

Un raro caso di ostruzione intestinale a livello ileale: l'ernia otturatoria strozzata. Report di un caso



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 4, 2002

C. Sciumè, G. Geraci, F. Pisello, F. Li Volsi,
M. Cajozzo, R. Vaglica, G. Modica

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Trapianti
d'Organo
Unità Operativa di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico
Direttore: Prof. G. Modica

Introduzione

L'ernia otturatoria è stata descritta per la prima volta da François Arnaud de Ronsil nel 1724 a Parigi, presso la Accademia Reale delle Scienze [1], mentre il primo intervento chirurgico riparativo risale ad Henry Obre, nel 1851 [11].

Questo raro tipo di ernia, che si osserva quasi esclusivamente in donne anziane ed emaciate tanto da essere definita "the little old lady's hernia [10]", si fa strada attraverso il canale otturatorio, destinato normalmente al passaggio dei vasi e dei nervi omonimi (Fig. 1 e 2). Lo strozzamento di un'ernia otturatoria è stato, negli anni passati, gravato da alta mortalità, specie per il ritardo diagnostico. Oggi, un alto indice di sospetto diagnostico in quei pazienti anziani che presentano una occlusione intestinale di natura ignota, insieme al miglioramento delle tecniche di imaging [3] [4], consentono una diagnosi precoce ed un trattamento radicale prima che sopravvenga la necrosi delle anse incarcerate.

Caso clinico

Paziente di sesso femminile, M.R., di 77 anni, normotipo, in condizioni generali mediocri; riferisce episodio di dolore addominale protratto e vomito da circa 5 ore. All'anamnesi, riferisce di essere portatrice di epatopatia

Abstract

A RARE CASE OF ILEAL OBSTRUCTION: STRANGULATED OBTURATOR HERNIA. CASE REPORT

Objective: *the authors report their experience about treatment of a rare case of intestinal (ileal) obstruction by strangulated obturator hernia.*

Design: *report of 1 case; evaluation of effectiveness of surgical treatment, 2-years follow-up and revision of literature about its clinical presentation and treatment.*

Setting: *Operative Unit of General and Thoracic Surgery, Department of Surgical, Anatomical and Oncological Disciplines. Policlinico, University of Palermo.*

Interventions: *the patient was submitted to curative and radical surgery.*

Results: *resolution of the pathology. Follow up (2 years) negative.*

Conclusions: *obturator hernia is a rare pathology, with difficult and delayed diagnosis: all these character make dangerous this hernia, with a risk of high morbidity and mortality (delayed diagnosis and treatment). The only useful treatment is surgery, especially in front of intestinal obstruction, with a wide median laparotomy.*

Key words: obturator hernia, surgical treatment, intestinal obstruction.

cronica HCV correlata, e di essere stata già sottoposta ad intervento chirurgico per ernia inguinale sinistra due anni prima, ed a laparotomia con lisi di numerose briglie aderenziali un anno addietro.

L'esame obiettivo dell'addome mostrava un addome globoso, meteorico, dolente alla palpazione superficiale e profonda in fossa iliaca sinistra ed al fianco sinistro, con peristalsi presente (paziente canalizzata ai gas). Non erano presenti segni di resistenza parietale, né segno di Blumberg o febbre. L'esame digito-ano-rettale non mostrava anormalità. I dati di laboratorio erano tutti nella norma (compresi LDH, CPK, CK-MB), tranne gli indici di citolisi epatica, una ipopiastrinemia ed un lieve aumento della bilirubinemia.

La radiografia diretta dell'addome mostrava la presenza di un unico livello in sede centroaddominale e di altri in corrispondenza dello scavo pelvico (Fig. 3).

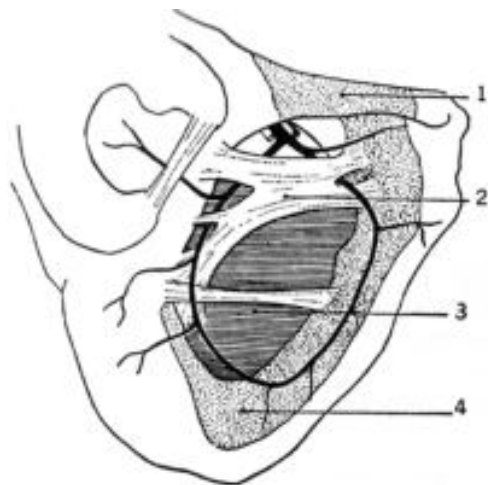


Fig. 1: Veduta extrapelvica del forame otturatorio:
1. Inserzione del muscolo pettineo sulla branca orizzontale del pube;
2. Membrana otturatoria esterna o bandelletta ileopubica;
3. Membrana otturatoria interna;
4. Inserzione del muscolo otturatorio interno.
(da L. Gallone, *Patologia Chirurgica*, Modificata).



Fig. 2: Tramite delle ernie otturatorie:
1. Orificio anteriore (femorale) del canale otturatorio;
2. Muscolo pettineo;
3. Muscolo adduttore lungo;
A. Ernia otturatoria interstiziale;
B. Ernia retropettinea;
C. Ernia prepettinea.
(da E. Paletto, *Nuovo trattato di Tecnica Chirurgica*. Modificata).



Fig. 3: RX diretta dell'addome.

In seguito all'instaurarsi di terapia infusionale ed al posizionamento di un sondino naso-gastrico, le condizioni generali della paziente sono migliorate, con riduzione, fino alla scomparsa, della sintomatologia algica addominale. La stessa sintomatologia si ripresentava dopo circa 20 ore, per cui, con il sospetto di una occlusione intestinale da impegno a livello del forame otturatorio, si eseguiva una TC addome, senza mezzo di contrasto, che confermava il sospetto diagnostico: a sinistra, tra i muscoli otturatori ed il muscolo pettineo, si evidenziava una formazione tondeggianti a contenuto fluido, del diametro trasverso di circa 2.5 cm, estesa in senso cranio-caudale per circa 7 cm, riferibile ad ansa erniata di verosi-

mile pertinenza del piccolo intestino. Il reperto descritto sembrava concordare con la diagnosi di ernia otturatoria sinistra (Fig. 4), per cui la paziente veniva sottoposta a laparotomia esplorativa in urgenza; veniva eseguita una viscerolisi con riduzione dell'ernia, alloplastica con plug in polipropilene (Prolene®) del forame otturatorio sinistro e riperitoneizzazione dello stesso.

La paziente è stata dimessa in X giornata postoperatoria. Diagnosi: occlusione intestinale da ernia otturatoria sinistra a contenuto digiunale, in paziente con ernia epigastrica e voluminoso laparocele xifo-ombelicale, chirurgicamente guarita, dopo un decorso postoperatorio regolare e privo di complicanze.

Il follow-up è stato seguito in modo soddisfacente fino a 2 anni dall'intervento chirurgico (nessuna ripresa della malattia, attività fisica scarsa, normomobilità), epoca in cui la paziente è andata incontro ad exitus per IMA.

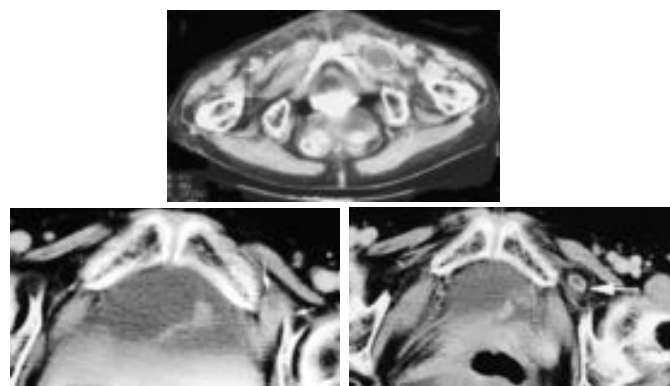


Fig. 4: TC dell'addome.

Discussione

Per una corretta e rapida impostazione della terapia chirurgica, è fondamentale la conoscenza dell'anatomia della regione: il forame otturatorio è situato, bilateralmente, nella parete pelvica anterolaterale, inferiormente all'acetabolo; superiormente è delimitato dalla doccia ossea otturatoria del pube ed inferiormente dai muscoli otturatori interno ed esterno, fra i quali si interpongono le due membrane otturatorie. Tale forame ha una lunghezza di circa 2 cm ed un diametro di circa 1 cm. Il canale otturatorio contiene il nervo, l'arteria e la vena otturatoria, immersi in un'atmosfera cellulo-adiposa, normalmente ben rappresentata [1] [15].

Il nervo otturatorio è un nervo misto che origina con 3 radici dai rami anteriori di L2, L3, L4. Queste tre radici si dirigono in basso e in fuori e si riuniscono in un tronco unico che scende verticalmente, nello spessore del muscolo grande psoas.

Il nervo lascia sul suo lato esterno il nervo femorale e costeggia dal lato interno il tronco lombosacrale. Passa sopra l'articolazione sacroiliaca, incrociando ad angolo acuto i vasi iliaci e, superato lo stretto superiore, si applica alla parete laterale della piccola pelvi, decorrendo al di sotto e parallelamente alla linea terminale. Raggiunge il canale otturatorio, punto in cui dà come unico collaterale il nervo per il muscolo otturatorio esterno.

Esce quindi dal canale otturatorio insieme ai vasi omotermi e si divide nei 2 rami terminali:

- Ramo anteriore, di maggiori dimensioni, che scende anteriormente al muscolo otturatorio esterno, per giungere poi nella loggia mediale della coscia ove si colloca tra i muscoli adduttori lungo e breve innervandoli insieme al muscolo gracile e termina come ramo cutaneo alla regione inferomediale della coscia fino alla faccia interna del ginocchio.
- Ramo posteriore scende tra i fasci del muscolo otturatorio esterno e poi tra i muscoli adduttore breve e lungo, innerva in parte il muscolo otturatorio esterno ed il muscolo grande adduttore.

Emette rami articolari per le articolazioni dell'anca e ginocchio.

Attraverso l'orificio interno del canale otturatorio, il peritoneo, spesso preceduto da un piccolo lipoma, può farsi strada, dando luogo ad un'ernia che contiene un viscere pelvico (diverticolo vescicale, tuba, ovaio, ansa intestinale, più spesso ileale); si possono sviluppare un raro gruppo di ernie interne, che rappresentano meno lo 0.073% di tutte le ernie [1] [5] e circa lo 0.4% di tutte le cause di occlusione intestinale [10].

L'ernia otturatoria si verifica più spesso a destra (3:1) e 6 volte più frequentemente nelle donne anziane (VI - VIII decade) rispetto agli uomini [6] [7] [14], per il decorso più obliquo ed il calibro maggiore del canale otturatorio, oltreché per la maggiore ampiezza del bacino femminile e per le più frequenti sollecitazioni a cui questo è sottoposto [5]. Nella razza cinese si registra la massima inciden-

za di questa forma rara di ernia [14]. Fattori di rischio sono tutte quei fenomeni che causano un incremento della pressione intraaddominale (ascite, stipsi cronica, malattie polmonari, rapida perdita di peso con riduzione del grasso peritoneale, multiparità), e quindi un aumento della lassità del peritoneo parietale [1] [6].

Da studi retrospettivi emerge inoltre che circa il 35% dei pazienti affetti da ernia otturatoria sono lungodegenti ricoverati per patologie croniche, tanto da annoverare questa condizione tra i fattori di rischio [14] [16].

Nella maggior parte dei pazienti, la presentazione clinica dell'incarceramento dell'ernia crurale è quella tipica dell'ileo meccanico, con sintomatologia algica addominale e vomito, dolore crampiforme e parestesia (o iperestesia) nell'area di distribuzione del nervo otturatorio (inguine e faccia anteromediale della coscia) ed atteggiamento antalgico della coscia in flessione e rotazione esterna, eventualmente accompagnati dalla presenza di tumefazione in sede otturatoria (più evidente nei pazienti magri).

Test specifici dell'incarceramento sono il segno di Howship-Romberg, (l'estensione, la rotazione mediale o l'abduzione dell'arto provocano ed esacerbano il dolore che si irradia alla faccia mediale della coscia ed alla gamba, da compressione della branca cutanea del nervo otturatorio; la flessione dell'arto riduce la sintomatologia algica) ed il segno di Hannington-Kiff (scomparsa del riflesso adduttore della coscia in presenza di un riflesso patellare positivo) [11], da valutare sempre bilateralmente.

Classicamente, vengono distinte tre varietà, secondo il grado di discesa del sacco erniario [5] [15]:

1. Ernia impegnata nel canale sottopubico: non appare al suo orifizio esterno (ernia interstiziale);
2. Ernia che fuoriesce tra i fasci superiore e medio del muscolo otturatorio esterno, imbrigliata da un doppio fascio muscolare (ernia retropettinea);
3. Ernia che fuoriesce tra il muscolo otturatore esterno ed il pettineo, fino al di sotto della fascia lata (ernia prepettinea).

Interessante, specie per le corrispondenze terapeutiche, sembra inoltre la classificazione proposta in base all'evoluzione clinica [5]:

1. Ernia otturatoria asintomatica (diagnosi e trattamento estemporanei);
2. Ernia con sintomatologia specifica da irritazione del nervo otturatorio (diagnosi preoperatoria e trattamento elettivo non sempre attuabili);
3. Ernia otturatoria complicata da occlusione e/o strangolamento del viscere interessato (diagnosi preoperatoria difficile; trattamento in urgenza).

È anche segnalata in letteratura la possibilità dell'"ernia di Richter", in cui, il pinzettamento laterale di un'ansa, in un sacco otturatorio, crea una condizione di strozzamento senza occlusione [5].

Non è da trascurare anche una classificazione di circa 30 anni fa, ma riproposta di recente, basata sullo stadio di sviluppo anatomico dell'ernia otturatoria, estrapolata da

dissezioni anatomiche su cadavere e su osservazioni in vivo [5] [20], che completano le precedenti classificazioni:

1. Impegno nell'orificio pelvico del canale otturatorio di lipoma preerniario (grasso preperitoneale);
2. Ingresso nel canale otturatorio del peritoneo parietale, che può seguire la direzione anteriore o posteriore del nervo otturatorio, formando il sacco erniario;
3. Ingresso nel canale otturatorio del viscere (esordio della sintomatologia).

La diagnosi clinica di ernia otturatoria risulta molto difficile, in quanto frequentemente manca una sintomatologia locale patognomonica, essendo presenti contemporaneamente solo nel 50% dei casi, ad esempio, il segno di Howship-Romberg e l'ernia otturatoria [7], mentre in meno del 5% dei casi sono presenti tutti i segni caratteristici (sintomi di occlusione intestinale, anamnesi positiva per episodi subocclusivi, massa palpabile al triangolo di Scarpa e segni di Howship-Romberg e di Hannington-Kiff). Raro ma possibile è il riscontro all'esplorazione rettale di una tumefazione dolente impegnata nel canale otturatorio [12] [14] [17] [18].

Fondamentale appare il contributo dell'imaging integrato nell'ausilio della diagnosi di ernia otturatoria: da numerosi studi, emerge che è utile il ricorso all'esame ecotomografico con sonde di superficie a 5 MHz della regione inguinale e della faccia mediale della radice della coscia come presidio immediato al letto del paziente

[3], ma la certezza diagnostica è indubbiamente legata alla tomografia computerizzata, che consente una diagnosi precoce, in paziente selezionati per fattori di rischio e segni clinici, con una accuratezza prossima al 100% dei casi [4], evidenziando spesso, nei casi complicati, una massa ipodensa a contenuto aereo, localizzata tra i muscoli otturatorio e pettineo (contrastante con la sua assenza nella scansione controlaterale) e la dilatazione delle anse a monte di questo reperto.

La diagnosi differenziale dovrà tenere conto delle altre affezioni che possono interessare la regione: l'ernia crurale, le adenopatie crurali, le artriti croniche dell'anca, gli ascessi dello psoas e della pelvi estrinsecate per via crurale, le osteomieliti ischiopubiche [13].

Conclusioni

L'ernia otturatoria è una patologia poco frequente, di difficile e tardiva diagnosi: tutte queste caratteristiche la rendono una patologia insidiosa, esposta al rischio di un ritardo terapeutico e pertanto a risultati, a breve e lungo termine, mediocri. A nostro avviso, la TC dell'addome, anche senza mezzo di contrasto, può essere considerato l'esame di primo livello per la diagnosi di sindromi occlusive o subocclusive di natura incerta [9], anche se non è in grado di influenzarne la prognosi [19].

Tab. I – TECNICHE RIPARATIVE DI ERNIA OTTURATORIA (MODIFICATA DA LOBO D.N., CLARKE D.J., BARLOW A.P.: *OBTURATOR HERNIA: A NEW TECHNIQUE FOR REPAIR*. J R COLL SURG EDIN, 43:33-34, 1998)

Riferimento bibliografico	Tecnica
Short, BMJ, 1:718, 1923	Inserzione di plug di cartilagine costale nel forame otturatorio
Horine, Ann Surg, 86:776-81, 1927	Inversione dell'apice del sacco e sutura dello stesso al peritoneo
Grey-Turner quoted in Lancet, 1:721-2, 1938	Inversione del sacco dall'interno e legatura alla base
Wakeley, Br J Surg, 26:515-25, 1939	Legatura del sacco; sutura delle fibre più interne del muscolo pettineo al peristio del canale otturatorio
Throckmorton, Surgery, 27:888-92, 1950	Sutura di "tantalum gauze" al periosito del ramo pubico e alla membrana otturatoria
Pender, BMJ, 2:1038, 1950	Plug di "tantalum gauze" nel canale otturatorio, tenuto in sede da sutura dell'adduttore breve sulla sua parte distale
Rothman, NYJ Med, 51:1186, 1951	Patch di peritoneo per chiudere il difetto
Stone and McLanahan In: Lewis D.D., ed. Practice of Surgery. Vol. 7, Hagerstown: Prior, 68-9, 1954	Flap osteoperiosteo dall'osso pubico e sua rotazione per chiudere il difetto
Harper and Holt, Am J Surg, 92:562-5, 1956	Sutura meccanica al collo del sacco
Gilfillan, Can J Surg, 1:366-7, 1958	Eversione e legatura del sacco; riempimento del difetto con un plug di omento libero
Rogers, Surgery, 48:394-403, 1960	Patch di teflon suturato attorno al difetto
Hanley and Hanna, Ir Med, 63:396-8, 1970	Uso del fondo uterino per obliterare il difetto
Larrieu and DeMarco, Am Surg, 42:273-7, 1976	Mesh di Marlex suturata attorno al difetto. Utero e legamento rotondo a rinforzare la mesh
Aurousseau et al., J Chir, 115:35-8, 1978	Uso del legamento rotondo per obliterare il difetto
Arbman, Acta C/sir Scand, 150:337-9, 1984	Sutura della parete vescicale al pavimento pelvico e legamento rotondo per obliterare il difetto
Bjork, Surg Gynecol Obstet, 167:217-22, 1988	Uso dei resti della fascia otturatoria per riparare il difetto
Carriquiry and Pineyro, Bri Surg, 75:785, 1988	Mesh in polipropilene a coprire entrambi i forami otturatori
Tchupetlowsky et al., Surgery, 117:109-12, 1995	Cilindro di Ampoxen nel canale otturatorio. Mesh di sicurezza
Bergstein and Condon, Surgery, 119:133-6, 1996	Mesh in Marlex a coprire entrambi i forami otturatori, suturata alla fascia endopelvica

Non è da trascurare neppure il ruolo dell'ecografia, che però sembra essere ancora troppo operatore dipendente, come presidio diagnostico immediato a letto del malato. Il trattamento di questa patologia è, come si evince dalla nostra discussione, esclusivamente chirurgico e, sebbene le tecniche e le vie di accesso proposte siano varie (vedi Tab. I), noi riteniamo più sicuro l'accesso laparotomico mediano.

L'impiego frequente dell'esplorazione laparoscopica in caso di dolori pelvici o di sindromi occlusive ha permesso la scoperta di numerose ernie otturatorie, nonché la elevata incidenza di ernie otturatorie asintomatiche [8]. In caso di occlusione, l'intervento è obbligatorio e, in assenza di diagnosi causale, si dovrà procedere ad una laparotomia mediana d'urgenza, che consente la migliore esposizione dei visceri, la più facile riduzione del contenuto erniario, la plastica dell'intero canale otturatorio (forami interno ed esterno) con materiale protesico non riassorbibile, e facilitata, ove necessario, l'approccio alla resezione intestinale.

Riassunto

Obiettivo: gli autori riportano un caso occlusione intestinale (a livello ileale) da ernia otturatoria strozzata.

Disegno sperimentale: report di 1 caso; valutazione dell'efficacia del trattamento e follow-up a 2 anni. Revisione della presentazione clinica e del trattamento di questa rara ernia.

Ambiente: Unità Operativa di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico. Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Anatomiche ed Oncologiche. Policlinico, Università di Palermo.

Intervento: la paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico a scopo curativo.

Risultati: guarigione completa. Follow up negativo a 2 anni.

Conclusioni: l'ernia otturatoria è una patologia rara, di difficile e tardiva diagnosi: tutte queste caratteristiche la rendono una patologia insidiosa, esposta al rischio di un ritardo terapeutico e pertanto ad elevata morbidità e mortalità. Il trattamento di questa patologia è, come si evince dalla nostra discussione, esclusivamente chirurgico, specie in caso di occlusione, nel qual caso è preferibile un accesso laparotomico mediano.

Parole chiave: Ernia otturatoria, trattamento chirurgico, occlusione intestinale.

Bibliografia

- 1) Bjork K.J., Mucha P. Jr, Cahill D.R.: *Obturator hernia*. Surg Gynecol Obstet, 167:217-222, 1988.
- 2) Hsu C.H., Wang C.C., Chen M.F.: *Obturator hernia: A report of eight cases*. Am Surg, 59:709-711, 1993.
- 3) Yokoyama T., Munakata Y., Ogiwara M. et al: *Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography*. Am J Surg, 174(1):76-8, 1997.
- 4) Ijiri R.: *Obturator hernia: the usefulness of computed tomography in diagnosis*. Surgery, 119(2):137-40, 1996.
- 5) Gallese N.: *Obturator hernia. Clinical Principles and integrated classifications*. Minerva Chir, 51(12):1121-4, 1996.
- 6) Roston A.D., Rahmin M., Eng A., et al: *Strangulated obturator hernia: A rare cause of small bowel obstruction*. Am J Gastroenterol, 89:277-278, 1994.
- 7) Gray S.W., Skandalakis J.F., Soria R.E., et al: *Strangulated obturator hernia*. Surgery, 75:20-27, 1974.
- 8) Bryant T.L.: *Laparoscopic repair of an incarcerated obturator hernia*. Surg Endosc, 10(4):437-8, 1996.
- 9) Farthouat P.: *Hernie obturatrice étranglée. Apport de la tomodesintometrie abdominale*. J Chir (Paris), 133(6):284-6, 1996.
- 10) Bergstein J.M., Condon R.E.: *Obturator hernia: current diagnosis and treatment*. Surgery, 119:133-6, 1996.
- 11) Naude G., Bongard F.: *Obturator hernia is an unsuspected diagnosis*. Am J Surg, 174(1):72-5, 1997.
- 12) Paino O., Azzario G.: *Considerazioni su due casi di ernia otturatoria strozzata*. Min Chir, 52:1371-3, 1997.
- 13) Donaldo F., Talenti A., Lombardo G., Martelli S.: *L'ernia otturatoria strozzata*. Min Chir, 47:1405-8, 1992.
- 14) Lo C.Y., Lorentz T.G., Lau P.W.K.: *Obturator hernia presenting as small bowel obstruction*. Am J Surg, 167:396-398, 1994.
- 15) Cavaliere P., Orsi G., Camera S., Schirru A., Panero D., Ferrari C.: *L'ernia otturatoria. Considerazioni diagnostiche e trattamento chirurgico*. Min Chir, 36:861-5, 1981.
- 16) Chung C.C., Mok C.O., Kwong K.H. et al: *Obturator hernia revisited: a review of 12 cases in 7 years*. J R Coll Surg Edin, 42:82-4, 1997.
- 17) Yip A.W.C., Chong A.K., Lam K.H.: *Obturator hernia: a continuing diagnostic challenge*. Surgery, 117:266-91, 1993.
- 18) Hannington-Kiff J.G.: *Absent thigh adductor reflex in obturator hernia*. Lancet, 1:190, 1980.
- 19) Yukihiro Y., Akihiro Y., Masatoshi I. et al: *36 cases of obturator hernia: does CT contribute to postoperative outcome?* World J Surg, 23:214-7, 1999.
- 20) Skandalakis L.J., Androulakis J., Colborn G., Skandalakis J.E.: *Obturator hernia: embryology, anatomy and surgical applications*. Surg Clin North Am, 80(1):71-84, 2000.

Commento

Commentary

Prof. Pietro LEO

Professore Ordinario di Chirurgia Generale
Università di Palermo

L'ernia otturatoria è una rara affezione che si osserva quasi esclusivamente in donne anziane ed emaciate che si fa strada attraverso il canale otturatorio. Lo strozzamento di un'ernia otturatoria è una evenienza spesso drammatica, gravata da alta mortalità, specie per il ritardo diagnostico.

Il contributo clinico presentato dagli Autori e la revisione della presentazione clinica e dei vari tipi di trattamento chirurgico proposti nel tempo è importante per tale tipo di patologia, che molto spesso passa misconosciuta e viene diagnosticata solo al tavolo operatorio.

Mi trovo d'accordo con la proposta di un iter diagnostico basato sull'imaging integrato correlato alle evidenze clinicoanamnestiche, su cui gli Autori si soffermano in modo esauriente.

Mi sembra ragionevole infine l'approccio chirurgico proposto dagli Autori, che consente una migliore esposizione dei visceri, la più facile riduzione del contenuto erniario, la plastica dell'intero canale otturatorio con materiale protesico, e facilita, ove necessario, l'approccio alla resezione intestinale.

Obturator hernia is a rare affection that almost exclusively observes in elderly and emaciated women and that push its way through the obturator channel. The obstruction of a obturator hernia is often a dramatic eventuality, burdened by high mortality, especially for the diagnostic delay.

The clinical contribution introduced by the authors and the revision of the clinical presentation and the types of surgical treatment proposed in the time is important for such type of pathology, that very thick it passes underestimated and is diagnosed to the operator room only.

I am of accord with the proposal of a diagnostic iter based on the correlated integrated imaging with clinicallanamnestic evidences, on which the authors stop in exhaustive way.

Finally, it seems me reasonable the surgical approach presented by the authors, that it allows a better exposure of the viscera, the easiest reduction of the hernial content, the plastics of the obturator channel with material prostetic, and it facilitates, where necessary, the intestinal resection.

Autore corrispondente:

Dott. Carmelo SCIUMÈ
Unità Operativa di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico
del Policlinico Universitario "Paolo Giaccone"
Via Liborio Giuffrè, 5
90127 PALERMO
Cell: 3398537308
Fax: 0916554508
E-mail: girgera@tin.it