



Quiste gigante de ovario como contenido de una hernia crural

Giant ovarian cyst as content of a femoral hernia

Nadiezhdha Irene López Puerta¹* <https://orcid.org/0000-0001-5367-8534>

Humberto Pedro Domínguez Suarez¹ <https://orcid.org/0000-0002-2714-8908>

¹Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: lopeznadiezhdha@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Se han descrito estructuras poco frecuentes como contenido de un saco herniario. Sin embargo, en Cuba no se ha reportado un quiste de ovario gigante como contenido del saco.

Objetivo: Presentar una paciente con hernia inguinocrural y un quiste de ovario gigante como contenido del saco herniario.

Caso clínico: Paciente femenina de 81 años de edad, con aumento de volumen inguinocrural izquierdo progresivo, de 27 años de evolución. Se le diagnosticó una hernia inguinocrural izquierda, con pérdida de derecho a domicilio. Después de 6 neumoperitoneos se operó y se encontró, como contenido del saco, un quiste gigante de ovario, cuyo estudio histológico demostró un cistoadenoma. Se colocó malla protésica y se utilizó una combinación de técnicas, para reparar la pared posterior y el anillo crural. Se realizó antibióticoterapia según protocolo. La evolución fue satisfactoria sin reproducción de la hernia.

Conclusiones: Es poco frecuente la presencia de un quiste de ovario gigante como contenido de un saco herniario. El abordaje combinado y el uso de elementos de varias técnicas permitieron una reparación satisfactoria.

Palabras clave: hernia; hernia femoral; hernia inguinal; herniorrafia; quiste de ovario.



ABSTRACT

Introduction: Uncommon structures such as the content of a hernial sac have been described. However, in Cuba no giant ovarian cyst has been reported as contents of the sac.

Objective: To present a female patient with an inguocrural hernia with a giant ovarian cyst as the content of the hernial sac.

Clinical case: 81-year-old female patient with progressive left inguocrural enlargement of 27 years of evolution. A left inguocrural hernia with loss of abdominal domain was diagnosed. After six pneumoperitoneums, an operation was carried out and a giant ovarian cyst was found as the contents of the sac, the histological study showed a cystadenoma. A prosthetic synthetic mesh was placed and a combination of techniques was used to repair the posterior wall and the crural ring. Antibiotic therapy was performed according to the protocol. The evolution was satisfactory without reproduction of the hernia.

Conclusions: The presence of a giant ovarian cyst as the content of a hernia sac is rare. The combined approach and the use of elements of various techniques allowed a satisfactory repair.

Keywords: hernia; femoral, hernia; inguinal, hernia; herniorrhaphy; ovarian cysts.

Recibido: 10/01/2022

Aprobado: 06/09/2022

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es el proceso patológico quirúrgico que más se trata en todos los servicios de cirugía del mundo; es la más frecuente de las hernias de la pared abdominal para ambos sexos.⁽¹⁾ En el caso de la mujer, la hernia crural ocupa el segundo lugar en frecuencia, mientras que en el hombre es poco frecuente.⁽²⁾

El crecimiento progresivo del tumor herniario, cuando no se trata quirúrgicamente, permite dilatación del anillo, debilidad de planos músculo aponeuróticos y paso de órganos abdominales al saco. Por lo

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



general el epiplón y las asas delgadas son los que ocupan este lugar. En el caso del colon, ya sea ciego o sigmoides, por deslizamiento desplaza el órgano de su posición, lo que hace que su pared sea parte del saco.

Soranus de Éfeso (siglos I y II d.C.) fue el primero en describir una hernia que contenía el ovario y la trompa. Se han descrito estructuras poco frecuentes como contenido de un saco herniario. Littré describe un tipo de hernia inguinal que incluye el divertículo de Meckel.⁽³⁾ En Cuba se ha publicado sobre el divertículo apendicular como contenido del saco herniario, una hernia de Littré umbilical, pero no se ha reportado el quiste de ovario gigante como contenido del saco.^(4,5)

El objetivo de este trabajo es presentar una paciente con hernia inguinocrural, con un quiste de ovario gigante como contenido del saco herniario.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina, de 81 años de edad, con antecedentes de salud, que presentaba aumento de volumen inguinocrural, de 27 años de evolución, que ya no le permitía sentarse. Acudió a consulta de cirugía en el Hospital Militar “Dr. Mario Muñoz Monroy”. Al examen físico se constató un tumor en la región inguinocrural izquierda, de aproximadamente 35 cm, renitente, indoloro e irreductible (Fig. 1).



Fig. 1 - Paciente con gran hernia en la región inguinocrural izquierda.

Se le diagnosticó una hernia inguinocrural y se indicaron exámenes preoperatorios: hematocrito 0,40 %; glucemia 4,6 mmol/L; creatinina 85 μ mol/L, grupo sanguíneo A y factor Rh+, coagulograma normal, eritrosedimentación 8 mm/h. En el ultrasonido abdominal no se encontraron alteraciones de los órganos internos, incluido el aparato ginecológico. Se recibieron normales el electrocardiograma y rayos x de tórax anteroposterior. La serología fue no reactiva.

Debido a la edad de la paciente se decidió realizar neumoperitoneo preoperatorio, ingresada en el hospital; se completaron 6, los cuales toleró sin complicaciones.

Se operó por incisión media infraumbilical, para abordar por vía posterior (Cheattle Henry). La disección del plano preperitoneal se dificultó por el tamaño del tumor, por lo que se decidió ampliar la incisión para abrir el saco. Se identificó un quiste de ovario y se aspiró su contenido, que fue aproximadamente de 950 mL. Se tuvo la precaución de no derramar líquido en el campo operatorio. El abordaje del saco fue completado por vía anterior, en un procedimiento combinado. Fue abierto el peritoneo, se localizó el pedículo ovárico, el cual se resecó entre ligaduras y fue completada la ooforectomía izquierda. Se envió una muestra a anatomía patológica, para biopsia por congelación, que informó un cistoadenoma. Se cerró el peritoneo con sutura continua. El anillo crural fue reparado con la combinación de elementos de las técnicas de Bendavid y Nyhus, pues se dieron puntos separados de cintilla ileopectínea al ligamento de



Cooper y cuando se fijaron, se dejó una malla de polipropileno, de 3 por 5 cm, en forma de paraguas sin mango, que ajustó el anillo crural. La reparación de la pared posterior se realizó por la técnica de Lichtentein, con una malla de polipropileno de 7 por 5 cm (Fig. 2 y Fig. 3).



Fig. 2 - Incisión media infraumbilical con ampliación. Aspiración del contenido quístico.



Fig. 3 – Reconstrucción del anillo crural y la pared posterior.



Se administró antibioticoterapia profiláctica (cefazolina 2 g, dosis única). La paciente evolucionó favorablemente. El alta hospitalaria se produjo a los 5 días y el alta médica a los 45 días. La biopsia por parafina confirmó el diagnóstico un cistoadenoma. Se mantuvo contacto con la paciente y su evolución fue satisfactoria hasta su deceso, años después por causas naturales.

COMENTARIOS

En la literatura mundial se han descrito como contenido del saco herniario poco frecuentes, el apéndice vermiforme, divertículo de Meckel, ovario, trompas de Falopio y útero; pero la presencia de un quiste gigante de ovario ha sido muy poco descrita, solo se encontró un caso, abordado por laparoscopia.⁽⁶⁾

Es raro encontrar tumores como contenido de un saco herniario, pero en este caso, la salida del ovario por el orificio crural, que además alcanzó gran volumen, lo convierte en poco frecuente y curioso a la vez. El abordaje que se presenta necesitó una combinación de vía posterior y anterior, además de la reparación del anillo crural, así como la pared posterior, en una técnica combinada.

La hernioplastia combinada es una modificación de la hernioplastia sin tensión; permite valorar y tratar correctamente los defectos femorales con una mínima disección añadida y respeta los principios de la intervención original. Está indicada en hernias primarias en pacientes con algunos de los siguientes factores: edad superior a 80 años, mujeres multíparas, obesidad importante, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, presencia de enfermedades sistémicas, tumorales, degenerativas o asociadas, grandes hernias inguinoescrotales, hernias recidivadas por una intervención previa no protésica en la cual se decide su reparación por vía anterior, en las hernias directas independientemente de su tamaño o localización (causas que predisponen a la hernia femoral).⁽⁷⁾

Es poco frecuente la presencia de un quiste de ovario gigante como contenido de un saco herniario. El abordaje combinado y el uso de elementos de varias técnicas permitieron una reparación satisfactoria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrera Laureán N, Camacho López MR. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. *J Cirujano genera*. 2018 [acceso: 16/12/2021]; 40[4]:250-4. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250&nrm=iso
2. Carter PL. Lloyd Nyhus and Rene Stoppa: preperitoneal inguinal pioneers. *The American Journal of Surgery*. 2016 [acceso: 16/12/2021]; 211(5):836-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961016300800>
3. Read RC. Crucial steps in the evolution of the preperitoneal approaches to the groin: an historical review. *Hernia*. 2011 [acceso: 16/12/2021]; 15(1):1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10029-010-0739-z>
4. Ramos Rodríguez J, Cruz Rodríguez J, O'farril Hernández M. Hernia de Amyand con divertículo apendicular: presentación de un paciente. *Medicentro Electrónica*. 2016 [acceso: 16/12/2021]; 20:142-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000200009&nrm=iso
5. Oliu Lambert H, de la Cruz Castillo NA, Pineda Chacón J. Hernia de Littre estrangulada en un adulto. *MEDISAN*. 2017 [acceso: 16/12/2021]; 21:3367-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200011&nrm=iso
6. Machado NO, Machado LS, Al Ghafri W. Laparoscopic excision of a large ovarian cyst herniating into the inguinal canal: a rare presentation. *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques*. 2011 [acceso: 16/12/2021]; 21(4):e215-8p. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21857466/>
7. Abraham Arap JF. *Cirugía de las hernias de la pared abdominal*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. [acceso: 16/12/2021]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_hernias/cirugia_hernias_completo.pdf



Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.