

Hernia femoral complicada. Presentación de un caso en un Centro Diagnóstico Integral. Venezuela

Complicated femoral hernia. Presentation of a case in an integral diagnostic centre.
Venezuela

AUTORES

Dr. Sabino Alexis González López (1)
Dra. Yamila López Florián (2)

1) Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas.
Profesor Instructor. Centro Diagnóstico Integral Celia Sánchez Manduley. Caracas.
Venezuela.

2) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención
Integral a la Mujer. Profesora instructora. Centro Diagnóstico Integral Celia Sánchez
Manduley. Caracas. Venezuela.

RESUMEN

La hernia femoral se presenta entre el 2 y el 5 % de los casos, por lo que no se presenta con frecuencia. Se observa con un mayor predominio en las mujeres, pues generalmente evolucionan a complicaciones con elevada incidencia hacia la estrangulación. Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años de edad, con una hernia femoral complicada de 3 días de evolución, a la cual se le realizó una intervención quirúrgica de urgencia. El objetivo de este trabajo fue describir los elementos clínicos, resultados de exámenes complementarios, hallazgos quirúrgicos, intervención quirúrgica realizada y la evolución de este caso en el servicio de Cirugía General del Centro Diagnóstico Integral-UD1 parroquia Caricuao, municipio Libertador, Estado Distrito Capital Venezuela, en el mes de marzo de 2010. Se concluye que el diagnóstico y una intervención quirúrgica precoz contribuyen a disminuir la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes. La técnica con plug de Lichtenstein ha permitido obtener un menor índice de complicaciones y recidivas, por lo cual su empleo debe considerarse como tratamiento de elección en las hernias crurales que se intervienen, tanto de forma urgente como electiva.

Palabras clave: hernia femoral, morbilidad, mortalidad, complicaciones, procedimientos quirúrgicos operativos.

SUMMARY

The femoral hernia appears between 2-5 % of the cases, one does not appear frequently, it is observed with a greater predominance in the women, evolve generally to complications with high incidence towards the throttlng. The case of a feminine patient of 45 years of age with a complicated femoral hernia of 3 days of

evolution appears, to which an emergency operation was realised to him. The objective of this work was To describe the clinical elements, surgical results of complementary examinations, findings, operation realised and the evolution of this case in the service of General Surgery of the Center Integral Diagnosis-UD1 Caricuao parish, Liberating municipality Been Capital District Venezuela in the 10 month March of the 2010. One concludes that the diagnosis and a precocious operation contributes to diminish the morbidity and the mortality of these patients. The technique with plug of Lichtenstein has allowed to obtain a smaller index of complications and recidivas, thus thus its use must be considered like treatment of election in the crurales hernias that are found as much of urgent form as elective.

Key words: femoral hernia, morbidity, mortality, complications, operative surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

Con el término hernia se conoce la protrusión de un saco revestido de peritoneo a través de la capa musculoaponeurótica de la pared abdominal. La hernia crural se produce por un defecto en la fascia transversalis, exteriorizándose el saco herniario en la región femoral. El conducto crural es un prisma triangular, cuya cara anterior es la fascia cribiforme. El extremo superior es el anillo que comunica a la cavidad abdominal con el triángulo de Scarpa. De afuera hacia adentro pasan el nervio crural, arteria femoral y la vena femoral. Entre la vena femoral y el borde interno del anillo (ligamento de Gimbernat) hay un espacio extenso ocupado por los troncos linfáticos, que ascienden desde el muslo hacia la pelvis. También se encuentra el ganglio de Cloquet, cabalgando sobre el borde del ligamento de Gimbernat, de tal manera que hacia arriba pertenece al abdomen y por debajo a la región crural (1-6).

La incidencia de la hernia crural es de 5 a 7 % con respecto a todas. Afecta a las mujeres, sobre todo a las que tuvieron embarazo. La estrangulación es la complicación más frecuente, incluso más que en las hernias inguinales, 6 a 8 veces más frecuentes. Reportándose entre 20 a 40 % de incidencia entre las hernias crurales y la mayor parte con hernia de Richter. Es más frecuente en el sexo femenino, 9 a 1 entre los 30 y 60 años. El orificio crural está limitado por arriba por la arcada crural, abajo por el ligamento de Cooper, por dentro por el ligamento de Gimbernat y por fuera por la cintilla ileopectínea, si bien la zona de mayor deslizamiento está limitada por la vena femoral (7-9).

Se consideran factores predisponentes del desarrollo herniario, factores generales, como la edad, falta de ejercicio físico, embarazos múltiples, cirugías previas y reposo en cama, y todas aquellas circunstancias en las que aumenta la presión intraabdominal, como la obesidad, la enfermedad pulmonar crónica con tos recurrente y el estreñimiento y el prostatismo, por la necesidad de realizar esfuerzos para la defecación o micción. Aquellas hernias no reductibles pueden ser particularmente sensibles, en especial cuando hay compromiso vascular. En esta situación se observa, además, cambios de la coloración de la piel, que aparecen tardíamente. Todo paciente con sospecha de una hernia debe ser examinado de pie, ya que en la posición decúbito dorsal simple la hernia se reduce en forma espontánea cuando es reductible. Se habla de muchas técnicas, como la denominada tratamiento por vía posterior o vía de acceso preperitoneal suprapúbica (Cheattle Henry), Lotetheissen. Por su parte, vía de acceso inguinal anterior y Cadenat vía femoral cuando el abordaje de la hernia es por debajo del ligamento inguinal, estos abordajes queda del criterio del cirujano. En el

tratamiento inguinalizando, la hernia crural es el más adecuado para el tratamiento de las hernias crurales difíciles, evitándose así el gran riesgo en abordaje femoral, la lesión del saco y de los vasos femorales (10-15).

La serie más grande publicada proviene del Swedish Hernia Register, incluyendo 588 pacientes que fueron tratados en un período de 6 años en 29 centros diferentes, con un promedio de 3,4 por hospital por año. Como resultado de la baja incidencia, hay relativamente pocos estudios clínicos sobre las hernias crurales. La reparación de Mc. Vay, hay numerosas técnicas descritas para la hernia crural. Los abordajes incluyen: transinguinal, infrainguinal, preperitoneal, transperitoneal y con o sin malla. Solo unos pocos ensayos prospectivos ($n < 100$) han sido reportados. Tanto un meta-análisis como el Swedish Hernia Register tiene insuficiente poder estadístico para determinar la superioridad de la malla sobre las reparaciones basadas en los tejidos. El abordaje bajo, usando un tapón de malla, ha ganado popularidad, debido a su simplicidad y corto tiempo operatorio. No hay aún grandes ensayos prospectivos que permitan establecer un estándar para los resultados a largo plazo. El Shouldice Hospital se especializa en el tratamiento de las hernias de la pared abdominal y realiza más de 7 500 reparaciones por año. Aunque las hernias crurales representan solo el 2,1 % de las reparaciones, el volumen acumulado representa una experiencia sin precedentes. Varios reportes han documentado la evolución del abordaje de Shouldice a las hernias crurales. Un reporte de 2 105 reparaciones infrainguinales con sutura para las hernias crurales, realizadas entre 1967 y 1983 encontró una tasa de recidiva del 2 % después de la reparación primaria, y del 9,4 % después de la reparación de una recidiva. La misma combina una reparación con sutura transinguinal del defecto crural, con la reconstrucción de Shouldice del piso inguinal. Las mallas protésicas son usadas selectivamente si hay insuficiente tejido para una reconstrucción libre de tensión o en situaciones específicas. El abordaje infrainguinal con un tapón de malla es usado con moderación, solo si hay una reparación previa intacta de hernia inguinal. El propósito de este estudio clínico prospectivo fue establecer los resultados a largo plazo de este abordaje para la reparación de la hernia crural. Se han desarrollado diversas técnicas para la reparación quirúrgica de la hernia crural. La técnica con plug de Lichtenstein por vía crural ha permitido obtener un menor índice de complicaciones y recidivas, así como una recuperación temprana de las actividades habituales del paciente (16,17).

En las hernias crurales la colocación de un tapón de malla es el procedimiento de elección (81 %). El cierre por técnicas clásicas solo es preferido por el 15 % de los encuestados. Un 58 % prefiere el tapón cilíndrico macizo de polipropileno, mientras que el 23 % un cono de dicho material. Además, el 77 % sostiene que la medida del tapón debe ajustarse siempre a la medida del orificio herniario. Será mayor si hemos tenido que abrir algo el ligamento de Gimbernat y en los sacos crurales recidivados (18).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de 45 años de edad del sexo femenino, con antecedentes de tener una hernia crural hace 4 años. Nos refirió que hace 3 días, después de realizar un esfuerzo físico, notó un aumento de volumen de forma brusca en la región inguino-crural, instalándose inmediatamente un dolor de moderada intensidad, que no se aliviaba totalmente con analgésicos, ni con el reposo, aumentado gradualmente con el decurso del tiempo a tipo cólico, irradiándose a nivel del hemiabdomen inferior (hipogastrio), además de acompañarse de náuseas y vómitos en número de 4 al día, no muy abundantes líquidos con restos de alimentos, así como decaimiento, mareos. Con este cuadro acude al cuerpo de guardia ingresándose para tratamiento quirúrgico urgente, en el servicio de Cirugía

del Centro Diagnóstico Integral de la Parroquia Caricuao, UD-1, municipio Libertador, distrito Metropolitano Caracas, Venezuela, en marzo de 2010.

Datos positivos al examen físico

Al ingreso

Mucosas: Ligeramente secas.

Aparato cardiovascular. Ruidos cardiacos taquicárdicos, no se auscultan soplos. Tension arterial: 100/60. Frecuencia cardiaca: 100.

Abdomen: Continúa ligeramente los movimientos respiratorios, contracturado y doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipogastrio con reacción peritoneal, percusión dolorosa en hipogastrio específicamente en fosa iliaca derecha, a la auscultación ruidos aumentados en intensidad y frecuencia.

Región crural derecha: Se observa aumento de volumen de 10 cm con signos flogísticos, doloroso a palpación de consistencia dura, que no se reduce ni manual ni espontáneamente con el reposo, se ausculta ruidos hidroáereos, no late ni sopla.

Exámenes complementarios de laboratorios (se le realizan al paciente todos los necesarios para una intervención quirúrgica urgente, aunque solamente se describirán los positivos):

Leucograma: Leucositos $15,6 \times 10^9$ /L Polimorfonucleares: 0,90I/L

Exámenes imagenológicos: Rx de abdomen simple. Se observan niveles hidroáereos de forma organizada correspondiente al intestino delgado.

EKG: Taquicardia sinusal.

Discusión del caso

Una vez realizado el diagnóstico positivo que es clínico (hernia femoral complicada), dado por lo antes expuesto del cuadro sintomático, examen físico y exámenes complementarios, se decide su ingreso para intervención quirúrgica de urgencia, previa a la corrección del desequilibrio hidromineral y eletrolítico, se comienza con la antibioticoterapia del tipo de las cefalosporina y el metronidazol.

Tratamiento quirúrgico. Paciente con anestesia general endotraqueal. Se realiza incisión oblicua por vía femoral, con un pequeño corte a ligamento de Gimbernat para poder liberar saco. Posteriormente se abre saco, cuyo contenido es intestino delgado íleon (de color oscuro y con líquido de color vinoso con olor fétido que es característico del compromiso vascular), unos 5 cm de la válvula ileocecal, por lo cual se le realiza laparotomía abdominal. Se observa que el segmento intestinal afectado llega hasta aproximadamente 10 cm y no es viable, por lo que se procede a realizar la resección intestinal con anastomosis termino-terminal, en dos planos, y por la proximidad a la válvula se decide colocar sonda de ileostomía transcecal de forma temporal para proteger la sutura intestinal, la cual se coloca realizando previamente apendicetomía. Se amplía una incisión de 1 cm, aspirándose el contenido y se introduce una sonda rectal # 36 rebasando unos 5 cm después de la sutura. Se fija la sonda con doble bolsa de señora de cromado 0 y se exterioriza a través de un túnel practicado en fosa iliaca derecha. Se fija el ciego con cromado al peritoneo y la sonda a la piel, y se coloca la bolsa colectora, se repara la hernia

crural, colocando un tapón o plug de malla o prótesis de prolene fijándola al ligamento de Cooper y al de Poupar, sobrepasando 2 cm para cubrir el defecto. Se comenzó la vía oral a las 24 horas, y se retiró la sonda a los 11 días. El orificio se cerró a los 5 días y no se presentaron complicaciones, siendo la evolución satisfactoria. Se le egresó a los 12 días, con seguimiento por consulta.

Se concluye que el mayor por ciento de las hernias crurales aparecen del lado derecho y afectan principalmente a las mujeres. Las complicaciones más frecuentes son la encarcelación y estrangulamiento. El diagnóstico y una intervención quirúrgica precoz contribuyen a disminuir la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes. La técnica con plug de Lichtenstein ha permitido obtener un menor índice de complicaciones y recidivas, así como una recuperación temprana a las actividades habituales del paciente, por lo cual su empleo debe considerarse como tratamiento de elección en las hernias crurales que se intervienen tanto de forma urgente como electiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developers' handbook; [monografía en Internet] Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2005. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>
2. Eubanks WS. Hernias. En: Townsend, C ed. Sabiston: Tratado de patología quirúrgica. 16ª ed. México, DF: Mc. Graw-Hill Interamericana; 2003. p. 898-917.
3. Grau Talens EJ, Vinagre Velasco LM, Téllez Peralta F. Anatomía quirúrgica de la región inguinal. Criterios de importancia quirúrgica. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. Cirugía de la pared abdominal. Madrid: Arán; 2002. p. 155-64.
4. Sánchez Estella R. Hernia femoral o crural. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. Cirugía de la pared abdominal. Madrid: Arán; 2002. p. 197-209.
5. Paz Valiñas L, Atienza Merino G. Guía Práctica Clínica de Hernia Inguino-Crural. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Serie Avaliación de Tecnoloxías; 2007. Disponible en: <http://avalia-t.sergas.es>
6. Guía Práctica Clínica de Hernias Inguinales y femorales. Secretaria de Salud. México. 2008. Disponible en: <http://www.centec.salud.gob.mx>
7. Grau Talens EJ, García Olives F, Giner Nogueras M. Hernia inguinal primaria. En: Álvarez Caperochipi J, Porrero Carro JL, Dávila Dorta D, eds. Cirugía de la pared abdominal. Madrid: Arán; 2002. p. 165-87.
8. Read RC. Recent advances in the repair of groin herniation. Curr Probl Surg. 2003;40(1):13-7.
9. Arap JA. Hernias inguinales y crurales. Rev Cubana Cir. [serie en Internet]. 2009 Abr-Jun [citado 25 Mar 2010];48(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200010&lng=es

10. Sociedad Valenciana de Cirugía. Consenso entre cirujanos. Cirugía de la pared abdominal. Valencia: Sociedad Valenciana de Cirugía; 2000.

11. Moreno Egea A, Aguayo Albasini JL, Morales Cuenca G, Torralba Martínez JA. Hernioplastia sin tensión por vía anterior. Atlas de técnicas quirúrgicas protésicas para el tratamiento de la hernia inguinal. Unidad de Pared Abdominal Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario J. M. Morales Mesequer. Murcia. España. Arch Cir Gen Dig, 2003. Disponible en: <http://www.cirugest.com>

12. Carbonell Tatay A. Caso clínico. Conducta a seguir ante una hernia crural irreductible; 2008. Disponible en: [http:// www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com)

13. Venturelli B, Garcés M, Cárcamo G, Paillahueque M, Borquez P. Factores de riesgo de complicación postoperatoria en 52 hernias de la pared abdominal operadas con malla. Universidad Austral de Chile. Campo Clínico Osorno; 2008.

14. Chan G, Chan C-K. Hernia crural: reparación con tejido y con malla. Shouldice Hospital. Jam Coll Surg. 2008; 207:360-7.

15. Venturelli B, Garcés M, Cárcamo G, Paillahueque M, Borquez P. Factores de riesgo de complicación postoperatoria en 52 hernias de la pared abdominal operadas con malla. Universidad Austral de Chile. Campo Clínico Osorno; 2008.

16. Pastó Pomar E, Goderich Lalan JM, Pardos Olivares E, González Tuero JH. Hernioplastias en las complicaciones agudas de las hernias inguino-crurales. MEDISAN. 2007; 11(3).

17. Porreo JL, Sánchez Cabezudo C, Bonachía O, López Buena Dicha Sanjuanbenito A, Hidalgo M. Hernia inguino-crural: Estudio multicéntrico sobre técnicas quirúrgicas. Cir Esp. 2005; 78:45-9.

18. Aviles N, Bosch H, Vargas C, Godoy C, Valenzuela D, Rimler O, Grajeda J. Hernia crural complicada, uso de malla y sus complicaciones. Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Valdivia, Chile: Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno; 2009.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González López SA, López Florián Y. Hernia femoral complicada. Presentación de un caso en un Centro Diagnóstico Integral. Venezuela. Rev méd electrón [seriada en línea] 2011; 33(3). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema16.htm> [consulta: fecha de acceso]