

CASO CLÍNICO

<https://doi.org/10.31837/cir.urug/8.1.8>
https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/index
revista@scu.org.uy

Hernia inguinal inusual en paciente de edad media: cuando el ovario y la trompa atraviesan el canal inguinal. A propósito de un caso.

Unusual inguinal hernia in a middle-aged patient: when the ovary and fallopian tube pass through the inguinal canal. A case report.

Hérnia inguinal incomum em paciente de meia-idade: quando o ovário e a trompa uterina passam pelo canal inguinal. Um relato de caso.



Recibido: 28/12/2023

Aceptado: 22/04/2024

Marta Vicente López

martavilo95@gmail.com

0009-0005-3042-1919

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Marina Baixa, La Vila Joiosa, Alicante, España

Ana Baeza Carrión

baeza.carrion.ana@gmail.com

0000-0002-7798-3354

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Marina Baixa, La Vila Joiosa, Alicante, España

Paula Velayos García

paulavg13@gmail.com

0000-0002-2998-6614

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Marina Baixa, La Vila Joiosa, Alicante, España

Resumen

La hernia inguinal supone la patología de pared abdominal más frecuente hoy en día. En el saco herniario podemos encontrar diferentes estructuras, como grasa preperitoneal, intestino delgado, colon o incluso la vejiga, resultando inusual la presencia de la trompa de Falopio y el ovario. El contenido tubo-ovárico supone un hallazgo frecuente en población pediátrica, mientras que resulta un hecho extremadamente raro en mujeres en edad reproductiva o menopáusica, siendo imprescindible su tratamiento con el fin de evitar complicaciones relacionadas con la fertilidad y la viabilidad de los anejos. Con el objetivo de revisar la bibliografía descrita al respecto dado la infrecuencia que supone este hallazgo en mujeres adultas, se presenta el siguiente caso clínico de forma resumida, con la consiguiente revisión de la literatura disponible. Se trata de una paciente mujer de 50 años, con antecedentes de mioma uterino, intervenida de forma programada de hernioplastia inguinal derecha, observando contenido tubo-ovárico en el saco herniario, en la cual se realiza hernioplastia inguinal según la técnica de Lichtenstein con preservación de anejos sin complicaciones postoperatorias. Como conclusiones finales, consideramos que los hallazgos intraoperatorios de contenido tubo-ovárico en la cirugía de hernia inguinal en mujeres adultas supone un hecho infrecuente, cuyo conocimiento y manejo resulta necesario para el cirujano general, precisando de un índice de alta sospecha con el fin de evitar complicaciones y otorgar el tratamiento quirúrgico más óptimo para el bienestar de los pacientes.

Palabras clave: Hernia inguinal, ovario, útero, perimenopausia.



Abstract

Inguinal hernia represents the most common pathology of the abdominal wall currently. In the hernia sac, various structures can be found, such as preperitoneal fat, small bowel, colon, omentum, and the bladder, but the presence of the fallopian tube and ovary is uncommon. Tube-ovarian content is a frequent finding in pediatric population, while infection is extremely rare in women of reproductive or menopausal age, requiring essential treatment to prevent complications related to fertility and adnexal viability. In order to review the literature described in this regard, given the infrequency of this finding in adult women, we present the following clinical case, along with a review of the available literature. The patient is a 50-year-old woman with a history of uterine fibroids, who underwent surgery of a right inguinal hernioplasty, revealing tube-ovarian content in the hernia sac. Inguinal hernioplasty was performed using the Lichtenstein technique with preservation of adnexa, and there were no postoperative complications. In final conclusions, we consider that intraoperative finding of tube-ovarian content in inguinal hernia surgery in adult women are uncommon, and knowledge and management of this condition are necessary for the general surgeon. A high index of suspicion is required to avoid complications and provide the most optimal surgical treatment for the well-being of patients.

Keywords: inguinal hernia, ovary, uterous, perimenopause

Resumo

A hérnia inguinal representa uma patologia comum da parede abdominal nos dias seguintes. No saco herniário, podem ser encontradas diferentes estruturas, como gordura pré-peritoneal, intestino delgado, cólon propriamente dito com a bexiga, sendo incomum com presença da trompa de Falópio e do ovário. O conteúdo trompa-ovariano é muito comum em populações pediátricas, mas é extremamente raro em mulheres em saúde reprodutiva ou na menopausa, sendo essencial seu tratamento para evitar complicações relacionadas à fertilidade e à viabilidade dos dois anexos. Com o objetivo de revisar a bibliografia descrita a esse respeito, dado pouco discutido em mulheres adultas, o seguinte caso clínico é apresentado de forma resumida, juntamente com uma revisão da literatura disponível. Trata-se de paciente do sexo feminino, 50 anos, com história de mioma uterino, submetida a hernioplastia inguinal direta programada, observando-se conteúdo da tuba ovariana e saco herniário. A hernioplastia inguinal foi realizada segundo a técnica de Lichtenstein, comprimindo dois anexos e sem complicações operatórias. Como conclusões finais, consideramos que a redução intraoperatória do conteúdo tubo-ovariano na cirurgia de hérnia inguinal em mulheres adultas é incomum, e o conhecimento e o manejo dos procedimentos necessários à cirurgia geral

requerem um alto índice de suspeita para evitar complicações e proporcionar tratamento cirúrgico . maisadequado para ou bem-est dois pacientes.

Palavras-chave: Hérnia inguinal, Ovário, Útero, Perimenopausa

La hernia inguinal representa el 75% de todas las hernias de la pared abdominal, suponiendo una de las patologías más frecuentes a día de hoy. Resultan más comunes en el sexo masculino, constituyendo únicamente 5% de los casos en el sexo femenino.¹

El contenido herniario puede ser variable, siendo más frecuente encontrar omento, intestino delgado, colon sigmoide o ciego,² seguido en menor frecuencia de la presencia del apéndice vermiforme o vejiga urinaria; y, por último, ovario o trompa de Falopio.³ El contenido tubo-ovárico resulta un hallazgo relativamente frecuente en población pediátrica, donde se han descrito entre un 15 - 20%⁴ de casos de hernia inguinal; no obstante, el contenido uterino es un hallazgo menos usual.⁵ La frecuencia disminuye conforme aumenta la edad de las pacientes, resultando un hecho extremadamente raro en mujeres en edad reproductiva o edad menopáusica, suponiendo menos del 3% de los casos.⁶ En población adulta en edad fértil este hallazgo se ha asociado con trastornos del desarrollo del tracto genital.²

Debido a su infrecuencia en mujeres en edad adulta, se presenta el siguiente caso clínico con el objetivo de realizar una revisión actualizada de la literatura disponible.

Se trata de una mujer de 50 años con antecedentes personales de miomas uterinos sin afectación de anexos, en seguimiento por parte de Ginecología. No presenta antecedentes de gestación ni abortos previos. No presenta otros antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Es valorada en consultas de Cirugía General ante sospecha de hernia crural derecha, refiriendo molestias inguinales en relación a tumoración que presenta aumento de tamaño tras maniobra de Valsalva. A la exploración física, se objetiva una hernia inguinal derecha no complicada, por lo que se propone cirugía programada.

Se realiza hernioplastia inguinal derecha bajo anestesia raquídea, evidenciándose una hernia inguinal indirecta, en cuyo saco herniario se encuentra la trompa de Falopio y el ovario derecho (**Fig. 1 y 2**), sin objetivarse sufrimiento de los mismos ni líquido libre, por lo que se decide conservación de dichas estructuras. . Se realiza la reparación herniaria con prótesis según técnica de Lichtenstein sin complicaciones. La paciente es dada de alta ese mismo día, ya que está en regimiento de Cirugía Mayor Ambulatoria. En el seguimiento en consultas externas, presenta buena recuperación sin complicaciones, encontrándose asintomática en el momento de la revisión a los 2 meses.



Fig.1. Ovario derecho (flecha negra). Trompa de Falopio derecha (flecha blanca).

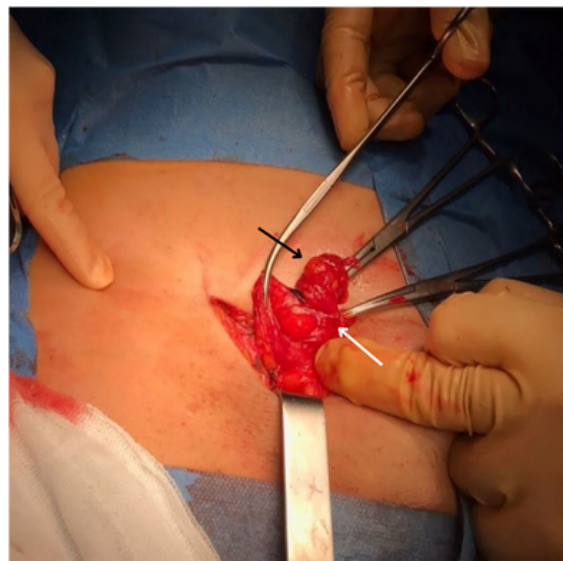


Fig.2. Ovario (flecha negra), trompa de Falopio (flecha blanca).

Como se ha mencionado previamente, la hernia inguinal supone una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio, siendo la reparación quirúrgica una de las intervenciones más comúnmente relacionadas por parte del servicio de cirugía general.⁷

El contenido del saco herniario puede ser variable, encontrando desde peritoneo hasta vísceras abdominales como colon o intestino delgado; sin embargo, la presencia del útero o anexos es un hecho inusual descrito en menos de un 1% en la literatura en pacientes mujeres adultas. No obstante, este hallazgo sí que resulta habitual en población pediátrica, donde es relativamente frecuente encontrar los anexos como contenido del saco de la hernia inguinal. Se han descrito en torno a un 20-30% de casos de hernia inguinal con contenido anexial en pacientes pediátricas, disminuyendo esta incidencia de

forma drástica en mujeres en edad reproductiva, donde encontramos en torno a un 0.16% - 0.80%¹⁰ de hernias inguinales con contenido uterino o tubo-ovárico en la literatura disponible actualmente.

Aunque el mecanismo exacto mediante el cual se produce el deslizamiento de las gónadas femeninas a través del canal inguinal continúa siendo desconocido y no está claro en la literatura,¹¹ existen varias hipótesis al respecto, como, por ejemplo, la teoría de Thomson, que defiende que se podría explicar este mecanismo por la falta de fusión de los conductos müllerianos durante el desarrollo embrionario,¹² originando una hipermovilidad ovárica y aumentando las probabilidades de deslizamiento de los anexos a través del canal inguinal. Se han descrito otros factores asociados a este proceso, como la elongación congénita del ligamento ovárico o una longitud disminuida del ligamento redondo,⁵ así como un canal inguinal corto, la dirección oblicua del canal inguinal respecto a la pared abdominal y el divertículo de Nuck como aspectos anatómicos que pueden resultar predisponentes a este deslizamiento de las gónadas.¹³

En mujeres adultas, el aumento de la presión intraabdominal se ha definido como el principal factor que origina el desplazamiento de estas estructuras a través de la debilidad de la pared abdominal, aunque también se han documentado otros factores, como la presencia de quistes tubáricos o hemorrágicos, que producen el descenso ovárico a través del canal inguinal,¹⁵ o el alargamiento de los ligamentos suspensorios uterinos y ováricos, más frecuente en pacientes multíparas.¹⁶

En población adulta joven en edad reproductiva, se han asociado con trastornos del desarrollo del tracto genital,¹⁷ como la displasia mülleriana, conocido como síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser¹⁸ y amenorrea primaria,¹¹ no siendo una asociación frecuente en mujeres en edad menopáusica o durante el climaterio.

El diagnóstico es principalmente clínico. Las pruebas de imagen en el preoperatorio resultan de elementos útiles en su diagnóstico; no obstante, en la mayoría de pacientes se descubren de forma intraoperatoria, no siendo necesario la realización de las mismas de forma predeterminada.

La cirugía es el tratamiento de elección en todos los casos, con el fin de evitar complicaciones como torsión e infarto ovárico¹⁹ y problemas de fertilidad²⁰ que puede comprometer la salud reproductiva en estas pacientes. La reparación del defecto herniario junto con la preservación de los anejos es la opción terapéutica más adecuada, siempre que sea posible.¹⁹

Como conclusiones finales, el conocimiento de esta entidad es crucial para el cirujano. Tener un alto índice de sospecha, conocer los factores de riesgo asociados y el manejo correcto del mismo resulta esencial para ofrecer un tratamiento óptimo y precoz, evitando así las complicaciones asociadas como la torsión ovárica e infertilidad.

Bibliografía

1. Maqbool S, Huma A, Anwar MI, Khan MA, Lee KY. Ovary and fallopian tube as contents of indirect inguinal hernia: A case report. *Int J Surg.* 2022;100:107733. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107733.
2. Kumar A, Kumar A, Anwer M, Kumar D. Case of mullerian agenesis presenting as bilateral inguinal hernia with left sided irreducibility in a 21 years old female: A rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023;103:107895. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.107895.
3. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, Yildirim A, Kulacoglu H, Aydin R. Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia.* 2006;10(2):152–5. doi: 10.1007/s10029-005-0036-4
4. 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 NipponMedSch.* 2016;83(2):93–6. doi: 10.1272/jnms.83.93
5. Vera-Portilla AF, Vera-Portilla W, Añazco H. Hernia inguinal tubo-ovárica izquierda estrangulada. *An Fac Med (Lima Peru:1990).* 2022;83(4):353–5. doi:10.15381/anales.v83i4.23705
6. Mohanty HS, Shirodkar K, Patil AR, Rojed N, Mallarajapatna G, Nandikoor S. A rare case of adult ovarian hernia in MRKH syndrome. *BJR Case Rep.* 2017;3(3):20160080. doi:10.1259/bjrcr.20160080
7. Goyal S, Shrivastva M, Verma RK, Goyal S. “Uncommon contents of inguinal hernial sac”: A surgical dilemma. *TheIndianJournalofSurgery.* 2015;77(Suppl 2):305-9. doi:10.1007/s12262-013-0806-7
8. Ramírez-Mendoza CH, Sánchez-Sierra LE, Romero-Lanza A, Chicas Reyes A. Hernia inguinal derecha con presencia de útero, trompa de Falopio y ovario, asociada a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. *Cir Gen.* 2021;43(2):137–40. doi:10.35366/106726
9. Gatica Bravo FP, Sandoval Sanzana E, Schneider Lopez E. Hernia útero inguinal derecha atascada en mujer en edad fértil: reporte de un caso. *Rev Cirugia.* 2021;73(1):100–2. doi:10.35687/s2452-45492021001828
10. Deng Y, Wang Y, Wang B, Hao L. Uterus inguinal hernia accompaniment didelphys uterus: A case report. *Int J Surg Case Report.* 2020;77:570–2. doi:10.1016/j.ijscr.2020.11.069
11. 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

- 12.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)114. doi: 10.1186/s13048-021-00869-y.
- 13.Mahey R, Rana A, Chelubaraju R, Vyas S, Raj R, Bhatla N. An unusual association of type II Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, turner mosaic syndrome and tubo-ovarian inguinal hernia– case report and review of literature. *J Ovarian Res.* 2023;16(1)43. doi: 10.1186/s13048-022-01067-0.
- 14.Carvajal Lopez A, Naranjo Aristizabal F, Florez Arango N, Valencia Gómez Y, Carvajal López A. Hernia inguinal con útero y anexos como contenido del saco herniario: reporte de caso y revisión de la bibliografía. *RevistaHispanoamericana Hernia.* 2017;5(4):173-5.doi:10.20960/rhh.45
- 15.Graul A, Ko E. Indirect inguinal hernia containing a Fallopian tube and ovary in a reproductive aged woman. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014;2014:437340.doi: 10.1155/2014/437340
- 16.Virgínia AA, Santos C, Contente H, Branco C. What is inside the hernia sac?. *BMJ Case Rep .* 2016. doi: 10.1136/bcr-2016-215920.
- 17.Park YH, Jung EJ, Byun JM, An MS, Kim YN, Lee KB, et al. Laparoscopic total extraperitoneal hernia repair of fallopian tube indirect inguinal hernia in reproductive aged woman: a case report. *ObstetGynecol Sci.* 2017;60(6):608-11. doi: 10.5468/ogs.2017.60.6.608.
- 18.Ahmed M, Rage K, Saeed S. Utero-ovarian inguinal hernia in a young female with Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome type 2. *Saudi J Med Med Sci.* 2022;10(1):79-80. 10.4103/sjmms.sjmms_204_21
- 19.Samantroy S, Mishra A, Panda J, Jena P. Ovarian inguinal hernia in premenopausal women: A case report. *Cureus.* 2021;13(12). doi:10.7759/cureus.20846
- 20.Amreen S, Yaseen Y. Ovarian inguinal hernia. *J Ultrason.* 2020;20(82):226–7. doi:10.15557/JoU.2020.0039

Contribución de los autores:

Concepción: Marta Vicente López

Diseño: Marta Vicente López, Ana Baeza Carrión

Redacción: Marta Vicente López

Revisión crítica: Ana Baeza Carrión, Paula Velayos García

Análisis: Ana Baeza Carrión, Paula Velayos García

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Nota: Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio