

Hernia inguinal tubo-ovárica izquierda estrangulada

Strangulated left tubo-ovarian inguinal hernia

Angel F. Vera-Portilla^{1,a}, Walter Vera-Portilla^{1,b}, Henry Añazco^{1,c}

¹ Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, Perú.

^a Médico especialista en cirugía general, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4128-8990>

^b Médico especialista en cirugía general, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3578-5218>

^c Médico especialista en cirugía pediátrica, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1312-0928>

An Fac med. 2022;83(4):353-355. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v83i4.23705>.

Correspondencia:

Angel F. Vera-Portilla
angel.veraportilla218@gmail.com

Recibido: 28 de septiembre 2022

Aprobado: 15 de noviembre 2022

Publicación en línea: 9 de diciembre 2022

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

Contribuciones de autoría: Todos los autores participaron en la concepción, recolección, análisis de datos, redacción del manuscrito y aprobación de la versión final.

Criterios éticos: Los autores reconocen haber seguido las responsabilidades éticas. Se obtuvo el consentimiento informado para publicar el presente caso y se mantuvo la confidencialidad de la información usada para la elaboración del presente reporte.

Citar como: Vera-Portilla AF, Vera-Portilla W, Añazco H. Hernia inguinal tubo-ovárica izquierda estrangulada. An Fac med. 2022;83(4):353-355. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v83i4.23705>.

Resumen

La hernia inguinal indirecta (HHI) es la anomalía congénita más frecuente en la infancia y niñez. En las niñas, las HII deslizantes contienen principalmente el ovario con o sin trompa de Falopio. Presentamos el caso de una niña de 6 meses, que acude por tumoración inguinal izquierda, irreductible, asociada a vómitos. Es intervenida de emergencia con diagnóstico de hernia inguinal indirecta izquierda complicada, conteniendo trompa de Falopio y ovario izquierdo gangrenados. Este tipo de hernia tiene una incidencia más alta en prematuros y de sexo femenino menores de un año. La ecografía preoperatoria puede ser útil para el diagnóstico. El procedimiento para la reparación es la herniorrafia clásica con ligadura alta del saco herniario, a través de un abordaje inguinal.

Palabras clave: Hernia Inguinal; Trompa de Falopio; Ovario; Lactante (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Indirect inguinal hernia (IHH) is the most frequent congenital anomaly in infancy and childhood. In girls, the sliding IHHs contain mainly the ovary with or without a fallopian tube. We present the case of a 6-month-old girl who was presented with an irreducible left inguinal tumor associated with vomiting. She was operated of emergency with a diagnosis of complicated left indirect inguinal hernia containing gangrenous fallopian tube and left ovary. This type of hernia has a higher incidence in pretermatures and females under one year of age. Preoperative ultrasound may be helpful for diagnosis. The repair procedure is the classic herniorrhaphy with high ligation of the hernia sac, through an inguinal approach.

Keywords: Hernia, Inguinal; Fallopian Tubes; Ovary; Infant (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal indirecta (HII) es la anomalía congénita más frecuente en la infancia y niñez, con una incidencia del 0,8-4,4%⁽¹⁻⁴⁾, más frecuente en niños^(1,5). La causa es el cierre incompleto del proceso vaginal del peritoneo⁽¹⁾. En las niñas, las HII deslizantes contienen principalmente el ovario con o sin trompa de Falopio⁽²⁾, ambas en una incidencia del 15-20%^(1,3,6). Siendo ocasional en recién nacidas, y con incidencia máxima en la infancia (43% en los primeros 3 meses); la cual disminuye con la edad⁽¹⁾.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 6 meses de edad traída a emergencia por su madre, por presentar desde hace 3 días una tumoración inguinal izquierda dolorosa y posteriormente vómitos alimenticios. Al examen físico se encontró hemodinámicamente estable, y se evidenció un abdomen distendido sin signos peritoneales, y una tumoración inguinal izquierda de aproxima-

damente 3 cm de diámetro, irreductible, dolorosa, con cambios de coloración local; por lo que fue intervenida de emergencia con diagnóstico de hernia inguinal indirecta izquierda complicada. Tras un abordaje inguinal y aperturar el saco herniario se evidenció trompa de Falopio y ovario gangrenados (Figura 1), realizándose sanpinofoforectomía izquierda, ligadura alta del saco herniario y cierre del anillo interno. La paciente cursó con buena evolución posoperatoria y fue dada de alta a los 4 días, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Las hernias inguinales por deslizamiento son raras en la infancia⁽¹⁾. El canal inguinal puede contener cualquier órgano intra-abdominal, incluido el epiplón, el intestino delgado, el apéndice, el divertículo de Meckel, el ovario, las trompas de Falopio o la vejiga^(1,7).

El canal inguinal es un espacio formado por la aponeurosis de los músculos oblicuos de la pared anterolateral del

abdomen y se extiende desde el anillo superficial al profundo con una longitud aproximada de 4 cm⁽⁸⁾. El proceso vaginal (PV) se desarrolla alrededor del sexto mes de crecimiento fetal como una evaginación del peritoneo parietal⁽²⁾. En la mujer, el gubernaculum (futuro ligamento redondo) y el ligamento ancho suspenden el ovario evitando su descenso, hacia la base del labio mayor; quedando el ovario suspendido entre el cuerno del útero y el anillo inguinal interno⁽⁸⁾. El PV desaparece alrededor de los ocho meses de gestación; si persiste, se denomina conducto peritoneo vaginal en el varón, y conducto de Nuck en la mujer^(2,4,6). Un cierre incompleto del mismo provoca el desarrollo de una hernia inguinal en las mujeres que generalmente contiene ovarios, trompas de Falopio y útero como contenido⁽⁹⁾.

La hernia inguinal que contiene un ovario con o sin trompa de Falopio no es infrecuente en las niñas^(2,7); sin embargo, una hernia inguinal que contiene el útero es extremadamente rara⁽²⁾. Las hipótesis

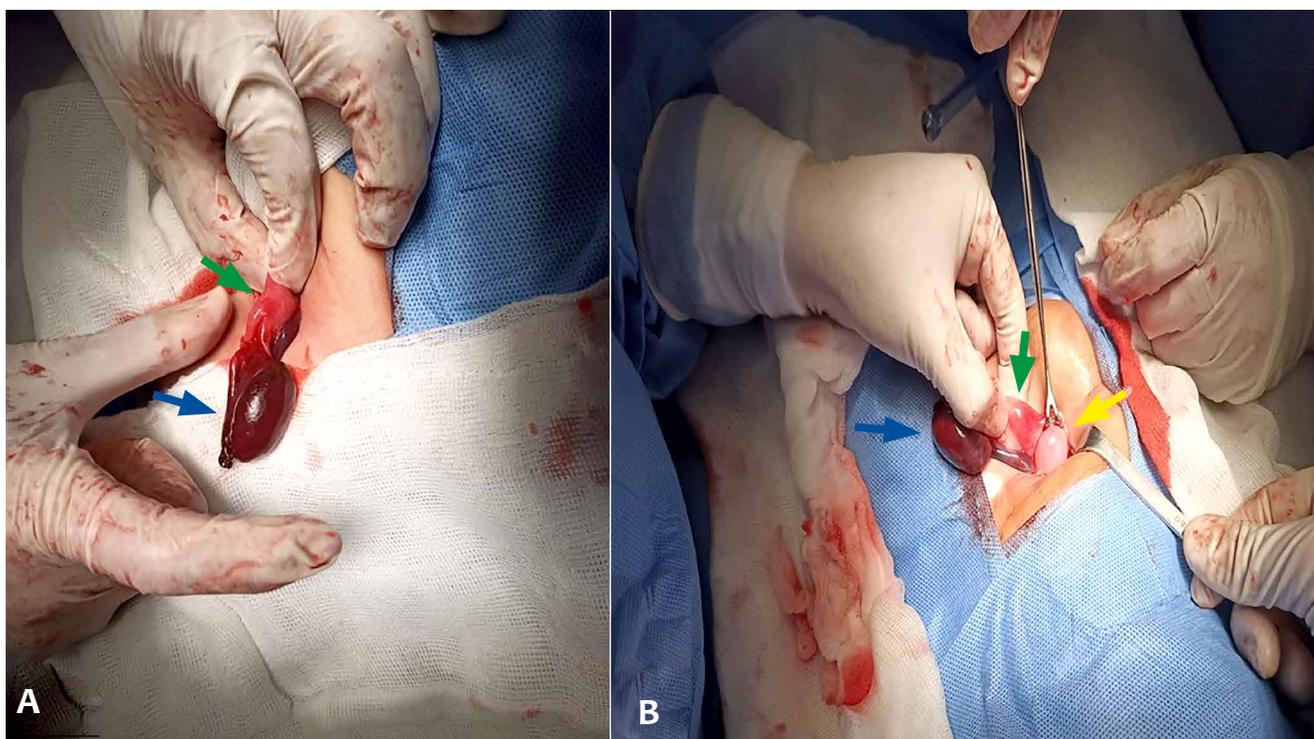


Figura 1. Hernia inguinal tubo-ovárica izquierda estrangulada. **A:** identificación de contenido del saco herniario, trompa y ovario izquierdos necrosados (flecha azul), y fondo uterino de caracteres normales (flecha verde). **B:** identificación de anexo contralateral (flecha amarilla), fondo uterino (flecha verde) de caracteres normales.

de la aparición del ovario en el canal inguinal son: a) Thomson: la falta de fusión de los conductos de Muller conduce a la hipermovilidad de los ovarios ^(6,9); c) Kuyama: ligamento redondo corto ⁽¹⁰⁾; y d) debilidad del ligamento ancho o del ligamento ovárico junto al aumento de presión intraabdominal ^(3,9).

La incidencia global de HII con ovario como contenido se observa en menos del 2,9% ⁽⁹⁾. Cuando contiene el ovario y la trompa de Falopio se encuentra generalmente en la población pediátrica en el 6 al 7% de las HHI ^(5,9,11). La incidencia es más alta en prematuros y de sexo femenino menores de un año ⁽¹⁾; esta frecuencia disminuye con la edad ^(1,8). La incidencia de HHI que contiene ovario y trompas de Falopio en lactantes menores de dos años es del 15 al 30% ⁽¹⁾.

El ovario en el canal inguinal tiene gran riesgo del deterioro del suministro de sangre, ya que la torsión y el encarcelamiento pueden ocurrir en el saco ^(1,5), similar a la variante anatómica de “badalón de campana”, donde hay una fijación insuficiente de la gónada ⁽⁵⁾; encontrándose en el 2-33% de los casos ^(1,5,9). No existiendo evidencia de un período crítico que prediga cuándo un ovario sufrirá torsión después de quedar atrapado en una hernia ⁽⁵⁾. Por lo que para disminuir el riesgo se recomienda la reducción de las gónadas hacia la cavidad pélvica y la reparación quirúrgica pronta, poco después de realizar el diagnóstico ⁽¹⁾.

La presentación clínica puede incluir tumefacción en la ingle ⁽⁹⁾, hernias inguinales reducibles o encarceladas, así como sangrado vaginal ⁽¹⁾. Si se produce sangrado vaginal en una niña con una HII, se debe considerar el útero como un compo-

nente deslizante de la hernia ⁽¹⁾. Nuestro caso trató de una lactante 6 meses de edad, que presentó una tumoración inguinal irreductible, con 3 días de tiempo de enfermedad, similar a otros reportes, entre 2 ^(12,13) a 4 días ⁽⁴⁾. Además, manifestó vómitos ⁽⁴⁾, pero no estuvo asociado a proceso respiratorio previo ^(5,13); y también distinto a otros informes de pacientes asintomáticos, con solo la presencia de la tumoración ⁽¹²⁾.

La ecografía preoperatoria puede ser útil para el diagnóstico y para decidir el tratamiento quirúrgico adecuado ^(1,3), ya que permite analizar con precisión la ingle y pelvis, dada la facilidad para detectar los vasos sanguíneos (arterias y venas epigástricas inferiores, femorales) y permite observar alteraciones en la ecoestructura de la grasa y delimitar el contenido del saco ⁽⁴⁾. Por lo tanto, debe realizarse de forma rutinaria en lactantes de sexo femenino con una masa inguinal palpable irreductible ^(2,6). Dicho estudio, no se realizó en nuestro caso, distinto a otros reportes, en los que se pudo anticipar la presencia de los anexos uterinos ^(5,6,12,13).

La intervención quirúrgica temprana es necesaria para prevenir el daño de los órganos herniados (estructuras reproductivas inesperadas involucradas en el saco herniario) ^(2,7). La reparación de la hernia inguinal es una de las operaciones quirúrgicas pediátricas realizadas con mayor frecuencia, y el procedimiento universalmente aceptado es la herniorrafia clásica con ligadura alta del saco herniario, a través de un abordaje inguinal ^(1,2,3), la misma que se realizó en nuestro caso, tal y como se describe en la mayoría de reportes ^(3,4,6), aunque algunos sugieren el cierre adicional del anillo interno ⁽²⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akilioğlu I, Kaymakci A, Akkoyun I, Güven Ş, Yücesan S, Hiçsönmez A. Inguinal hernias containing the uterus: A case series of 7 female children. *J Pediatr Surg.* 2013;48(10):2157-2159. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2013.04.027
2. Karadeniz Cerit K, Ergelen R, Colak E, Dagli TE. Inguinal Hernia Containing Uterus, Fallopian Tube, and Ovary in a Premature Newborn. *Case Rep Pediatr.* 2015;2015:1-3. DOI: 10.1155/2015/807309
3. Takezoe T, Sato K, Watanabe T, Ohno M, Takahashi M, Migita M, et al. A female infant with an inguinal hernia containing the uterus and bilateral ovaries. *J Pediatr Surg Case Reports.* 2015;3(2):46-47. DOI: 10.1016/j.epsc.2014.11.021
4. Membreno L, Cerrato S. Hernia inguinal complicada con torsión ovárica en lactante menor, caso clínico. *Rev Fac Cienc Méd.* 2013;10(2):45-50.
5. Lee J, Scampoli N. Incarcerated ovarian inguinal hernia in a 10-month-old girl. *CMAJ.* 2015;187(8):596-598. DOI: 10.1503/cmaj.140823
6. Ming Y-C, Luo C-C, Chao H, Chu S-M. Inguinal hernia containing uterus and uterine adnexa in female infants: Report of two cases. *Pediatr Neonatol.* 2011;52(2):103-105. DOI: 10.1016/j.pedneo.2011.02.006
7. Deng Y, Wang Y, Wang B, Hao L. Uterus inguinal hernia accompaniment didelphys uterus: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;77:570-572. DOI: 10.1016/j.ijscr.2020.11.069
8. Gatica Bravo FP, Sandoval Sanzana E, Schneider Lopez E. Hernia útero inguinal derecha atascada en mujer en edad fértil: reporte de un caso. *Rev Cir (Mex).* 2021;73(1):100-102. DOI: 10.35687/s2452-45492021001828
9. Saini R, Bains L, Kaur T, Lal P, Pal V, Beg MY, et al. Ovarian inguinal hernia – a possibility in MURCS syndrome. *J Ovarian Res.* 2021;14(1):1-6. DOI: 10.1186/s13048-021-00869-y
10. Muta Y, Odaka A, Inoue S, Takeuchi Y, Beck Y. Female pediatric inguinal hernia: uterine deviation toward the hernia side. *Pediatr Surg Int.* 2021;37(11):1569-1574. DOI: 10.1007/s00383-021-04982-3
11. Prodmicidou 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
12. Arredondo Montero J, Guillén Redondo P, Antona G, Bronte Anaut M. Hernia inguinal neonatal conteniendo útero, ovario y trompa de Falopio. *An Pediatría.* 2022;2-3. DOI: 10.1016/j.anpedi.2022.06.013
13. Izquierdo Reyes N, Batista González C, González Palau A, Dorta Luis I, Roa Prieto M, Papoyán Zapatero R, et al. Hernia de ovario en un lactante. A propósito de un caso clínico. *Canar Pediatría.* 2020;44(1):1-4.