



P-518 - HERNIA CRURAL INCARCERADA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE CARCINOMA SEROSO DE ALTO GRADO

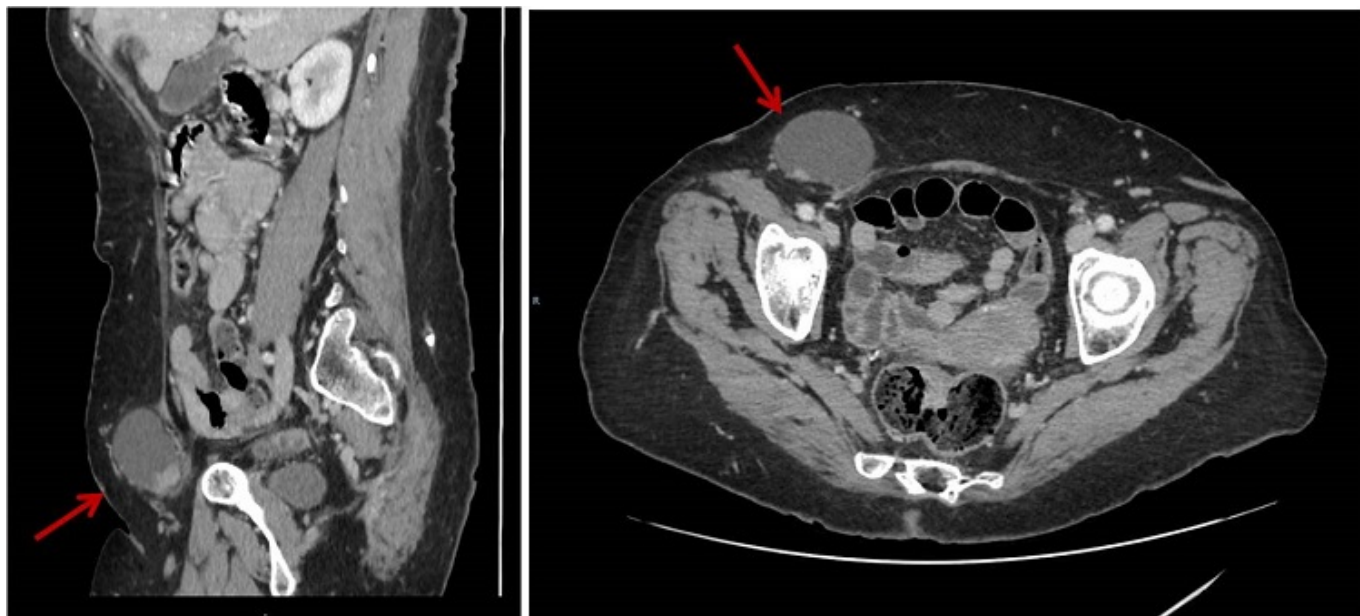
Robayo Soto, Paul Sebastián; López Saro, Sara María; Sedano Vizcaíno, Cristina; Domingo Ajenjo, María Teresa; Mezquita Gayango, Susana; Gallardo Ortega, Andrés

Hospital la Inmaculada del Servicio Andaluz de Salud, Huerca Overa.

Resumen

Introducción: La incidencia de neoplasias en los sacos herniarios inguino-crurales es muy baja y su cifra oscila entre un 0,07 y un 0,5%. Existe una clasificación de los tumores en saco herniario efectuada por Lejars. Esta clasificación divide los tumores del saco herniario en intrasaculares, saculares y extrasaculares. Los tumores intrasaculares, la variedad más frecuente, son tumores primarios de órganos encarcelados en la hernia, como cánceres de vejiga, colon o apéndice cecal, o neoplasias que hayan metastatizado en el epiplón. Los tumores saculares son lesiones malignas primarias o secundarias que afectan al peritoneo, como el mesotelioma primario, o las metástasis peritoneales de órganos intraabdominales. Los tumores extrasaculares son neoplasias que protruyen por el orificio herniario pero sin afectar al saco herniario.

Caso clínico: Mujer de 69 años con antecedentes de poliartrosis, obesidad, enfermedad de Alzheimer. Es valorada en consulta de Cirugía General por dolor inguinal derecho de aproximadamente 2 años de evolución que ha ido aumentando de tamaño, no refiere otra sintomatología asociada. A la exploración física en región inguinal derecha presenta tumoración dolorosa a la palpación, de consistencia dura, de unos 5 cm de diámetro, no cambia de tamaño con maniobras de Valsalva, irreductible. Región inguino-crural izquierda normal. Ecografía inguinal derecha: imagen hipoecoica superficial ubicada por delante del paquete vascular, bordes netos, lobulados, con contenido líquido y áreas de engrosamiento parietal focalizado, de probable origen ganglionar. TAC de abdomen: en región inguinal derecha imagen hipodensa de 37 × 53 mm, con formaciones nodulares periféricas que realzan tras la administración de contraste, la mayor de 14 mm. Hallazgos sugerentes de adenopatía necrótica, probable hidrocele del canal de Nuck. Incluida en quirófano para biopsia de adenopatía inguinal derecha. Se realiza exploración quirúrgica de la ingle derecha encontrando tumoración de unos 5 cm de aspecto quístico teniendo como origen una hernia crural. Se reseca tumoración quística y se repara defecto herniario crural con prótesis de Prolene. El posoperatorio transcurre sin incidencias por lo que recibe el alta. Se recibe informe de anatomía patológica con diagnóstico de carcinoma seroso peritoneal de alto grado, sin compromiso de la superficie quística por lo que se considera totalmente resecado, Actualmente sin problemas con la hernioplastia y cicatriz quirúrgica, paciente en seguimiento por Ginecología para estudiar un posible origen ovárico.



TAC abdominal: tumoración hipodensa de 37 x 53 mm con formaciones nodulares periféricas en región crural derecha (flecha)

Discusión: En nuestro caso se trataría de un tumor herniario intrasacular ya que presenta un carcinoma seroso que no afecta a la pared del saco herniario. El carcinoma seroso de alto grado es un tipo de cáncer de ovario. Se desarrolla a partir de células epiteliales en la superficie externa del ovario o en el interior de la trompa de Falopio. En las exploraciones clínicas y radiológicas realizadas a la paciente no se evidenciaban signos de tumoración ovárica. Existe controversia respecto a la necesidad de estudiar histológicamente todo saco herniario extirpado. Kassan *et al.*, en una serie de 1.020 sacos herniarios estudiados, solo encontró 3 neoplasias y en dos de estos casos los sacos eran macroscópicamente patológicos.