

HERNIA CRURAL ESTRANGULADA. RESECCIÓN INTESTINAL

Carbonell-Tatay.A, Jiménez.R (ATS), Carbonell-Aznar.C (DUE. Estudiante de medicina)

Introducción

Dentro de la patología de las hernias, las más frecuentes son las inguinales, siguiéndoles las crurales en orden de importancia.

La hernia crural es más frecuente en la mujer que en el hombre.

La hernia crural se incarcerationa con más frecuencia que la inguinal. Se dice que está incarcerationada cuando no se puede reducir, pero no existe compromiso vascular.

La hernia crural se estrangula más frecuentemente que la inguinal. Se dice que está estrangulada cuando existe compromiso vascular y si al intervenir quirúrgicamente el asa no se recupera, hay que practicar una resección intestinal.

Palabras clave

Hernia crural

Asa intestinal

Compromiso vascular.

Caso clínico

Ya hemos dicho, que la hernia crural es más frecuente en mujeres que en hombres.

Es nuestro interés en este pequeño artículo despejar dudas si las hubiese, para la práctica en las puertas de urgencias y en los médicos de familia.

En el caso que nos ocupa, se trata de una mujer de 72 años, con antecedentes de HTA, un episodio poco etiquetado de ACV y en tratamiento con adiro.

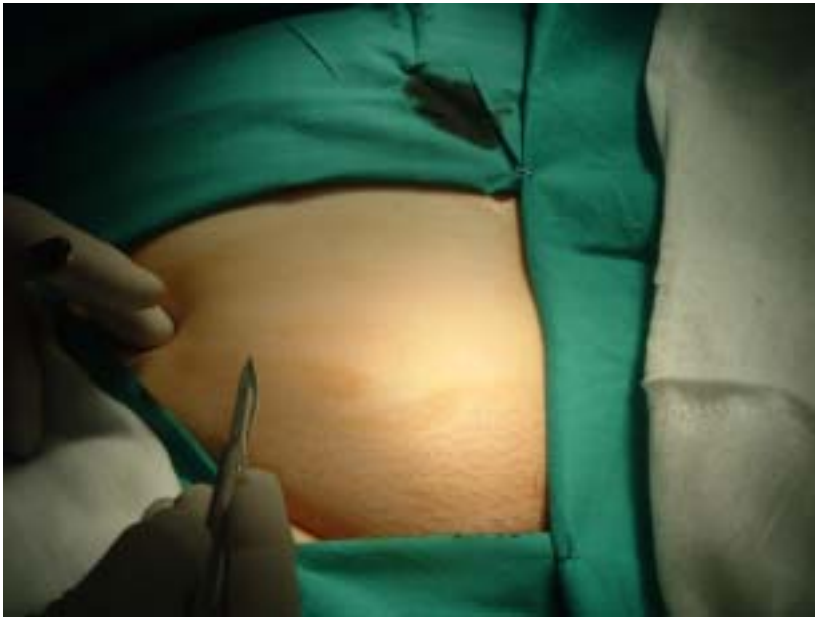
Ingresa por la puerta de urgencias de nuestro Hospital con hª de aparición de bultoma en región inguino-crural derecha, de 2 días de evolución, con dolor y ausencia de emisión de gases y heces.

La analítica no muestra alteraciones de interés.

A la exploración se aprecia bultoma, no de gran tamaño, irreductible y doloroso en zona crural derecha.

La analítica no muestra hallazgos valorables.

El diagnóstico es de hernia crural incarcerada y se remite a quirófano para su intervención quirúrgica.



En la imagen anterior, se aprecia la zona abultada correspondiente a su hernia.



Se inicia la IQ, apreciándose contenido herniario, de momento irreductible.



Al abrir el saco herniario nos encontramos con un asa intestinal, de color muy oscuro y de un olor característico que nos indica que existe un compromiso vascular.



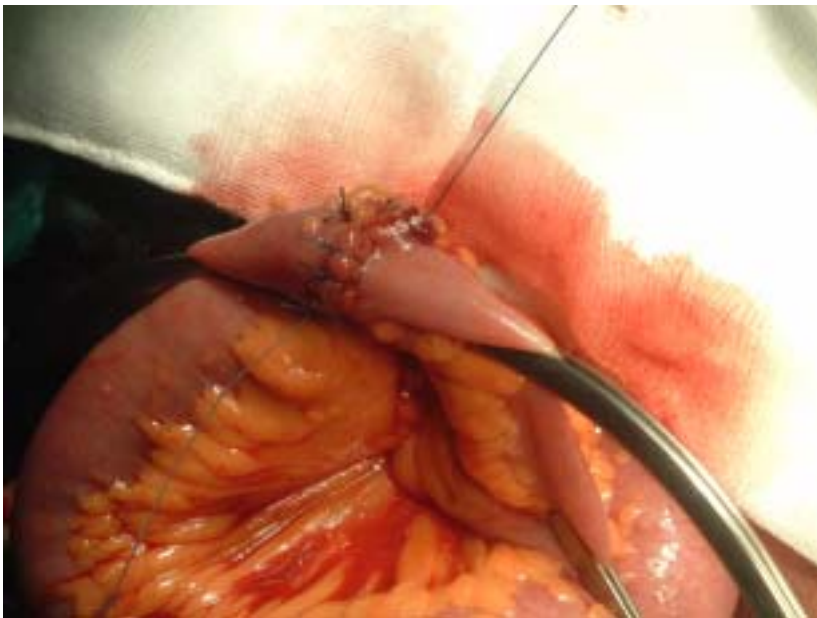
Ampliamos el orificio crural, para poder extraer el asa intestinal y comprobar si es o no viable.



Dada la falta de recuperación se decide practicar resección del segmento intestinal afectado.



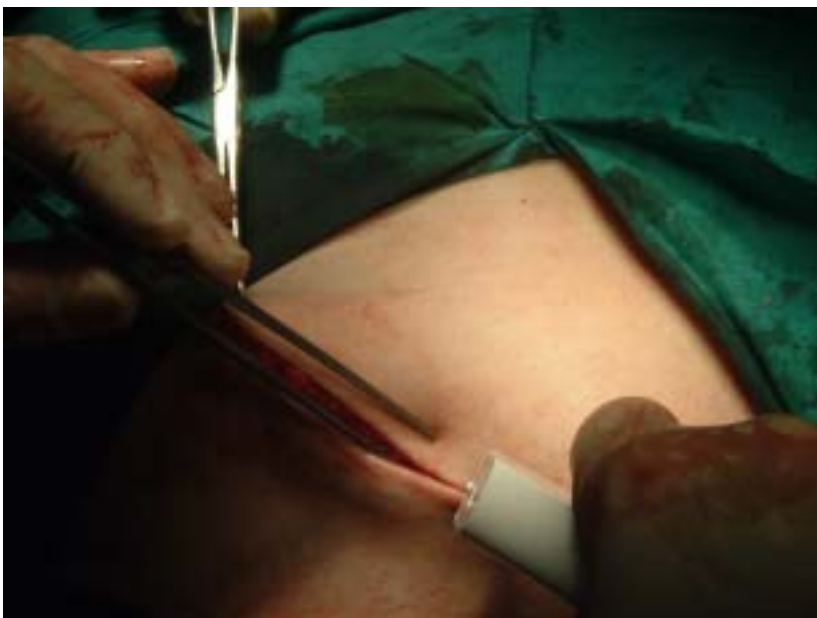
Se practica la resección, previa colocación de clamps para impedir la salida de contenido intestinal.



Se practica anastomosis T-T con material reabsorbible y de forma manual.



Se reconstruye, mediante herniorrafia clásica a ligamewnto de cooper con puntos de Ethibond. En este caso no se coloca malla por criterio del cirujano.



La piel se cierra con sutura mecánica como es habitual.

Conclusiones

Dada la mayor frecuencia en las mujeres de padecer una hernia crural, y dado que el orificio crural, anatómicamente es más estrecho que el inguinal y con menos elasticidad, las posibilidades de que una hernia crural irreductible, esté estrangulada, son mayores que en las inguinales.

Es por lo tanto que aconsejamos ante una hernia crural encarcerada o irreductible, el tratamiento quirúrgico, ya que en la mayoría de los casos, si es un asa intestinal la parte herniada, puede tener un compromiso vascular en el que la viabilidad del asa dependa de la diligencia en nuestra actuación.

Bibliografía

- 1.- Manzanet Andrés G, Marcote Valdivieso E, Adell Carceller R, Torner Pardo A, Canales López M, Giner Noguerras M. Tratamiento de las hernias inguinocrurales mediante la técnica de Lichtenstein. Cir Esp 1998; 64: 136-141.
- 2.- Hidalgo M, Higuero F, Álvarez-Caperochipi J, Machuca J, Laporte E, Figueroa J et al. Hernias de la pared abdominal. Estudio multicéntrico epidemiológico (1993-1994). Cir Esp 1996; 59: 399-405
- 3.- Khatib CM Strangulated femoral hernia containing acute gangrenous appendicitis: case report and review of the literature. Can J Surg 1987; 30: 50