

Tratamiento quirúrgico de las hernias obturatrices

J. H. Alexandre

J. L. Bouillot

N. Dehni

Las hernias obturatrices se definen por el trayecto del saco que transcurre por el canal obturador y se caracterizan por una relativa rareza y por su gravedad, debida a la frecuencia con que se manifiestan por una estrangulación.

Predominan en el lado derecho y en la mujer (proporción 6 a 1), con una edad media elevada, de 70 a 80 años; parecen verse favorecidas por el adelgazamiento, el embarazo y las neumopatías.

Reseña anatómica (fig. 1)

El trayecto herniario se inicia en la parte anterosuperior del «orificio» obturador y sigue luego un canal, de 8 x 10 cm de diámetro y de 3 cm de longitud. El techo del mismo está formado por la cara inferior de la rama horizontal del pubis, y el piso lo forma la membrana obturatriz, reforzada por un ligamento interno. Este orificio es inextensible y agudo (de ahí la posibilidad de estrangulación). El orificio externo se abre bajo la inserción del músculo pectíneo, en la base del muslo (flanco interno del triángulo de Scarpa). Por el canal transcurren la arteria, la vena y el nervio obturadores. Este último (L2 a L4) da dos ramas externas, con importancia clínica. Una rama posterior va a la cápsula de la articulación coxofemoral y la otra rama anterior muscular inerva los músculos obturador externo, pectíneo y aductores.

Saco herniario

El saco está precedido a menudo por un tejido adiposo. Puede comprimir el nervio obturador y abrirse camino entre los dos fascículos del músculo obturador externo. A menudo contiene intestino delgado, pero también se ha descrito la presencia del ciego, el apéndice, la tromba uterina, la vesícula biliar, un divertículo de Meckel, epiplón o la vejiga urinaria.

Frecuencia

Tras su descripción inicial en 1724 por el francés Arnaud de Ronsil, son pocos los casos descritos, puesto que la incidencia de estas hernias es baja. Así por ejemplo, en los últimos

15 años, en la Mayo Clinic se identificaron 11 hernias obturatrices frente a 15 098 hernias de otro tipo [2]. Un cirujano experimentado opera en promedio una o dos hernias obturatrices durante su vida profesional, y en 9 de cada 10 casos se trata de un hallazgo operatorio en el transcurso de una laparotomía exploradora de urgencia. La bilateralidad no es excepcional (6 %).

Tras la introducción de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de las hernias inguinales se han descubierto hernias obturatrices asintomáticas bastante frecuentes.

Reseña clínica

Deben recordarse tres cuadros clínicos.

Oclusión aguda de intestino delgado, con sintomatología algo intermitente

Rara vez se observa el signo de Howship-Romberg (dolor en el territorio inervado por el nervio obturador, que va desde la base del muslo hasta la rodilla). Excepcionalmente se descubre una masa en la parte interna del muslo: este cuadro de oclusión de intestino delgado con una protrusión en la base del muslo requiere una laparotomía [1, 4, 6, 7] (fig. 1A, B, C).

Dolores en la base del muslo

La presencia de estos dolores sugiere una neuralgia obturatriz, que aparece incluso en niños pequeños [8]. A menudo se aprecia en pacientes de sexo femenino, en las que se desencadena un dolor al tacto vaginal. El diagnóstico se confirma a veces por un signo de Howship-Romberg positivo, y con la peritoneografía clásica. No se ha demostrado aún la utilidad de la TC en este ámbito.

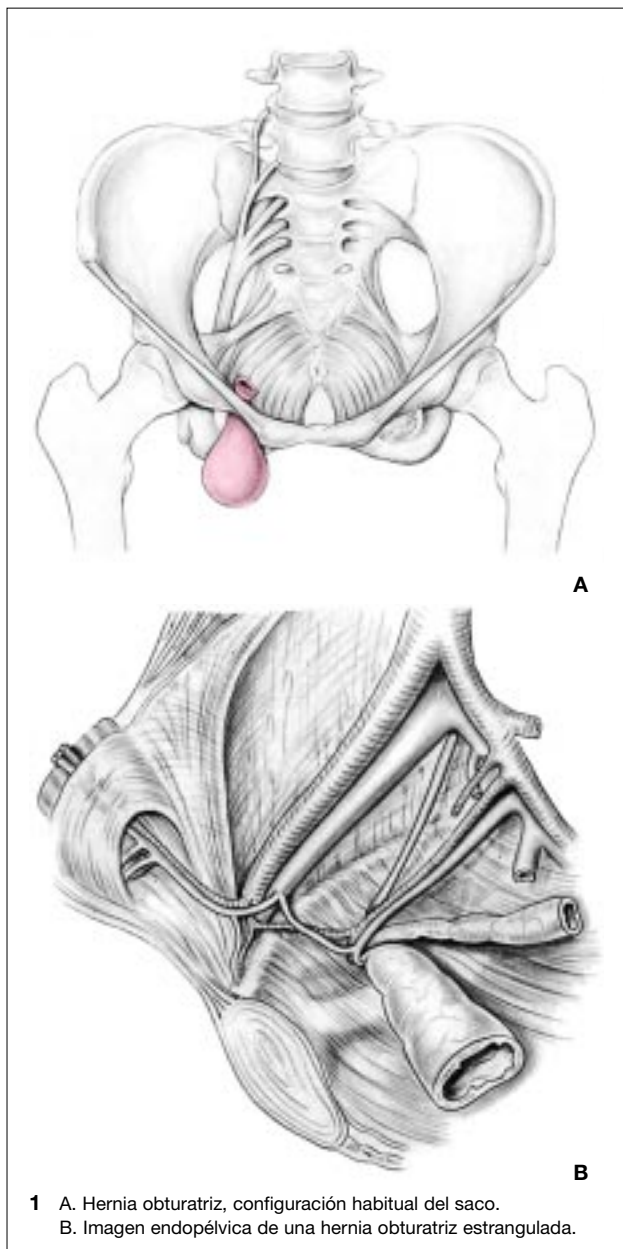
En la actualidad parece imponerse el diagnóstico laparoscópico.

Jean-Henri ALEXANDRE: Chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur des Universités.

Jean-Luc BOUILLOT: Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Nidal DEHNI: Chef de clinique-assistant des hôpitaux de Paris.

Hôpital Broussais, service de chirurgie générale et digestive, 96, rue Didot, 75014 Paris.



Masa palpable en la parte alta del muslo

Una masa palpable en la parte alta e interna del muslo, junto con dolores abdominales intermitentes debe hacer pensar en el diagnóstico clínico, sobre todo si propulsa con la tos o si se acompaña de un síndrome suboclusivo [7] (figs. 1, 2).

Tratamiento quirúrgico

En caso de oclusión

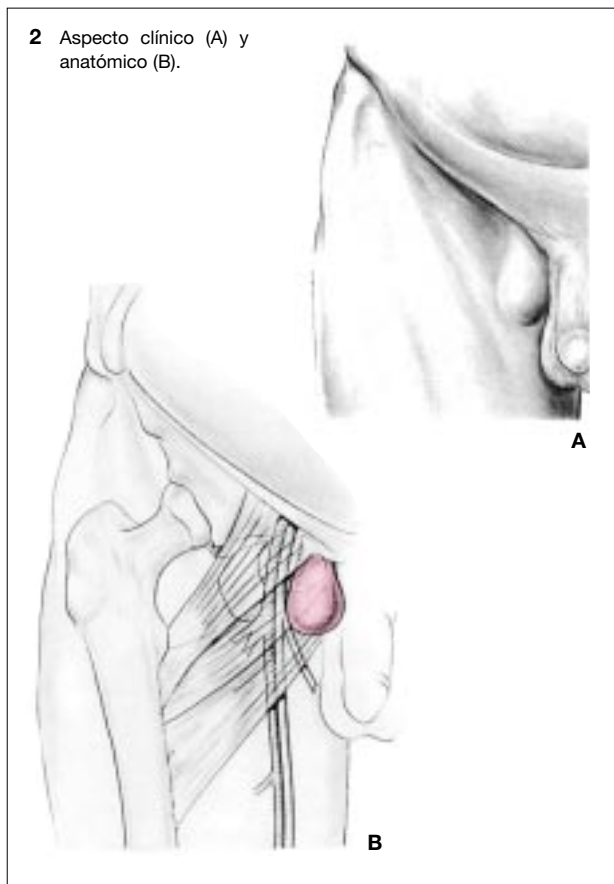
Es necesaria la intervención quirúrgica. En ausencia de diagnóstico, debe optarse por una laparotomía.

Laparotomía media

En esta vía, debe preferirse la laparotomía media infraumbilical (la utilizada con más frecuencia) a la vía paramedia [6] que debe aplicarse tan sólo ante una sospecha muy clara de hernia obturatriz.

La identificación y el seguimiento del intestino delgado dilatado conducen a la zona de constricción. El saco penetra en el orificio interno del canal obturador y desciende en él, lo cual permite identificar la zona de estrangulación.

2 Aspecto clínico (A) y anatómico (B).



En ciertos casos, es posible efectuar la reducción de la hernia y de su contenido mediante tracción simple. El estado de la víscera herniada condiciona el tratamiento a seguir (resección o no). En otros casos, la tracción no permite conseguir la reducción. Pueden resultar infructuosas las maniobras de dilatación periorificial, que deben respetar los vasos y el nervio obturador. Es preciso efectuar una incisión en la cobertura muscular del orificio obturador en sentido inferoposterior. Si ello fracasa, se hace necesario acudir a la vía crural [2,7].

Vía crural (u obturatriz)

Se realiza una incisión vertical de 12 cm en la parte interna del triángulo de Scarpa, medial con respecto a la vena femoral (entre la arteria femoral y la espina del pubis). Se separa hacia dentro el músculo aductor largo y hacia fuera el pectíneo. Se visualiza entonces el saco herniario y se abre. Si existe una necrosis o gangrena, la resección intestinal puede realizarse por esta vía y se practica de entrada.

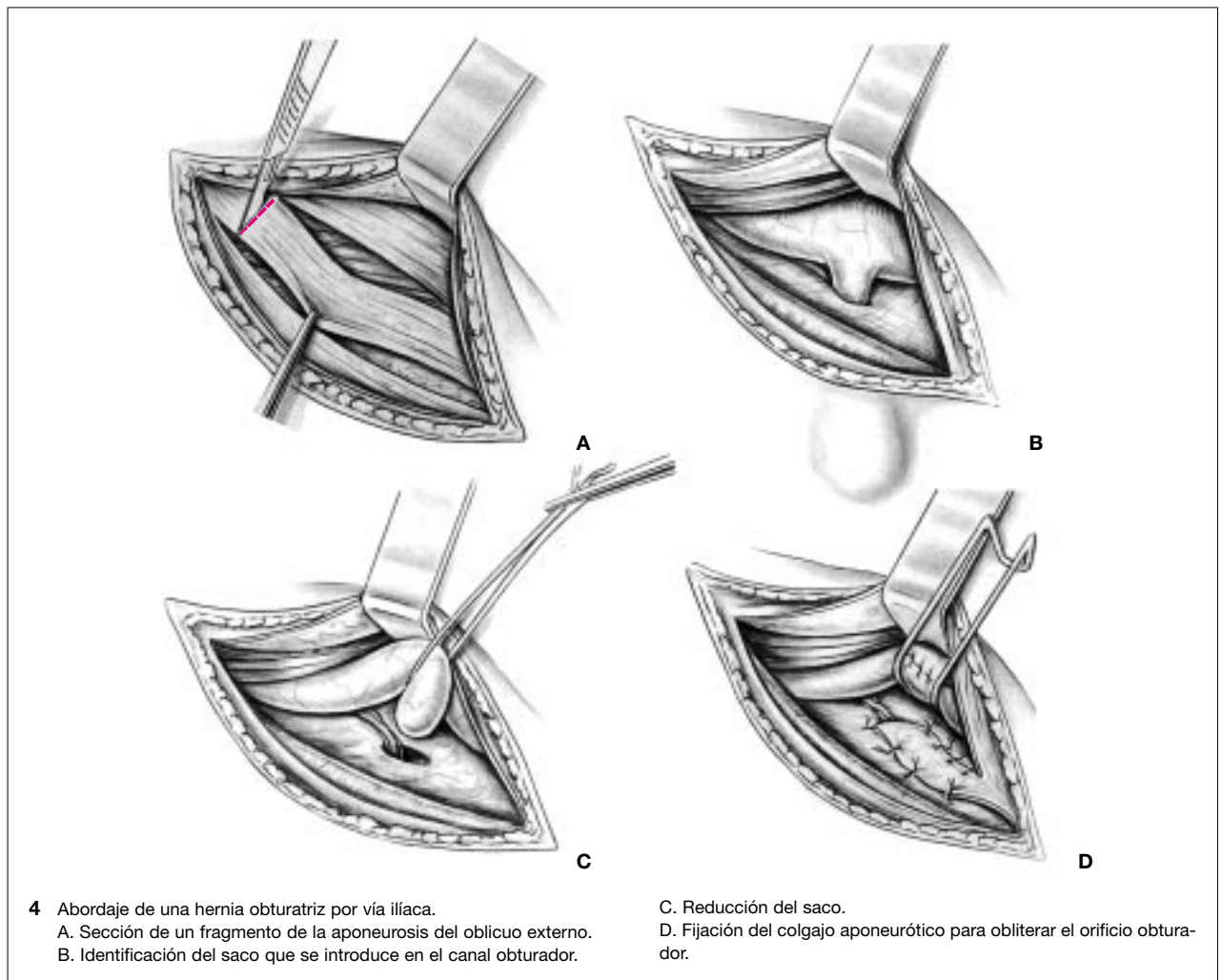
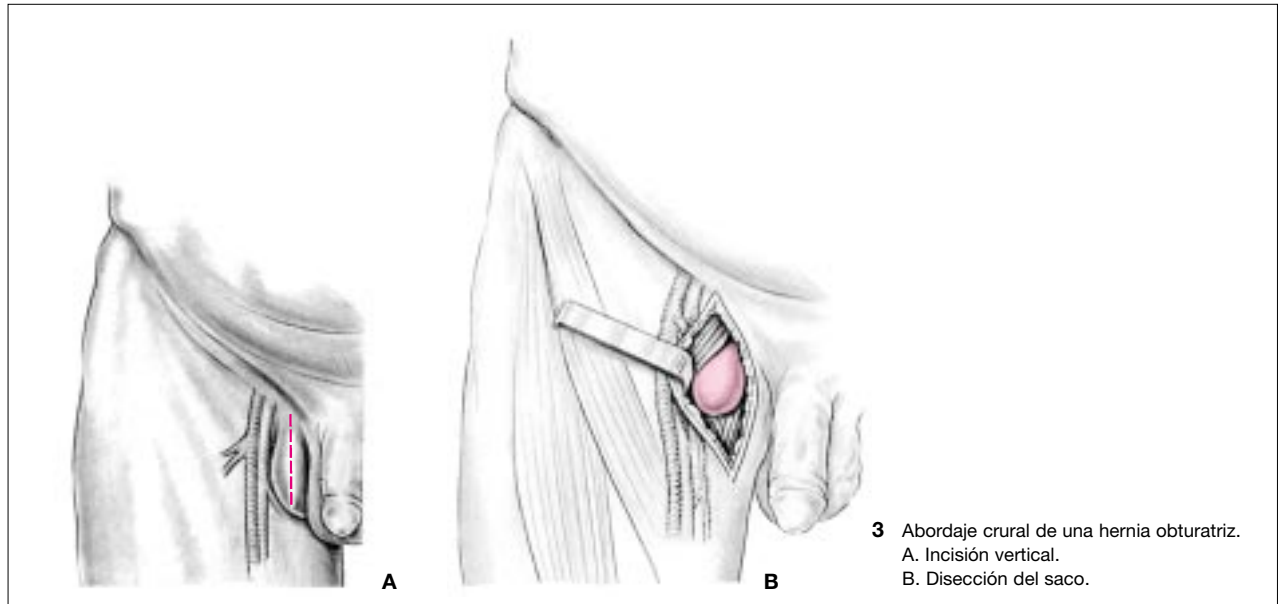
Se reseca el saco en toda su longitud extrapélvica, se cierra y se aparta luego en profundidad (fig. 3A, B).

Tratamiento del orificio

Si es pequeño, el orificio puede repararse simplemente con uno o dos puntos. El peritoneo se cierra por encima.

Si hay un defecto amplio, en el caso de abordaje pélvico deberá aplicarse una plastia con un segmento de aponeurosis o una prótesis endopélvica (dacrón, politetrafluoroetileno, vicryl en caso de resección séptica, o incluso un «tapón» de marlex).

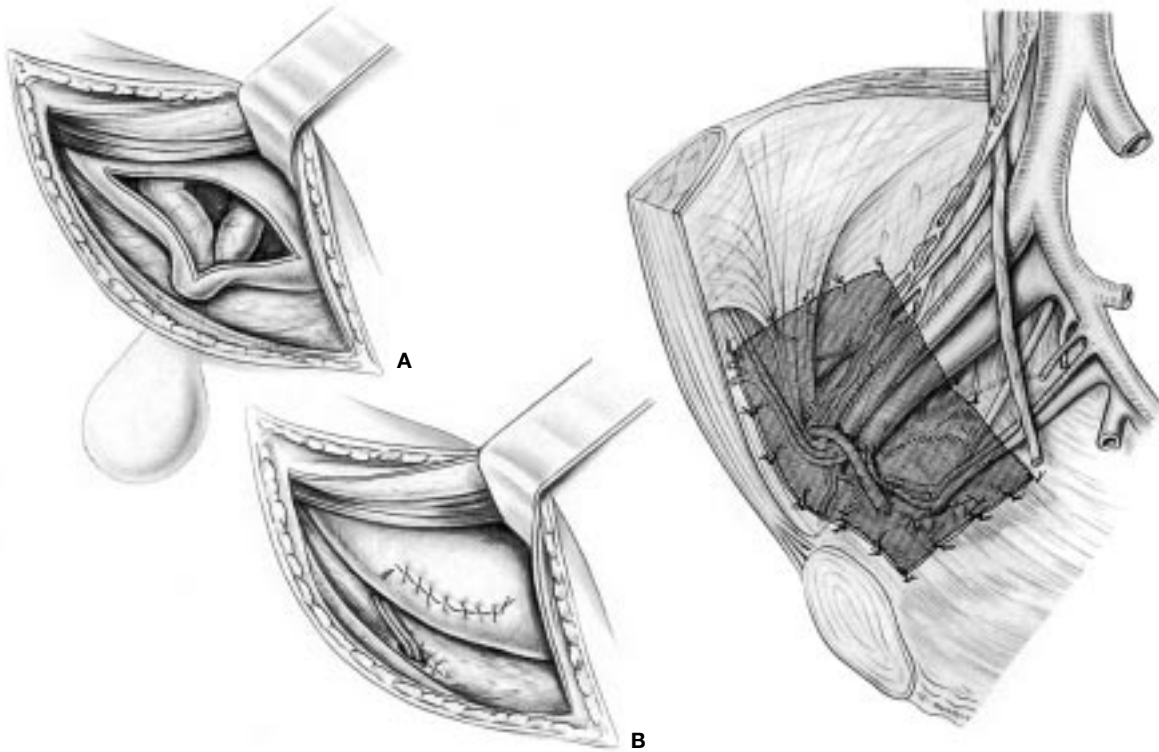
En caso de lesión séptica, la obliteración del orificio obturador ha podido realizarse también con epiplón, el ovario, el útero, un colgajo aponeurótico o muscular o el ligamento redondo. Se han descrito intervenciones en las que se reseca la rama iliopúbica en caso de recidiva herniaria, pero estas técnicas no se han reproducido [4].



Intervención electiva

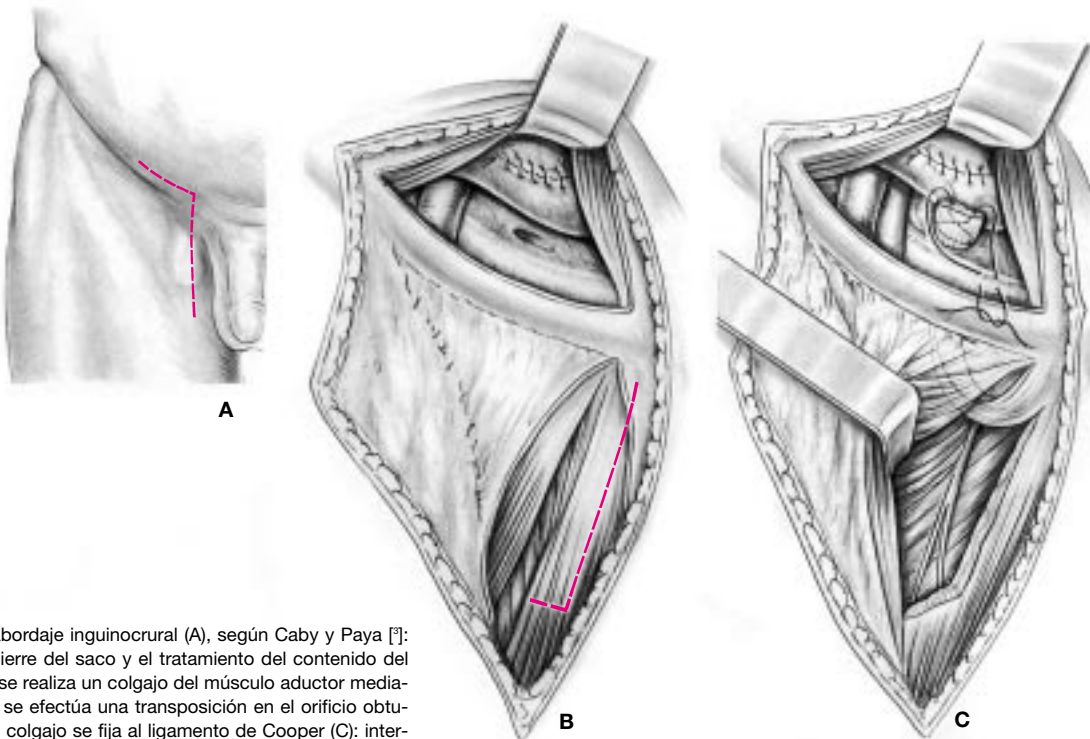
Se prefiere la incisión ilíaca en vez de la media. La longitud es de 10 cm y el trayecto es paralelo a la arcada crural, 2 cm por encima, igual que para la hernia inguinal, pero la vía de abordaje se mantiene en el nivel infraperitoneal. Se accede al espa-

cio de Bogros desinsertando, en la medida que sea necesario, el transverso y el músculo oblicuo interno de la arcada (fig. 4). El paso a través de la aponeurosis del oblicuo mayor puede permitir la realización de un colgajo que pueda llevarse sobre el posible orificio obturador (fig. 4A, B).



5 A. Abertura del peritoneo por vía inguinal e identificación de las vísceras que se introducen en el orificio obturador. B. Cierre del peritoneo después del tratamiento del contenido visceral.

6 Obliteración de un orificio obturador: colocación de una prótesis de dacrón por vía inguinal, preperitoneal: intervención de elección.



7 Vía de abordaje inguinocrural (A), según Caby y Paya [2]: tras el cierre del saco y el tratamiento del contenido del mismo, se realiza un colgajo del músculo aductor medial (B) y se efectúa una transposición en el orificio obturador. El colgajo se fija al ligamento de Cooper (C): intervención de excepción.

La abertura del peritoneo se realiza tras haber identificado la situación del saco herniario en el orificio obturador y de haber comprobado que se trata efectivamente de una hernia obturatriz.

Se realiza la reducción del contenido y el cierre del saco, mediante un abordaje único o mediante un abordaje obturador concomitante [3].

La reparación del contenido intestinal se realiza en función de las lesiones existentes y luego se cierra el peritoneo.

Cierre del orificio

En ausencia de lesión séptica [2,5]

La reparación resulta más sencilla y eficaz mediante la utilización de una prótesis preperitoneal colocada por vía ingui-

nal o ilíaca, haciéndola descender hasta situarla encima de los elevadores. La prótesis que nosotros aconsejamos es la de dacrón, con una malla que es ocupada rápidamente y que se fija a la fascia endopélica. Algunos autores prefieren el empleo de marlex. El tamaño de la prótesis es de 15 x 15 cm. Se coloca por fuera del peritoneo (cerrado). Se aplica bajo la presión de las vísceras (figs. 5, 6, 7).

En caso de lesión séptica

Björk ha recomendado el empleo de una sutura simple con la ayuda de un fragmento de la fascia del obturador [2].

La técnica clásica consiste en utilizar un colgajo de aponeurosis del músculo oblicuo externo, desplazado y fijado sobre el orificio obturador (Lortat-Jacob y Roy) (fig. 3).

Puede ser útil el empleo de un colgajo con un pedículo superior del músculo aductor mediano, pero requiere una incisión obturatriz vertical acoplada a la incisión inguinal. El colgajo tiene unos 10 cm de longitud y es tallado a partir del borde interno del músculo [3].

El músculo se sutura al ligamento de Cooper (fig. 7).

Se efectúa entonces el cierre de la laparotomía ilíaca, que se inspira en las reparaciones anteriores de Bassini, Schoudice o MacVay.

mortalidad no es desdeñable, a causa de oclusiones identificadas de forma tardía.

En 1974 Gray describió una mortalidad del 13,27 % (en 98 casos), lo cual contrasta con la tasa del 48 % observada en 1948 [7]. Recientemente Arbman [1] ha descrito todavía una mortalidad de entre el 13 y el 40 %. Björk y sus colaboradores tuvieron dos casos mortales entre nueve pacientes [2].

Sólo se ha descrito una recidiva (ausencia de cierre del orificio) pero esta cifra carece de valor estadístico.

*
* *

En conclusión, se trata de una afección poco frecuente, de diagnóstico difícil que rara vez se hace preoperatoriamente, y que comporta un riesgo de retraso terapéutico, con unos resultados inmediatos mediocres. Rara vez se han descrito resultados a largo plazo.

La frecuencia del abordaje laparoscópico en caso de dolor pélvico o de síndrome oclusivo ha permitido descubrir numerosas hernias obturatrizes. Su tratamiento por esta vía, indiscutiblemente eficaz, está siendo evaluado en la actualidad.

Resultados

Dependen del terreno y de las circunstancias operatorias (síndrome oclusivo o hernia no complicada). Ello hace que sean muy variables, aunque la morbilidad es importante y la

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: ALEXANDRE JH, BOUILLLOT JL et DEHNI N. – Traitement chirurgical des hernies obturatrizes. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-155, 1994, 6 p.

Bibliografía

- [1] ARBMAN G. Strangulated obturator hernia. Acta Chir Scand 1984 ; 150 : 337-339
- [2] BJÖRK KJ, MUCHA P, CAHILL DR. Obturator hernia. Surg Gynecol Obstet 1988 ; 167 : 217-222
- [3] CABY G, PAYA P. Traitement de la hernie obturatrice avec fermeture totale du trajet herniaire (à propos de 2 observations). J Chir 1943 ; 59 : 241-244
- [4] CARAVEN J. La hernie obturatrice étranglée depuis douze à quinze jours abordée par résection ilio-pubienne et guérison. Chirurgie 1941 ; 67 : 914-916
- [5] DEFORE WW, MARTIN RS. Incarcerated obturator hernia. J Miss State Med Assoc 1983 ; 24 : 1-3
- [6] DEVLIN HB. Management of obturator hernia. In : Management of abdominal hernias. Butterworths. London. 1988 ; pp 149-153
- [7] SKANDALAKIS LJ, PANAGIOTIS N, GRAY SW, SKANDALAKIS JE. Obturator hernia. In : Nyhus LM, Condon RE eds. Hernia (4th ed). JB Lippincott Company. Philadelphia. 1995 ; pp 425-439
- [8] SOMELL A, LJUNGDAHL I, SPANGEN L. Thigh neuralgia as a symptom of obturator hernia. Acta Chir Scand 1976 ; 142 : 457-459