

Síndrome del atrapamiento del nervio obturador.

Jochen Gerstner B., M.D.¹ y Armando González M., M.D.²

La presencia de dolor en la ingle y en el lado medial del muslo, referido como sordo con sensación intermitente de quemadura, en ocasiones tan severo como para producir cojera, asociado con espasmo y posterior atrofia del grupo de aductores del muslo, debe orientar al médico hacia un síndrome de compresión del nervio obturador.

INFORME DE UN CASO

Paciente blanco; edad, 58 años; profesión, ganadero. Consulta por dolor en la cara medial del muslo derecho; dolor óseo profundo en el tercio medio del fémur; sensación urente en la cara medial del muslo y cojera antálgica en el miembro inferior derecho. El cuadro se inició súbitamente 8 meses atrás, sin causa previa. El dolor le produce cojera cada vez que camina y cede con el reposo. Ha consultado, sin éxito, a varios especialistas que le han formulado antiinflamatorios y vitaminas del complejo B.

Entre los antecedentes personales figuran nefrectomía derecha, infección urinaria y sinovitis piógena en el dorso de la mano izquierda.

Al examen físico, se encuentra un paciente obeso, en buen estado general, sin alteraciones visibles, distintas de la cicatriz abdominal. El examen ortopédico muestra cojera antálgica del miembro inferior derecho, atrofia del grupo muscular de los aductores de muslo derecho; a la palpación existe cierta sensibilidad dolorosa a nivel del tubérculo del pubis; los movimientos de la cadera están conservados pero la abducción causa reproducción del dolor; el examen muscular reveló debilidad de los aductores. El signo de Lasegne y el examen neurológico fueron normales.

Los exámenes de laboratorio de rutina son normales. Tiene radiografías de columna lumbosacra que muestran cambios

moderados de espondiloartrosis. Una tomografía computarizada de abdomen no informa ninguna patología tumoral. Le hicieron estudio electromiográfico, al parecer normal.

Al sospechar una compresión del nervio obturador derecho a la altura del agujero obturador, se practicó una infiltración anestésica que produjo remisión total de la sintomatología durante varias horas. Cuando pasó el efecto anestésico, continuó el mismo cuadro doloroso, por lo cual se decidió la exploración quirúrgica. Inicialmente se hizo por vía intrapélvica extraperitoneal y se encontró un nervio obturador tensionado y engrosado a nivel de su entrada en el canal obturador, donde se drenó un quiste sinovial que lo englobaba; a continuación se expuso el nervio extrapélvicamente y se disecó el surco entre los músculos pectíneo y aductor largo, para visualizar el nervio obturador que emergía entre el aductor breve; se liberó el tronco proximal de las adherencias que lo rodeaban; se cerró la herida por planos y se reconstruyó el canal. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, con remisión total del cuadro doloroso.

DISCUSION

El nervio obturador recibe fibras de los nervios lumbares L2, L3 y L4 y abandona la pelvis a través del canal obturador donde emite un ramo para la articulación coxal, interesa el músculo obturador externo, los aductores corto y largo y parcialmente el magno, el grácil y en ocasiones el pectíneo. El ramo anterior termina inervando la piel de los dos tercios distales del muslo. El ramo posterior termina generalmente por un ramo que acompaña la arteria femoral, luego la poplítea e inerva la articulación de la rodilla¹.

El canal obturador es un túnel osteofibroso cuyo techo es el surco obturador del ramo superior del pubis y cuyo piso está compuesto por los músculos obturadores y el borde superior de la membrana obturatriz. El borde fibroso de la membrana obturatriz forma el componente inelástico del túnel.

Las causas, muy raras, de compresión del nervio obturador, en este túnel osteofibroso son las siguientes:

1. Profesor Titular, Sección de Ortopedia y Traumatología, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Titular, Sección Cirugía General, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

1. La hernia intestinal del obturador se ha visto en la patogenia del atrapamiento de este nervio en 7 casos².
2. La osteítis púbica produce edema de tejidos en el canal por la inflamación que compromete el hueso púbico; se presenta como complicación de cirugía urológica³.
3. Los quistes sinoviales de la articulación de la cadera, son una causa rara de compresión y atrapamiento del nervio

obturador, según lo describe Coventry⁴ quien sólo informa 3 casos de su experiencia en la Clínica Mayo.

REFERENCIAS

1. Chatain, I. & Delgado, A.: Nervio obturador, p. 244, en **Anatomía humana**, 2a ed., Universidad del Valle, Cali, 364 pp., 1974.
2. Anders, S., Ljungdahl, I. & Spangen, L.: Obturator hernia. **Acta Chir Scand**, 1976, **142**: 457-459.
3. Kopell, H.P. & Thompson, W.A.: Peripheral entrapment neuropathies of the lower extremity. **N Engl J Med**, 1960, **262**: 56-60.
4. Coventry, M.: Hip sinovial cyst. **J Bone Joint Surg**, 1959, **41A**: 721-723.

**II CONGRESO
LATINOAMERICANO
Y
V CONGRESO NACIONAL
DE PARASITOLOGIA
Y MEDICINA TROPICAL**

Bogotá,
25-29 de mayo de 1987

**Informes: A.A. 92305, Bogotá
Teléfono: 2858207**