

Nota clínica

Hernia inguinal con útero y anexos como contenido del saco herniario: reporte de caso y revisión de la bibliografía

Inguinal hernia with uterus, myoma and annexes as contents of the hernia sac: case reportAlejandro Carvajal López¹, Fred Naranjo Alexander², Natalia Flórez Andrea³, Yeliana Valencia Garces⁴, Ana María Carvajal López⁵¹Cirujano general, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín; Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia)²Cirujano general, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín; Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia)³Médica residente de cirugía general, Universidad Pontificia Bolivariana, 2017, Medellín (Colombia)⁴Médica general, Fundación Universitaria San Martín. 2017, Medellín (Colombia)⁵Médica general, Universidad Pontificia Bolivariana. 2017, Medellín (Colombia)

Resumen

Introducción: La cirugía de hernia inguinal es una de las más comunes practicada por los cirujanos generales. Menos del 1 % de los casos contiene el útero o sus anexos en el saco herniario.**Objetivo:** Describir el caso de una paciente con una hernia uteroinguinal, sus características clínicas y manejo quirúrgico.**Materiales y métodos:** Previo consentimiento informado, se tomaron los datos de la historia clínica de una paciente llevada a corrección quirúrgica electiva de hernia inguinal con evidencia de útero y anexos en el saco herniario. Se analizaron los datos clínicos y se realizó descripción de los hallazgos intraoperatorios y el manejo definitivo.**Resultados:** Paciente de 56 años de edad llevada a cirugía de hernia inguinal, cuyo saco herniario contenía el útero con un mioma y los anexos. Se realizó una reparación sin tensión con malla de polipropileno sin complicaciones y con adecuada evolución posoperatoria.**Conclusiones:** La hernia inguinal con útero y/o anexos en el saco herniario es una entidad rara, más frecuente en pacientes jóvenes, con manifestaciones clínicas variables e inespecíficas. Existe poca bibliografía publicada y la mayoría se limita a reportes de casos aislados, con respuesta adecuada al manejo quirúrgico.

Recibido: 26-05-2017

Aceptado: 22-06-2017

Palabras clave:

Hernia inguinal, útero.

Abstract

Introduction: Surgery of inguinal hernia is one of the most common performed by general surgeons. Less than 1 % of the cases containing the uterus or annexes in the hernia sac**Objective:** To describe the case of a patient with a uterus-inguinal hernia, clinical characteristics and surgical management.**Materials and methods:** Data were extracted from the clinical history, prior informed consent, a patient carried elective surgery with evidence of uterus-inguinal hernia. Clinical data and surgical management were analyzed and description of the findings were, the initial approach, definitive management was done.**Results:** A 56-year-old women who had an inguinal hernia was carried to surgery. The hernia sac contained the uterus, myoma and annexes. Polypropylene mesh repair was done. She has an uncomplicated postoperative course.**Conclusions:** Inguinal hernia with uterus or annexes in the hernia sac is rare entity, more common in younger patients, with variable and nonspecific clinical manifestations. Little work and most are limited to isolated case reports, with adequate response to surgical management.

Key words:

Inguinal hernia, uterus.

* Autor para correspondencia. Dr. Alejandro Carvajal López.

Correo electrónico: alejocarvajall@gmail.com

2255-2677/© 2017 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.45>

INTRODUCCIÓN

La presencia del útero y los anexos en el saco de una hernia inguinal es un hecho infrecuente, con menos de un 1 % de los casos. El tratamiento recomendado es la reducción del contenido herniario a cavidad y la reparación primaria de la hernia en el mismo tiempo operatorio de forma convencional. Debido a lo excepcional de esta patología, se presenta el caso de una mujer de 56 años que fue intervenida de forma electiva, encontrándose el útero y los anexos dentro del saco herniario.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 56 años que consultó al servicio de consulta externa por historia de dos semanas de dolor inguinal izquierdo, no asociado a otros síntomas. Entre sus antecedentes personales se encontraban hipertensión arterial y ausencia de cirugía abdominal previa. En la evaluación clínica se evidenció una masa dolorosa reducible en la región inguinal izquierda. La paciente no tenía estudios de imagen ni laboratorios. El cirujano general, por hallazgos en el examen físico, consignó el diagnóstico de hernia inguinal izquierda no complicada y programó cirugía electiva.

La paciente fue llevada a cirugía unas semanas después. Se realizó un abordaje anterior. Se escindió el saco herniario, y se evidenció que contenía el útero con un mioma subseroso visible y ambos anexos (fig. 1). Se realizó liberación digital y la reducción del contenido a cavidad abdominopélvica. Se realizó la corrección de la hernia con malla de polipropileno por técnica de Lichtenstein al ligamento inguinal, tubérculo púbico y zona conjunta. No se tomaron muestras para patología.

La paciente evolucionó en buenas condiciones y fue dada de alta el mismo día de la cirugía, como es usual en este tipo de intervenciones quirúrgicas. Los controles posteriores no han detectado infección de herida ni recidiva de la hernia.

DISCUSIÓN

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



Figura 1.

extiende desde el anillo superficial al profundo con una longitud aproximada de 4 cm^[1]. Se sabe que en las mujeres esta estructura no está tan bien delimitada como en los hombres^[2] pero que, sin embargo, la incidencia de hernia inguinal es mucho más frecuente en estos últimos.

La reparación de la hernia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial. Se estima que en Estados Unidos se realizan alrededor de 800 000 herniorrafias inguinales cada año^[3], y se sabe con claridad que el canal inguinal puede contener cualquier órgano intraabdominal (omento, intestino delgado, apéndice cecal, un divertículo de Meckel, ovarios, trompas de Falopio e incluso vejiga^[4]). La hernia inguinal con contenido uterino o *hernia uteri-inguinale* es una entidad extremadamente rara (en algunos reportes se menciona que su incidencia puede ser menor a un 1 %). Consiste en la presencia de útero y/o sus anexos en el interior del saco herniario de una hernia inguinal. El útero puede estar libre o adherido al saco herniario, pero, generalmente, cuando se trata de una verdadera hernia por deslizamiento, una de las paredes del saco herniario está formado por el útero mismo^[4]. La presentación clínica es variable, desde sensación de masa a nivel inguinal (con evidencia de hernia inguinal que se puede o no reducir) hasta casos que se manifiestan con sangrado vaginal^[4].

El primer reporte se realizó en 1980 por parte de Riggall y Cantor en una niña con hernia útero-inguinal y agenesia vaginal^[5], y desde entonces se ha intentado dilucidar su etiopatogenia, sin que en la actualidad exista un consenso absoluto al respecto. Sin embargo, se describen varias teorías^[5,6]. La primera de ellas menciona que el ovario ipsilateral es el primero en herniarse, y esto conlleva a la herniación del útero y del ovario contralateral por la abundante cantidad de tejido ligamentario laxo de la zona. Por otro lado, hay quienes justifican una falta de fijación del ovario contralateral y del útero que facilita el desplazamiento hacia el lado de la hernia y, por último, como en la mayoría de explicaciones sobre la generación de hernias, se sugiere que un aumento de la presión intraabdominal es el principal factor que causa de desplazamiento de las estructuras. Es de anotar que lo más aceptado es que dichas teorías pudieran interactuar en el desarrollo la hernia uteroinguinal.

La aparición de este tipo de hernia en mujeres en edad reproductiva es muy rara^[5,7], y la mayoría de reportes describen que el 70 % de los casos de hernia inguinal que contienen órganos reproductivos se presenta en menores de 5 años de edad^[8]. Merece un reconocimiento especial el síndrome del conducto mülleriano persistente, el cual es una rara variedad de pseudohermafroditismo masculino en el que hay persistencia de útero, trompas de Falopio y tercio superior de la vagina en un hombre por lo demás virilizado. Su importancia radica en que del 20 % al 30 % de los pacientes con el síndrome tienen un testículo en el escroto, asociado con hernia inguinal contralateral que contiene el testículo, el útero y las trompas, lo que constituye la presentación clásica de *hernia uteri-inguinale*^[9].

Generalmente, el diagnóstico se hace en el intraoperatorio de una orquidopexia inguinal o de una orquidopexia^[9], dado que la valoración prequirúrgica electiva no suele incluir imágenes diagnósticas antes de la intervención. Sin embargo, se ha descrito adecuado rendimiento diagnóstico con la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada para detectar el prolapso de órganos pélvicos dentro del canal inguinal^[6], y en los reportes

más recientes se incluye la laparoscopia como una herramienta que puede ser tanto diagnóstica como terapéutica^[10].

La frecuencia de los síntomas, el riesgo de encarcelación y la facilidad técnica del procedimiento quirúrgico hacen que cualquier retraso en el manejo con cirugía no esté justificado.

El tipo de corrección de la hernia (abierta o laparoscópica) debe ser individualizada y de acuerdo a la elección del cirujano, pero siempre deben reposicionarse los órganos en la cavidad con el fin de no alterar su flujo sanguíneo^[5]. Durante el procedimiento debe tenerse especial cuidado en la liberación de los órganos incluidos en el saco herniario, dada la posibilidad de adherencias firmes entre estos^[8]. En caso de encarcelación, se recomienda reseca los órganos comprometidos^[6].

Dada la apariencia externa de la paciente y la conformación genital normal de esta, no se tomaron muestras para biopsia ni se continuó el estudio con análisis cromosómicos, los cuales están indicados cuando hay algún tipo de disparidad entre estas características^[8]. La asociación con otras anomalías anatómicas es controvertida; sin embargo, cuando se diagnostica una hernia uteroinguinal en la infancia, lo recomendado es hacer un seguimiento estrecho ginecológico y con ultrasonografía hasta la edad reproductiva.

De acuerdo con una búsqueda reciente de la bibliografía publicada realizada en PubMed, hay once casos reportados de hernia uteroinguinal. En tan solo dos de ellos el útero presentaba características macroscópicas de normalidad (como la paciente mencionada), mientras que los ocho casos restantes tenían un útero rudimentario dentro del saco herniario^[8], lo que hace mucho más relevante el caso presentado.

CONCLUSIONES

La anatomía de la región inguinal debe ser conocida con toda profundidad por quienes realizan intervenciones quirúrgicas en dicha zona. Se debe tener en cuenta la posibilidad de encontrar estructuras inusuales dentro del saco herniario, como en el caso de la hernia uteroinguinal, que, si bien es una entidad rara, con

pocos casos reportados en la bibliografía publicada, es un hallazgo factible durante un procedimiento realizado tan frecuentemente.

REFERENCIAS

1. Ramanathan S, Palaniappan Y, Sheikh A, Ryan J, Kielar A. Crossing the canal: Looking beyond hernias –Spectrum of common, uncommon and atypical pathologies in the inguinal canal. *Clinical Imaging*. 2017;42:7-18.
2. Kim J, Chong G, Lee J, Hee Y, Gy D, Yeun S, et al. Laparoscopic repair of indirect inguinal hernia containing endometriosis, ovary and fallopian tube in adult woman without genital anomalies. *Obstet Gynecol Sci*. 2014;57(6):557-559.
3. Ueda J, Yoshida H, Makino H, Maruyama H, Yokoyama T, Hirakata A et al. Right Inguinal Hernia Encompassing the Uterus, Right Ovary and Fallopian Tube in an Elderly Female: Case Report. *J Nippon Med Sch* 2016;83:93-96.
4. Akillioglu I, Kaymakci A, Akkoyun I, Guven S, Yucesan S, Hicsonmez A. Inguinal hernias containing the uterus: A case series of 7 female children. *Journal of Pediatric Surgery*. 2013;48:2157-2159.
5. Omari W, Hashimi H, Khalid Al Bassam M. Inguinal uterus, fallopian tube, and ovary associated with adult Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *American Society for Reproductive Medicine*. 2011;95:119E1-E3.
6. Takezoe T, Sato K, Watanabe T, Ohno M, Takashashi M, Migita M, et al. A female infant with an inguinal hernia containing the uterus and bilateral ovaries. *J Ped Surg Case Reports*. 2015;3: 46-47.
7. Kokcu A, Malazgirt Z, Centinkaya M, Tosun M. Presence of a uterine horn and fallopian tube within an indirect hernial sac: Report of a rare case. *Hernia*. 2010;14:325-327.
8. Cascini V, Lisi G, Di Renzo D, Pappalepore N, Lelli P. Irreducible indirect inguinal hernia containing uterus and bilateral adnexa in a premature female infant: Report of an exceptional case and review of the literature. *Journal of Pediatric Surgery*. 2013;48:E17-E19.
9. Ganguly S, Sankar R, Lal saha M, Bhattacharya S, Das S. An unusual case of inguinal hernia: Persistent mullerian duct syndrome with transverse testicular ectopia. *Medical Case Studies*. 2011;2(7):54-57.
10. Turaga K, St Peter S, Calkins C, Holcomb G, Ostlie D, Snyder C. Hernia uterus inguinale: A proposed algorithm using the laparoscopic approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2006;16:366-367.