

Hernia crural izquierda post by-pass aorto-bifemoral

Dres. Fabio Croci, Guillermo Rocca,
Ernesto Pérez Penco y Joaquín Rabellino.

Se presenta un caso de hernia crural aparecido luego de by pass aorto-bifemoral, en una paciente previamente operada de hernia crural homolateral, situación excepcional dentro de esta variedad de hernia. Se hace un estudio de su patología y de su tratamiento.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hernia / Femoral.

SUMMARY: Left crural hernia post aortobifemoral by-pas.

Description of a case of crural hernia post aortobifemoral by-pass, in a patient that had been operated of an homolateral crural hernia, which is an exceptional occurrence in this variety of hernia. Studied are the pathology and treatment of same.

RÉSUMÉ: Hernie crurale gauche post by-pass aorto bifémorale.

On présente un cas d'hernie crurale, qui s'est présentée après la réalisation d'un by-pass aorto-bifémorale. Il s'agissait d'un patient qui avait été opéré préalablement, d'une hernie crurale homolatérale, situation exceptionnelle dans cette variété d'hernie. On étudie sa pathologie et son traitement.

*Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. A. Aguiar).
Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.*

INTRODUCCION

En contadas ocasiones una hernia crural (HC) aparece en forma secundaria a traumatismos (fracturas de pubis)⁽⁶⁾ o resecciones (vaciamientos inguino-ilíacos, tumores de partes blandas)^(3, 4) o luego de la cirugía vascular distal a la arcada crural⁽¹⁾.

Este último grupo constituye un tipo interesante por sus especiales características anatómo-patológicas y por la creciente necesidad de la cirugía vascular.

El objeto de la presente comunicación es mostrar un caso de esta variedad de HC, discutiendo sus características etiopatogénicas, clínicas y terapéuticas.

CASUÍSTICA

M.C.C.B. HdeC. N° Reg. 132.765. Mujer, 62 años. Raza blanca. Consulta a principios de 1984 por tumefacción crural izquierda, aparecida un año después de by-pass aorto-bifemoral. Se trata de una tumefacción dolorosa, que aumentó progresivamente de volumen, con clara impulsión con los aumentos de presión intraabdominal. No ha presentado episodios de sufrimiento mecánico.

Esto ocurre en una enferma con antecedentes de tabaquismo e hipertensión arterial. Como antecedentes quirúrgicos, en 1960 se le reparó una hernia inguinal oblicua externa derecha y en 1962 fue intervenida de urgencia por estrangulación de hernia crural izquierda típica (lipoma preherniario) efectuándose una reparación por descenso de la arcada a la aponeurosis del pectíneo. En 1979, frente a un síndrome de obstrucción aorto-ilíaco se le practica un by pass aorto-bifemoral.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de junio de 1984.

Prof. Adjunto y Asistentes de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302, Montevideo (Dr. F. Croci).

Al examen del ingreso se comprobó una enferma adelgazada, sin anomalías clínicas cardio-respiratorias, con un examen abdominal normal y una hernia crural izquierda, reductible, con ruidos hidroaéreos, con un orificio parietal de unos 3 cm, ubicado por delante y por fuera de los vasos femorales (Fig. 1). Látidos protésicos en ambas regiones inguinocrurales normales.

OPERACION: (7/III/84). Anestesia general. Abordaje inguinal. La exploración muestra un divertículo peritoneal por delante y por fuera de los vasos (Fig. 2). Destrucción de la bandeleta iliopubiana. Arcada crural desinsertada en su sector externo, a través de la cual pasa el saco, el contenido del cual es epiplón. Se procede a la resección del saco. Se reconstruye la bandeleta y se reinserta la arcada crural. Descenso del músculo transverso al ligamento de Cooper y en el sector externo a la bandeleta, fascia femoral y arcada.

La evolución postoperatoria fue totalmente normal. Alta a las 48 horas. Cicatrización normal. Controles posteriores normales.

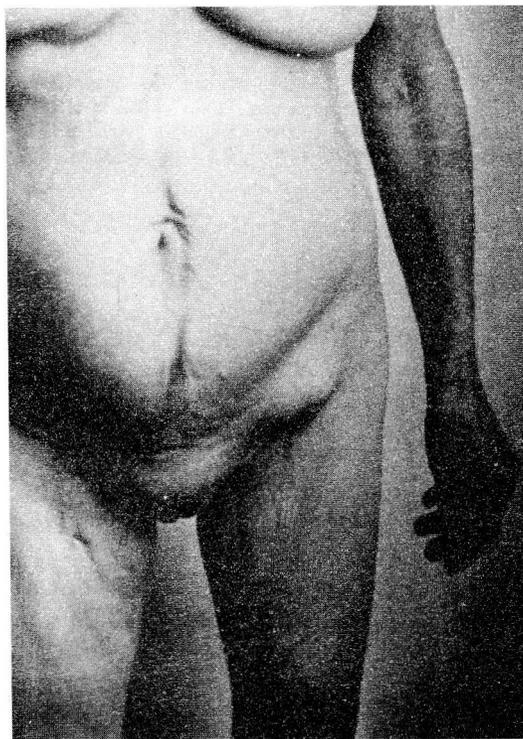


Fig. 1. Aspecto clínico de la enferma.

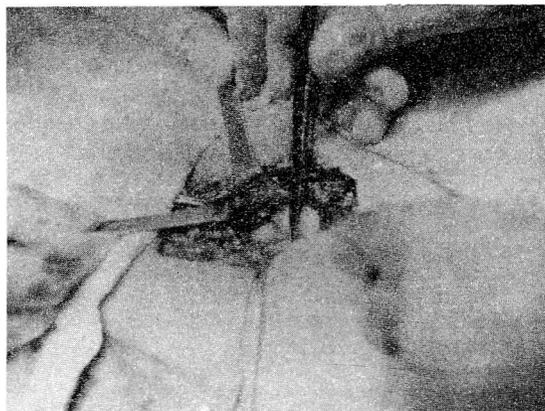


Fig. 2. Se muestra el defecto, con el saco peritoneal abierto, luego de liberada la arcada crural.

COMENTARIO

La frecuencia con respecto al total de HC, es en números absolutos muy baja. La casuística del Hospital H. Ford⁽⁴⁾ muestra 1 caso en 488 HC (0.002%). Una revisión del Hospital de Clínicas⁽²⁾ mostró 1 caso en 210 HC (0.004%). La aparición de esta complicación parietal vinculada a la cirugía vascular es muy difícil de apreciar⁽¹⁾ pero, seguramente muy baja en frecuencia.

La etiopatogenia es el de una hernia iatrogénica (también podría en algunos casos hablarse de "eventración crural"). Sus mecanismos posibles se detallan en el Cuadro I. Lo más importante en ella es la destrucción de la bandeleta iliopubiana, fundamentalmente en su sector externo, donde se asocia a la apertura de la vaina de los vasos femorales. Esto expone la región y torna factible la herniación. La acción exclusiva sobre la arcada crural, sea por desinserción o por sección, no tendría mayor importancia en la génesis de este tipo de HC, excepto que con ella se seccione el ligamento de Gimbernat.

ANATOMIA PATOLOGICA: Varios aspectos deben tenerse en cuenta:

- 1) *Tipo de Hernia:* Siempre se trata de una hernia sacular, a contenido variable.
- 2) *Topografía:* Es prácticamente siempre una hernia prevascular o externa, o combinada. Estas variedades de HC en la forma espontánea son excepcionales^(2, 4). Aunque en algunas ocasiones podría tratarse de una HC típica.

3) *Orificio*: En general el defecto es amplio y se ha descrito la importante fibrosis de la zona, determinada por la presencia de la prótesis. Sin embargo, esta puede tener una entidad muy variable y en algunos casos casi no existe excepto la que rodea a la misma.

b) Paciente con HC secundaria, sintomática del punto de vista vascular, la cual motiva la consulta.

Esto tiene importancia en la resolución terapéutica del enfermo.

TRATAMIENTO: La vía de abordaje puede ser inguinal o preperitoneal. La vía crural aislada exige una disección vascular inconveniente. La vía preperitoneal puede en algunos casos verse dificultada por la fibrosis. Es posible efectuar una herniorrafia como la descrita o de lo contrario una hernioplastia con el procedimiento de Huguier⁽⁵⁾.

CUADRO I

PATOGENIA IATROGENIA

MECANISMOS

- * *POR OMISION*:
(A) HERNIA CRURAL PREVIA INADVERTIDA
- * *POR FRACASO REPARACION*:
(A) HERNIORRAFIA CRURAL SIMULTANEA
- * *POR DESTRUCCION DE ESTRUCTURAS*:
(A) DESTRUCCION O SECCION B.I.P.
(B) DESINSERCIÓN O SECCION DE ARCADA CRURAL
(C) DESTRUCCION DEL SEPTUM CRURAL
(D) ARRASTRE DEL PERITONEO

CLINICA: Cabe plantear 2 situaciones diferentes:

- a) Paciente portador de HC secundaria con patología vascular asintomática.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEEBE H.G. — Complicaciones en Cirugía Vascular. Barcelona, Jims, 1976.
2. CROCI F., GASTAMBIDE C., PEREZ PENCO E., CORDAL A. — Hernia crural. Sus complicaciones y recidivas. Cir. Urug., 54: 374, 1984.
3. PONKA J.L. — Problems of femoral hernia. Arch. Surg. 102: 417; 1971.
4. PONKA J.L. — Hernias of the Abdominal Wall. Philadelphia. WB Saunders, 1980.
5. RIVES J., AZOULAY C. — Hernies crurales. Encycl. méd.-chir., Techniques Chirurgicales, Paris, 3/14/02, 40115-8.
6. RYAN E.A. — Hernias related to pelvic fractures. Surg. Gynecol. Obstet. 133: 440, 1971.