

# Hernia obturatriz, femoral e inguinal coexistentes

**Mondragón Vera Jhon<sup>1</sup>, Díaz Paredes Giancarlo<sup>2</sup>**

1. Médico Residente de Cirugía General del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima- Perú.

2. Cirujano General y Laparoscopista del Servicio de Colon, Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima- Perú.

Correspondencia: [j.mondragon.vera@gmail.com](mailto:j.mondragon.vera@gmail.com)

## RESUMEN

La hernia obturatriz representa solo el 0.05-1.4% de todas las hernias de la pared abdominal y es responsable del 0.2-1.6% de las causas de obstrucción intestinal. La coexistencia de hernia obturatriz, femoral e inguinal es aún más rara. Presentamos el caso de una mujer múltipara de 84 años, ingresada en emergencia con una enfermedad de 1 día, caracterizada por dolor abdominal en la región pélvica que se irradia a la cara anterior del muslo derecho, asociada a vómitos y ausencia de deposiciones y flatos. Se le diagnostican hernias obturatriz y femoral, con signos de encarcelamiento que requirió tratamiento quirúrgico de emergencia. En la cirugía se evidenció una perforación intestinal debida a una hernia obturatriz complicada además de una hernia femoral e, incidentalmente, se evidenció una hernia inguinal ipsilateral. La resección intestinal con anastomosis se realizó junto con el tratamiento quirúrgico de los defectos de la hernia. El paciente tuvo una recuperación sin complicaciones al ser dado de alta en el décimo día postoperatorio.

**Palabras clave:** hernia, obturatriz, femoral, inguinal

## SUMMARY

Obturator hernia represents only 0.05-1.4% of all hernias of the abdominal wall and is responsible for 0.2-1.6% of the causes of intestinal obstruction. The coexistence of obturator, femoral and inguinal hernia is even rarer. We present the case of an 84-year-old multiparous woman, admitted to emergency with a 1-day illness, characterized by abdominal pain in the pelvic region that radiates to the anterior aspect of the right thigh, associated with vomiting and absence of bowel movements and flatus. She was diagnosed with obturator and femoral hernias, with signs of incarceration that required emergency surgical treatment. Finding in surgery, an intestinal perforation due to a complicated obturator hernia as well as a femoral hernia was evidenced and, incidentally, an ipsilateral inguinal hernia was found. An intestinal resection with anastomosis was performed along with surgical treatment of hernia defects. The patient had an uneventful recovery and was discharged on the tenth postoperative day.

**Keywords:** hernia, obturator, femoral, inguinal

## INTRODUCCION

La hernia obturatriz es una condición rara que se observa con más frecuencia en mujeres ancianas, adelgazadas y múltiparas, representa 0.05-1.4% de todas las hernias de la pared abdominal<sup>1</sup>. Es una

causa rara de obstrucción de intestino delgado (0.2-1.6%). Algunos signos descritos clásicamente, aunque no siempre presentes, incluyen neuralgia del obturador, el signo de Howship-Romberg y el signo de Hannington-Kiff. La presentación clínica más

frecuente es la obstrucción intestinal alrededor del 90% de todos los casos. La tasa de mortalidad puede llegar al 70% cuando se asocia con estrangulamiento intestinal, probablemente debido a la dificultad en el diagnóstico y retraso en el tratamiento quirúrgico <sup>2</sup>.

La coexistencia con hernia femoral es una condición más rara, representado por series no exhaustivas en la literatura, que solo han sido descritas en mujeres jóvenes. La coexistencia de hernia obturatriz, femoral e inguinal es aún más rara, de la que no se describe datos en la literatura.

### CASO CLINICO

Se reporta el caso de una paciente mujer de 84 años, con el único antecedente de multiparidad y sin antecedente de intervención quirúrgica. Es admitida en emergencia con un tiempo de enfermedad de dos días aproximadamente, que inicia con dolor en región pélvica derecha que se irradia a cara anterior de muslo ipsilateral (signo de Howship-Romberg), asociado a náuseas, ausencia de flatos de forma progresiva.

Se le realiza una ecografía abdominal que evidencia en la región femoral derecha, saco herniario con contenido de grasa mesentérica y asa intestinal asociado a colección de 0.4 cc y cambios inflamatorios de la grasa, a la evaluación Doppler se encuentra disminución del flujo vascular.

Se amplía el estudio con una tomografía abdomino pélvica, donde se evidencia presencia de hernia obturatriz derecha caracterizada por asa intestinal ileal localizada entre los músculos pectíneo y obturador, que condiciona dilatación intestinal retrógrada yeyuno-ileal, con conformación de niveles hidroaéreos y leve edema de su pared. No hay signos de neumoperitoneo, neumosis ni líquido libre asociado. Estos hallazgos en relación con hernia obturatriz derecha con signos de obstrucción intestinal de reciente instauración. Marco colónico de adecuada disposición, muestra divertículos sigmoides.

En la analítica solo se evidencia anemia leve de 10.5 g/dL, con leucocitos de 6520, no otros datos de importancia.

La paciente ingresa a Sala de Operaciones, con un diagnóstico preoperatorio de: obstrucción intestinal por hernia obturatriz incarcerada. Entre los hallazgos se confirma dicha hernia obturatriz derecha de contenido asa delgada incarcerada, necrosada y complicada con perforación de +- 3mm (líquido intestinal purulento dentro de saco respectivo) con un defecto herniario de +- 3.5cm; además de evidenciarse una hernia inguinal directa más hernia

femoral, no complicadas con un defecto herniario femoral de aprox. 2 cm, inguinal de 2.5 cm. La perforación intestinal se encuentra a +- 1 metro de la válvula ileocecal.

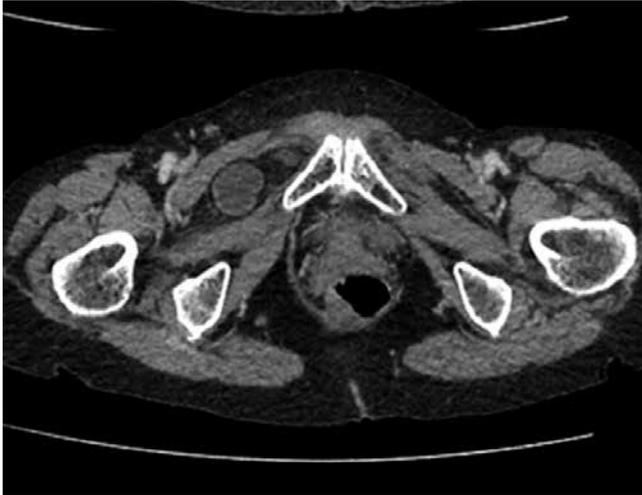
Se realiza una incisión suprapúbica lateralizada a la derecha con un abordaje preperitoneal y se realiza reducción de hernia obturatriz, con aspiración de contenido descrito por disrupción incidental del saco, con posterior rafia con seda negra 3.0 en perforación intestinal descrita y reducción de la misma; rafia con vycril 3.0 del saco respectivo, lavado local con solución salina +- 500cc. Se procede a reducción de saco de hernia crural e inguinal y colocación de malla de polipropileno 15x12cm, la cual se fija con puntos de prolene 3.0 que cubre el cuadrilátero de Frouhard, más área obturatriz.

Por la misma incisión a nivel medial, se ingresa a cavidad y se realiza resección intestinal más anastomosis ileo-ileal, termino terminal en un solo plano con polidioxanona 3.0, y se coloca un dren laminar en flanco izquierdo dirigido a fosa pélvica.

La paciente evolucionó de forma lenta favorable, en el posoperatorio inmediato se deja sonda nasogástrica y con terapia antibiótica con ceftriaxona y metronidazol; en el tercer día posoperatorio inicia con tolerancia oral, la cual es aceptada parcialmente, manteniéndose distensión abdominal y gasto alto por sonda nasogástrica, por lo que se suspende dieta. Se mantiene la sonda nasogástrica y se cataloga como un íleo posoperatorio, el cual mejora hasta tolerar por completo la vía oral, con retiro de sonda y eliminación de flatos y deposiciones, estando en condiciones de alta desde el sexto día posoperatorio.

**Figura 1.** Hernia femoral de lado derecho no reductible



**Figura 2.** Hernia obturatriz bilateral**Figura 3.** Identificación de los defectos femorales e inguinales**Figura 4.** Región obturatriz con hernia**DISCUSION**

Las hernias femorales y obturatrices son difíciles de diagnosticar, la hernia femoral, se presenta como una masa dolorosa no reducible por debajo y lateral ligamento inguinal. Este diagnóstico se incluyó por cuadro clínico similar y ecografía compatible. Las hernias obturatrices suelen presentarse más sutilmente. El saco herniario puede irritar el nervio obturador que se manifiesta como dolor en la región medial del muslo. Una tomografía computarizada oportuna es a menudo la única manera de diagnosticar con precisión una hernia obturatriz, como es en el caso de esta paciente. Anatómicamente los canales femoral y obturador están estrechamente asociados. La coexistencia de una hernia ipsilateral femoral y obturatriz debe ser considerada en casos de obstrucción intestinal, con aumento de volumen. En nuestro caso, es mucho más rara la coexistencia de tres tipos de hernias ipsilaterales en un mismo paciente, en la literatura médica no se ha encontrado reportes oficiales a la actualidad.

En el año 2015, en el Reino Unido Seppala, publica en una revista médica un caso raro sobre la concurrencia de la hernia ipsilateral derecha femoral y obturadora en una señora de 91 años. Ella acude a emergencias con signos de obstrucción intestinal. Las hernias fueron reparadas utilizando una técnica preperitoneal y abordaje a nivel obturatriz<sup>4</sup>, en nuestro paciente se realizó un enfoque similar.

La técnica más común para reparar una hernia obturatriz obstruido en pacientes inestables es la laparotomía, sin embargo, un abordaje transinguinal también se ha sugerido para hernias obturatrices que cursan con cuadros obstructivos<sup>5</sup>.

Varios estudios han demostrado la viabilidad de las técnicas laparoscópicas para el manejo de la hernia obturatriz encarcerada, la reparación con malla es preferible para prevenir la recurrencia, si no hay contraindicaciones presentes<sup>6</sup>.

En nuestro paciente, se realizó abordaje por laparotomía, resección intestinal con anastomosis y corrección de defectos herniarios por vía preperitoneal. Su evolución fue favorable hasta el alta médica.

**CONCLUSION**

Las hernia obturatriz representa 0.05-1.4% de todas las hernias, la coexistencia de esta con una hernia

femoral es rara aún, habiendo pocos reportes de casos conocidos en la literatura médica. La asociación con hernia inguinal es mucho más rara<sup>1</sup>. El mejor

abordaje para la hernia obturatriz complicada es la laparotomía<sup>5</sup>.

---

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Durgakeri P et al. Obturator hernia: the 'little old lady's hernia'. ANZ journal of surgery. 2014
2. Petrie et al. Obturator hernia: anatomy, embryology, diagnosis, and treatment. Clinical anatomy. 2011;24(5):562-9.
3. Santorelli et al. Coexisting incarcerated femoral and obturator hernia: a case report. G Chir Vol. 37 - n. 4 - pp. 171-173. July-August 2016.
4. Seppala TT et al. Coexisting ipsilateral right femoral hernia and incarcerated obturator hernia. BMJ case reports. 2015;2015.
5. Togawa et al. Minimal incision transinguinal repair for incarcerated obturator hernia. Hernia 2014;18:407-11.
6. Karasaki T et al. Long-term outcomes after obturator hernia repair: retrospective analysis of 80 operations at a single institution. Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery. 2014;18(3):393-7.