

CASO CLÍNICO

1. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.
 - a. ORCID 0000-0001-9366-6343;
 - b. Doctor en Ciencias Médicas ORCID 0000-0002-9937-1850;
 - c. Doctor en Medicina Clínica ORCID 0000-0002-5433-7149

Declaración de aspectos éticos

Reconocimiento de autoría. Todos los autores declaramos que hemos realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

Responsabilidades éticas. Protección de personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaramos que hemos seguido los protocolos del Hospital Central "Dr. Urquinaona" sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores hemos obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento. Los autores certificamos que no hemos recibido apoyos financieros, equipos, en personal de trabajo o en especie de personas, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Recibido: 26 enero 2021

Aceptado: 14 marzo 2021

Publicación en línea:

Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona", Final Av. El Milagro, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

☎ 58162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Rondon-Tapia M, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E. Hernia femoral encarcelada con contenido de ovario. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2362>

Hernia femoral encarcelada con contenido de ovario

Incarcerated femoral hernia with ovarian contents

Martha Rondon-Tapia^{1,a}, Duly Torres-Cepeda^{1,b}, Eduardo Reyna-Villasmil^{1,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2362>

RESUMEN

Las hernias femorales representan menos del 10% de las hernias inguinales; aparecen principalmente en mujeres adultas y tienen una mayor tasa de complicaciones asociadas al encarcelamiento comparadas con otras hernias abdominales. El contenido más frecuente en el interior del saco herniario son las asas intestinales, grasa preperitoneal y epiplón. Otras estructuras abdominales, como apéndice, vejiga, divertículo de Meckel, testículos ectópicos y estómago, son extremadamente raros. El útero, el ovario y las trompas de Falopio rara vez están presentes en una hernia inguinal. La hernia femoral encarcelada con ovario como contenido es una condición extremadamente rara en mujeres en la edad adulta. La mayoría de los casos ocurren en niñas y con frecuencia se asocian con defectos congénitos de los genitales. El diagnóstico preoperatorio para establecer el contenido de la hernia puede ser difícil, pero la ecografía convencional puede ser útil para identificar las características del contenido. El tratamiento tradicional es la reparación abierta. Pero, la cirugía laparoscópica permite confirmar el diagnóstico y evaluar la posibilidad de modificaciones isquémicas en el contenido del saco herniario. Se presenta un caso de hernia femoral encarcelada con contenido de ovario.

Palabras clave. Hernia femoral; Ovario.

ABSTRACT

Femoral hernias account for less than 10% of inguinal hernias; they occur mainly in adult women and have a higher rate of complications associated with incarceration compared with other abdominal hernias. The most frequent contents inside the hernia sac are intestinal loops, preperitoneal fat and omentum. Other abdominal structures, such as appendix, bladder, Meckel's diverticulum, ectopic testis and stomach are extremely rare. The uterus, ovary, and fallopian tubes are rarely present in an inguinal hernia. Incarcerated femoral hernia with ovary as content is an extremely rare condition in adult females. Most cases occur in girls and are often associated with congenital defects of the genitalia. Preoperative diagnosis to establish the contents of the hernia can be difficult, but conventional ultrasonography can be helpful in identifying the characteristics of the contents. The traditional treatment is open repair. However, laparoscopic surgery can confirm the diagnosis and evaluate the possibility of ischemic changes in the contents of the hernia sac. A case of incarcerated femoral hernia with ovarian content is presented.

Key words: Hernia, femoral, Ovary

INTRODUCCIÓN

Las hernias representan una patología quirúrgica común; alrededor del 75% de los casos ocurren en la región inguinal. Las hernias femorales representan aproximadamente 2% a 8% de todas las hernias inguinales y aparecen principalmente en mujeres adultas⁽¹⁾. Debido al pequeño tamaño del defecto en el anillo femoral y las estructuras ligamentosas rígidas, la encarcelación es más frecuente comparada con otras hernias abdominales⁽²⁾.

El contenido dentro del saco herniario generalmente consiste en asas intestinales, grasa preperitoneal o epiplón. Otras estructuras anatómicas, como apéndice, vejiga, divertículo de Meckel, testículo ectópico, estómago y órganos ginecológicos, son extremadamente inusuales⁽²⁾. La hernia femoral encarcelada con el ovario como contenido es una entidad extremadamente infrecuente. Debido a su baja frecuencia, es fundamental conocer las características y el contenido de la hernia femoral encarcelada, antes o incluso durante la intervención quirúrgica, para

elegir el manejo más adecuado⁽³⁾. Se presenta un caso de hernia femoral encarcelada con contenido de ovario.

CASO CLÍNICO

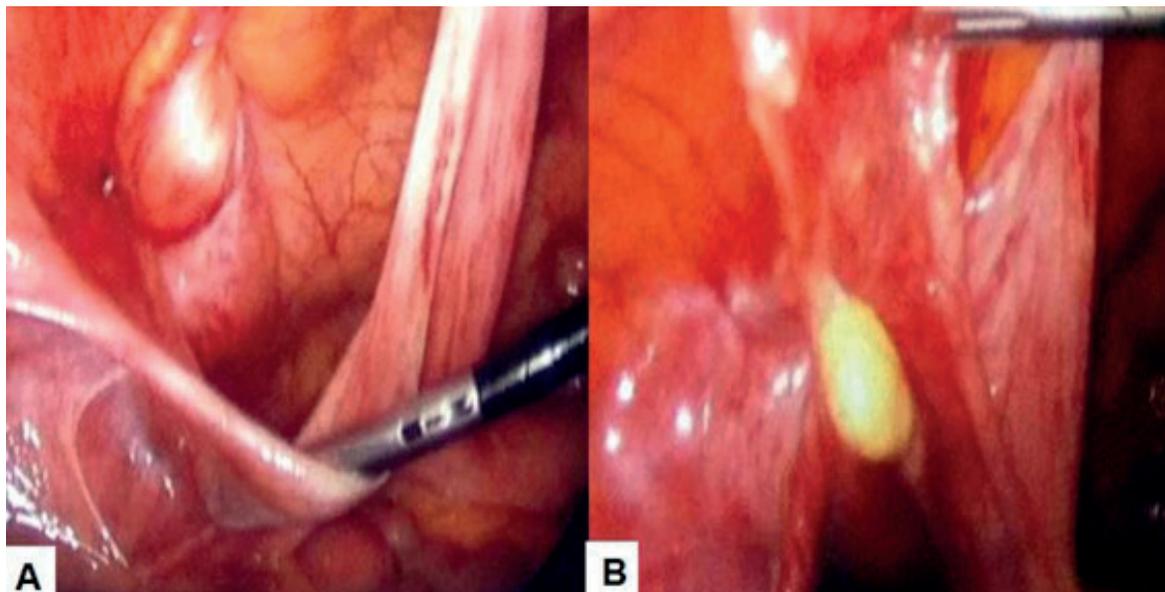
Una paciente de 39 años, gesta 3, para 3, acudió a la emergencia por presentar aumento de volumen y dolor en la región inguinal izquierda, de moderada a fuerte intensidad y 24 horas de evolución, acompañados de vómitos, náuseas y anorexia. Refirió haber sufrido de dismenorrea los últimos 12 meses, con ciclos menstruales normales. Negaba antecedentes de estreñimiento, cambios de hábitos evacuatorios y aumento de la temperatura corporal, así como antecedentes personales, quirúrgicos o familiares de importancia.

Al examen físico, la paciente estaba afebril, hemodinámicamente estable, con ligera deshidratación cutáneo-mucosa. El examen abdominal reveló dolor leve a moderado a la palpación en el cuadrante inferior izquierdo. Se observó aumento de volumen en la región inguinal izquierda de aproximadamente 5 centímetros de diámetro, muy doloroso y sensible a la palpación, no pulsátil, de superficie suave e irreductible, aparentemente ubicado debajo del ligamento inguinal. No se observaron signos de flogosis ni alteraciones en los genitales externos. Las mamas tenían aspecto normal. El resto del examen físico estuvo dentro de límites normales.

Los resultados de las pruebas hematológicas y bioquímicas fueron normales, sin elevación del conteo de leucocitos o de las concentraciones de proteína C reactiva. La radiografía simple de abdomen fue normal. La ecografía abdomino-pélvica mostró una lesión sólida bien definida por encima de los vasos femorales izquierdos, en aparente continuidad con el ligamento redondo hacia la cavidad abdominal. Su vascularización estaba conservada y se acompañaba de un segmento peristáltico, compatible con asa intestinal de pared edematosa. La tomografía computada abdomino-pélvica definió una estructura sólido-quística de 4 × 3 centímetros junto a otra estructura en forma de cordón en la región inguinal izquierda. El contenido fue considerado como asas intestinales acompañado de otra estructura a definir. El diagnóstico presuntivo fue de hernia femoral izquierda encarcelada. Al intentar la reducción manual con analgesia y medios físicos, la paciente tuvo dolor intenso, por lo que la maniobra no fue exitosa. En vista de lo anterior, se decidió intervenir quirúrgicamente.

Durante la laparoscopia se encontró que la hernia femoral contenía dentro del saco una pequeña porción de intestino delgado junto al ovario izquierdo, pero no la trompa de Falopio. En vista que fue imposible extraer el contenido herniario, se decidió abrir la cara superior del ligamento inguinal para mover el contenido a la cavidad pélvica. El ovario fue extraído con dificultad y, a pesar que estaba edematoso, no se detectaron

FIGURA 1. A) HERNIA FEMORAL ENCARCELADA CON OVARIO IZQUIERDO EN SU INTERIOR. B) OVARIO IZQUIERDO VIABLE POSTERIOR A LA EXTRACCIÓN DEL SACO HERNIARIO.





signos de daño isquémico (figura 1). Tanto el ovario como la trompa de Falopio y las fimbrias no mostraron anomalías anatómicas. La herniorrafía cerró el defecto y posteriormente lo cubrió con malla protésica de polipropileno monofilamento. Este fue suturado en forma medial y anterior al ligamento de Cooper y la vaina femoral con sutura no absorbible, y se cerró el ligamento inguinal sobre la malla. No se encontraron alteraciones en la exploración del resto de la cavidad pélvica y abdominal.

La recuperación postoperatoria transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta a las 48 horas en buenas condiciones. No hubo recurrencia de la sintomatología luego de 18 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

El canal femoral es un cono invertido de forma elíptica, que mide aproximadamente 2 centímetros de longitud y se extiende desde el anillo hasta el orificio femoral. Está ubicado medial al vaso femoral y normalmente contiene linfáticos y tejido adiposo laxo⁽⁴⁾. La hernia femoral aparece debajo del ligamento inguinal, sobresaliendo entre el ligamento lacunar y la vena femoral⁽⁵⁾. Debido a que el anillo femoral es anatómicamente más ancho en las mujeres que en los hombres, la hernia femoral es cuatro a cinco veces más común en ellas, en el grupo etario de 40 a 70 años y con mayor frecuencia del lado derecho⁽⁵⁻⁷⁾.

Las hernias con contenido uterino o de alguno de los anexos son extremadamente raras en mujeres premenopáusicas (3% de todos los casos). La mayoría son halladas en la edad pediátrica, generalmente asociadas a anomalías genitales^(8,9). La ubicación anatómica del útero y los anexos hace que este tipo de hernia sea inusual, especialmente en mujeres adultas⁽³⁾. Existen menos de 15 informes de hernias femorales encarceladas con contenido ovárico y/o uterino. El ovario como único elemento dentro del saco herniario ha sido descrito en dos ocasiones⁽¹⁰⁾. En nuestro caso, la presencia del ovario dentro de la hernia femoral fue confirmada durante la cirugía, sin evidencia de anomalías del útero o del otro anexo.

La causa primaria de la hernia femoral es un anillo femoral agrandado, mientras que la etiología secundaria es un estado prolongado de presión

intraabdominal elevada, que conlleva a exceso de presión de la grasa preperitoneal sobre un anillo femoral congénitamente agrandado, asociado a la debilidad adquirida de la pared abdominal en los adultos^(5,6). Otra hipótesis propone la existencia de fallas en la fusión de los conductos de Müller, que ocasiona anomalías anatómicas relacionadas a la debilidad de los ligamentos suspensorios útero-ováricos⁽¹¹⁾.

En el examen físico, las hernias femorales se presentan con dolor inguinal y/o aumento de volumen no pulsátil e irreductible debajo del ligamento inguinal, por debajo y lateral al pubis. Debido al tipo de defecto del anillo femoral y sus rígidas estructuras ligamentosas, el encarcelamiento se observa con mucha más frecuencia con estas hernias que con otras hernias abdominales. Los pacientes a menudo tienen un historial prolongado de pequeña inflamación inguinal. En algunos casos crónicos, la sintomatología puede coincidir con los ciclos menstruales. También pueden presentar síntomas inusuales, como dolor abdominal intermitente o síntomas que pueden simular íleo u obstrucción intestinal⁽²⁾.

El examen clínico sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico preoperatorio de la hernia femoral encarcelada, pero la precisión diagnóstica oscila entre 25% y 40%⁽¹²⁾. A pesar de los esfuerzos para diagnosticar en el periodo preoperatorio el contenido del saco herniario, la mayoría de los casos son diagnosticados durante la cirugía. El reconocimiento temprano asegura una pronta intervención quirúrgica y previene la lesión de los órganos encarcelados dentro de las hernias. No obstante, la ecografía preoperatoria con transductor de alta frecuencia tiene una eficacia cercana al 100% para identificar el contenido⁽¹³⁾. En algunos casos, las características morfológicas del ovario pueden ser evaluadas por ecografía y/o demostrar la ausencia del ovario ipsilateral a la hernia. Además, en la ecografía Doppler color puede observarse porciones con flujo arterial compatible con el cuerpo lúteo⁽¹⁴⁾.

Los diagnósticos diferenciales de esta condición incluyen linfadenitis, linfangioma, lipoma y otros tumores. Las dificultades para llegar a un diagnóstico específico están relacionadas con la poca frecuencia de la patología, inexperiencia del cirujano y examen físico inadecuado⁽¹²⁾.



El tratamiento tradicional es la reparación abierta. La hernia femoral encarcelada generalmente está asociada con trastornos de la vascularización de los órganos dentro del caso herniario, lo que justifica la cirugía de urgencia⁽⁶⁾. Entre los tres abordajes quirúrgicos básicos (femoral, inguinal y preperitoneal), la mayoría de los cirujanos prefiere el abordaje inguinal en presencia de encarcelación o estrangulación, pues proporciona excelente exposición del anillo femoral y facilita la liberación de la hernia. Además, se tiene la oportunidad de resecar los tejidos con alteraciones de la vascularización, si fuera necesario⁽²⁾. En este caso, se prefirió el abordaje preperitoneal para asegurar la evaluación y recolocación del ovario afectado.

Siempre debe intentarse reducir el contenido del saco (anexos uterinos) de la hernia femoral en mujeres en edad reproductiva y niñas sin anomalías ováricas o tubáricas, mientras no exista alguna complicación potencialmente mortal, como la salpingitis aguda⁽¹⁵⁾. La cirugía laparoscópica permite confirmar el diagnóstico y evaluar la posibilidad de cambios isquémicos en el contenido del saco herniario. Además, se asocia a una rápida recuperación y mejores resultados estéticos⁽¹⁰⁾.

Existen diferentes técnicas de reparación quirúrgica para la hernia femoral. La operación de McVay, la técnica de malla con tapón de polipropileno y el abordaje laparoscópico son las modalidades quirúrgicas más utilizadas en la actualidad. Algunos autores sugieren, después de liberar sin causar daños a los órganos dentro del saco herniario, la herniorrafia clásica con ligadura alta, mientras que otros autores abogan por un cierre con material prostético^(1,5). La tasa de recurrencia después de la reparación de la hernia femoral es de 1% a 10%. La insuficiencia técnica y la falta de conocimiento anatómico del anillo de la hernia femoral son los elementos más importantes asociados a la recurrencia⁽⁴⁾.

En conclusión, la hernia femoral es común en mujeres adultas. Estas generalmente llevan a encarcelación de su contenido, generalmente asas intestinales; pero, también otros órganos pélvicos pueden estar en su interior, como el ovario. El diagnóstico rápido y el tratamiento oportuno minimizan las complicaciones de la encarcelación. Aunque es una entidad muy rara, este diagnóstico debe ser considerado en pacientes con aumento de volumen irreductible en la región inguinal o femoral, de manera de evitar complicaciones graves secundarias a la necrosis del contenido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Taher H, Azzam A, Kamal A, Husseiny R, Farrag M, Nayef A, et al. Hernia uteri inguinale in an 18 months old female infant: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;78:1-3. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.11.125
2. Marcos-Santos P, Bailon-Cuadrado M, Choolani-Bhojwani E, Pacheco-Sanchez D. Femoral hernia containing the right fallopian tube: chronic pain with menstruation. *Ann R Coll Surg Engl.* 2019;101(7):e157-e159. doi: 10.1308/rcsann.2019.0082
3. Ambedkar V, Singh A, Bain J, Singh LM. A rare case of femoral herniation of female internal genitalia. *J Nat Sci Biol Med.* 2015 Jul-Dec;6(2):454-6. doi: 10.4103/0976-9668.160038
4. Köckerling F, Koch A, Lorenz R. Groin hernias in women - a review of the literature. *Front Surg.* 2019;6:4. doi: 10.3389/fsurg.2019.00004
5. Hachisuka T. Femoral hernia repair. *Surg Clin North Am.* 2003;83(5):1189-205. doi: 10.1016/S0039-6109(03)00120-8
6. van Veenendaal N, Simons M, Hope W, Tumtavitikul S, Bonjer J; HerniaSurge Group. Consensus on international guidelines for management of groin hernias. *Surg Endosc.* 2020;34(6):2359-77. doi: 10.1007/s00464-020-07516-5
7. Clyde DR, de Beaux A, Tulloh B, O'Neill JR. Minimising recurrence after primary femoral hernia repair; is mesh mandatory? *Hernia.* 2020;24(1):137-42. doi: 10.1007/s10029-019-02007-6
8. Pampal A, Atac GK. Torsion of the ovary in an incarcerated inguinal hernia. *Pediatr Emerg Care.* 2013;29(1):74-5. doi: 10.1097/PEC.0b013e31827b54f1
9. Pillay Y. Laparoscopic repair of an incarcerated femoral hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2015;17:85-8. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.10.031
10. Soeta N, Saito T, Nemoto T, Oshibe I, Gotoh M. Laparoscopic repair of irreducible femoral hernia containing the fallopian tube alone: a case report. *Surg Case Rep.* 2016;2(1):57. doi: 10.1186/s40792-016-0185-y
11. Yang X, Chen Q, Jiang J, Cai X. Irreducible inguinal hernia containing rudimentary uterine horn, ovary, and fallopian tube. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014;41(5):601-2
12. García-Hernández C, Carvajal-Figueroa L, Archivaldo-García C, Pique-Aragón C, Landa-Juárez S, Izundegui-Ordóñez G. Femoral hernia in children: diagnostic and therapeutic challenge. Case report. *Cir Cir.* 2020;88(Suppl 1):74-8. doi: 10.24875/CIRU.20001580
13. Kumar D, Maheshwari S, Rajesh U, Grewal D, Maria V. Herniation of the uterus, ovaries and fallopian tubes into the canal of Nuck in a 4-month-old child: A rare entity. *SAJ Radiol.* 2020;24(1):1935. doi: 10.4102/sajr.v24i1.1935
14. Amini R, Baker N, Woolridge DP, Echeverria AB, Amini A, Adhikari S. Emergency department diagnosis of an ovarian inguinal hernia in an 11-year-old female using point-of-care ultrasound. *World J Emerg Med.* 2018;9(4):291-3. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2018.04.010
15. Prodromidou A, Machairas N, Garoufalia Z, Kostakis ID, Kyriakidis AV, Spartalis E, et al. Ovarian inguinal hernia. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020;102(2):75-83. doi: 10.1308/rcsann.2019.0137