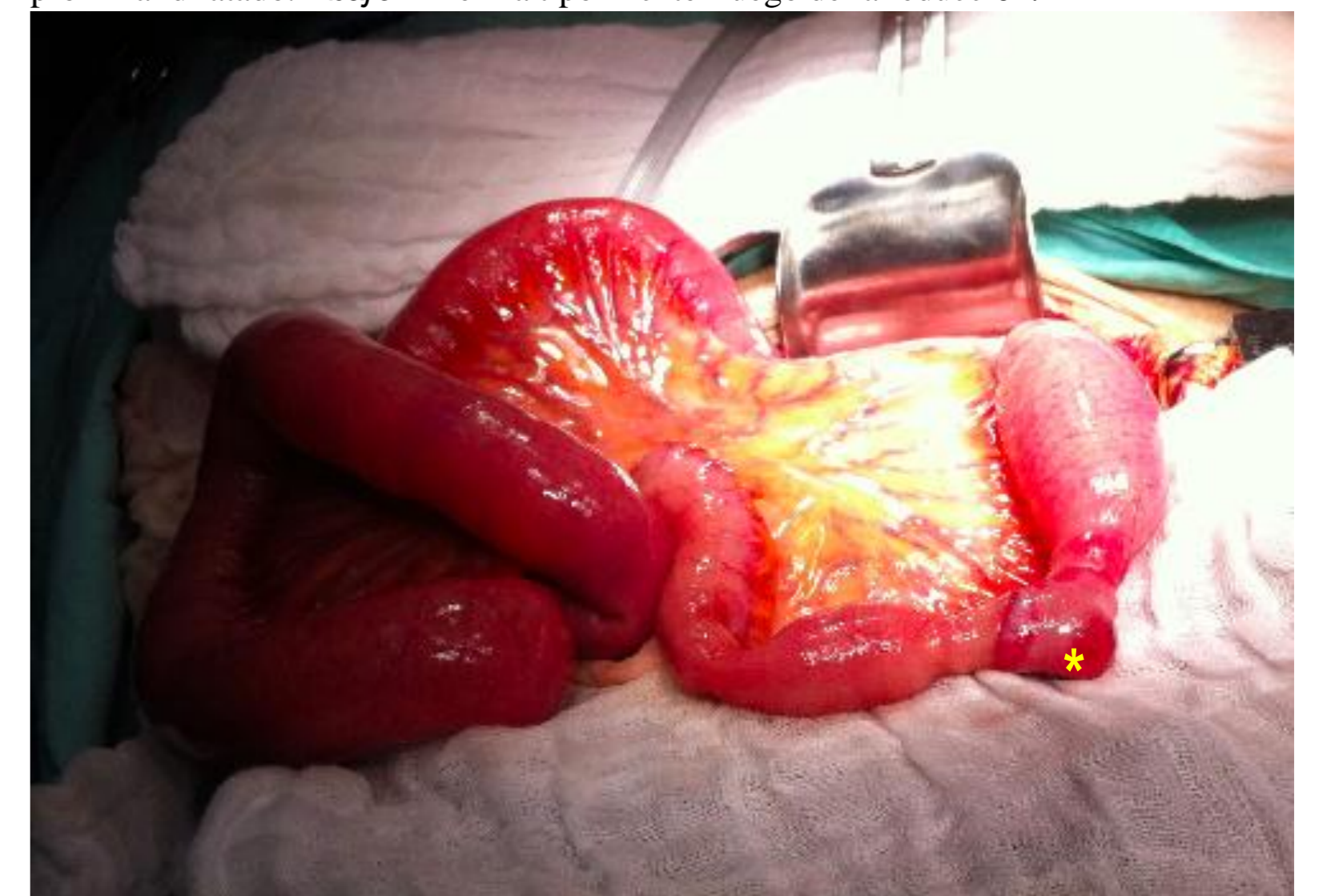


Figure 3. Arriba: +Ileon distal encarcelado en canal obturador izquierdo con extremo proximal dilatado. Abajo: +Hernia tipo Richter luego de la reducción.



Discusión

Es probable que el cirujano nunca se enfrente a esta patología. Mas frecuente al lado derecho, mujeres (6:1) entre la séptima a novena década, delgadas, multíparas, postradas. La clínica común es dolor y distensión abdominal con emesis; hay reportes de dolor abdominal crónico. La Rx es muy sensible pero inespecífica. La TAC muestra excelente precisión para realizar el diagnóstico. La estructura mas comprometida es el intestino delgado; pero se han reportado otras. Se puede realizar reparo primario o con prótesis preperitoneal o intraperitoneal mas colgajo de peritoneo mediante laparotomía o laparoscopia. Siempre se debe inspeccionar el otro canal por riesgo de bilateralidad del 6%.

Conclusión

La hernia obturatriz es una causa inusual de consulta en el servicio de urgencias y aun mas en la UCI sin encontrar ningún caso reportados. Son difíciles de diagnosticar por lo cual tienen tasas altas de estrangulación, morbilidad y mortalidad