

Técnica de Sauer modificada en el tratamiento de la hernia femoral en niños

Dres. L. Dantés de Paulo, M.R. Pereira, E.B. Moura, M.C. Assumpção

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General Israel Pinheiro del Instituto de Previdência de los Servidores del Estado de Minas Gerais.

Resumen

Se presentan tres casos de niños portadores de hernia femoral o crural operados con la técnica de Sauer modificada. Uno había sido operado anteriormente de hernia inguinal los otros dos fueron tratados con esta técnica como primera opción. Las hernias femorales son raras en los niños; las estadísticas publicadas son pequeñas, las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas tienen un índice de recidiva de alrededor del 2%. La técnica usada consistió en la sutura del labio lateral de la fascia transversal seccionada al ligamento pectíneo, ocluyendo el anillo femoral alargado. La reconstrucción de la pared posterior del canal inguinal se realizó suturando el colgajo medial de la fascia transversal al ligamento ileopúbico. El resultado quirúrgico fue satisfactorio, sin recidivas herniarias. Con esta técnica es posible la evaluación concomitante de las otras hernias inguinales y la corrección de todas las hernias femorales inclusive las prevasculares con sutura única y reconstrucción anatómica del canal inguinal en niños.

Palabras clave: Hernia femoral - Hernia crural - Hernia inguinal - Técnica de Sauer

Summary

We describe three cases of children with femoral hernias managed using modified Sauer's technique. One child was previously operated of an inguinal hernia and the other two were managed with this technique initially. Femoral hernias are rare in children, literature is scarce and the different surgical techniques reported have a recurrence rate of 2%. Modified Sauer's technique consisted of suturing the lateral segment of the transversalis fascia to the pectinate ligament occluding the femoral ring and reconstructing the posterior wall of the inguinal canal suturing the medial segment of the transversalis fascia to the ileopubic ligament. Results were good without recurrence always. Using this technique evaluating for an associated inguinal hernia is possible and anatomically reconstruct the inguinal canal in children with a femoral hernia.

Index words: Femoral hernia - Crural hernia - Inguinal hernia - Sauer's technique

Resumo

Os autores apresentam três casos de crianças portadoras de hérnia femoral operadas pela técnica de Sauer modificada. Uma das crianças havia sido submetida a correção cirúrgica anterior de hérnia, as outras duas tiveram esta técnica como primeira opção de tratamento. As hérnias femorais são de incidência rara nas crianças, as estatísticas publicadas são pequenas, as várias técnicas cirúrgicas utilizadas tem índice de recidiva em torno de 2%. A técnica usada consiste na sutura do lábio lateral da fáscia transversal seccionada ao ligamento pectíneo ocluindo o anel femoral alargado, e a reconstrução da parede posterior do canal inguinal é feita pela sutura do retalho medial da fáscia transversal ao ligamento ileopúbico. O resultado cirúrgico é satisfatório, sem recidivas herniárias até o momento. Com esta técnica é possível a avaliação concomitante de outras hérnias inguinais, correção de todas as hérnias femorais inclusive as pré-vasculares com sutura única e reconstrução anatómica do canal inguinal em crianças

Palavras chaves: Hérnia femoral - Hérnia crural - Hérnia inguinal - Técnica de Sauer.

Introducción

La hernia femoral es la protrusión del contenido abdominal a través del anillo femoral pudiendo contener vísceras o epiplón. Algunos autores refirieron que la protrusión de grasa puede ser clasificada como una hernia femoral y como tal debe ser tratada ¹. Es una patología rara en niños con una incidencia entre 0,12 % y 1,1% ^{1,2,3}. El primer relato en la literatura fue hecho por Cooper en 1827. Se caracteriza por la presencia de un nódulo debajo del ligamento inguinal, siendo con frecuencia confundido con una adenopatía inguinal, una hernia inguinal, un hidrocele enquistado o con un linfangioma.

Un gran número de procedimientos han sido propuestos para el tratamiento quirúrgico de esta patología ^{4,5,6,7,8,9} con un índice de recidiva bajo, pero con seguimiento postoperatorio corto, principalmente con referencia a niños, siendo el índice de recidiva alrededor del 2%.

Utilizamos la técnica de Sauer modificada en tres niños portadores de hernia femoral.

Presentación de los casos

Presentamos tres niños con hernia femoral, operados en nuestro servicio en los últimos dos años que fueron sometidos a la corrección quirúrgica utilizando un colgajo lateral de fascia transversa (técnica de Sauer modificada) con resultados satisfactorios y sin recidivas hasta el momento. La técnica original de Sauer consiste en la confección de un colgajo lateral e inferior de la fascia transversa. En nuestro medio, un cirujano general, Claudio Almeida desarrolló una técnica semejante usando el labio lateral de la fascia transversa luego de incidirla transversalmente. En operaciones anteriores realizadas en nuestro servicio para el tratamiento de hernias inguinales directas e indirectas, que exigían la abertura de la fascia transversa para el refuerzo de la foseta media, observamos que si la fascia transversal era seccionada a partir del borde medial del canal inguinal profundo, el labio lateral tendría tamaño suficiente para ser desviado en dirección al ligamento pectíneo y podría ser utilizado para ocluir el orificio femoral para el tratamiento de las hernias femorales, porque el tamaño del colgajo resultante sobrepasaba el límite posterior de este canal. La recons-



Fig. 1a y 1b: incisión de la fascia transversal.

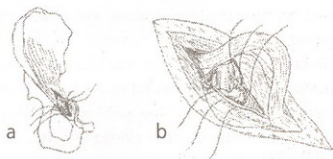


Fig. 2 a y 2 b: sutura de la fascia transversal al ligamento pectíneo.

trucción de la pared posterior del canal inguinal sería realizada con la fijación del labio medial de la fascia transversal al ligamento ileopúbico. Realizamos entonces la incisión de la fascia transversal (Fig. 1 A y 1 B), tratamiento del saco herniario, oclusión de la brecha herniaria por la sutura del labio lateral de la fascia transversal al ligamento pectíneo con puntos separados de hilo absorbible de larga duración, siendo usualmente necesarios dos o tres puntos (Fig. 2 A y 2 B). La reconstrucción de la pared posterior del canal inguinal fue hecha por la sutura del labio medial de la fascia transversal al ligamento ileopúbico.

Caso 1: niña de 6 años, sometida siete meses antes a una herniorrafia inguinal directa en otro servicio, presentando hernia recidivada. Al examen presentaba un nódulo en la región femoral, reductible. Realizada nueva incisión inguinal, no fue observada la presencia de hernia directa o indirecta. Realizada la abertura de la fascia transversa, se identificó una hernia femoral, que se redujo y se cerró la abertura del anillo femoral con el colgajo lateral de la fascia transversal. La sutura fue realizada sin tensión exagerada, la reconstrucción de la pared posterior del canal inguinal fue hecho por la sutura del labio medial de la fascia transversal al ligamento ileo-púbico

(Thompson). Es la paciente que tiene más tiempo de seguimiento (2 años), no tiene signos de recidiva.

Caso 2: niña de 11 años con el antecedente de varios meses con un nódulo en la ingle. Es llevada a cirugía con el diagnóstico de hernia femoral pre vascular, lo que fue confirmado en el acto operatorio. El saco herniario voluminoso contenía el epiplón mayor. El mismo fue ligado, resecao y la corrección del orificio herniario realizado con un colgajo lateral de la fascia transversal. Se trataba de una gran hernia pre-vascular, el saco herniario a pesar del tamaño no presentaba adherencias fuertes, la disección fue simple y el labio lateral de la fascia transversa fue suturada sin tensión y la reconstrucción de la pared posterior del canal inguinal fue hecha anatómicamente con el labio medial de la fascia transversal al ligamento ileo púbico. El orificio femoral era muy largo y había evidentemente una debilidad del ligamento inguinal. Con un año y dos meses de postoperatorio está asintomática y sin señales de recidiva.

Caso 3: niño de 8 años con nódulo inguinal bilateral doloroso con tres meses de evolución. El exámen físico evidenciaba los nódulos debajo del ligamento inguinal. Llevado a cirugía, presentaba sacos herniarios bilaterales pequeños cubiertos de grasa fácilmente reductibles. La corrección de los dos defectos fueron hechos con colgajos laterales de la fascia transversal en el mismo acto operatorio. Con ocho meses de postoperatorio está asintomático y sin señales de recidiva herniaria.

En todos los pacientes la corrección de la pared posterior del canal inguinal fue realizada mediante la sutura del labio lateral de la fascia transversal al ligamento ileopúbico. Todas las suturas en la fascia fueron realizadas con ácido poliglicólico 3/0 o 4/0.

Discusión

De los tres pacientes presentados, dos no tenían ningún tratamiento previo. El otro presentaba el antecedente de una cirugía para hernia inguinal indirecta, que no podemos definir si había sido realmente indirecta o se trataba de un error diagnóstico, dónde pasó desapercibida la presencia de la hernia femoral, si ésta era concordante o fue predispuesta por la cirugía anterior. Todas estas posibilidades son descriptas en la literatura y necesitan

de mayores investigaciones para el esclarecimiento de la verdadera formación de la hernia femoral.

Los trabajos de McVay^{8,9} evidenciaron que la etiología de la hernia femoral está relacionada al aumento de la presión intrabdominal y primariamente a la inserción deficiente de la pared inguinal posterior al ligamento pectíneo de Cooper. En su técnica quirúrgica el labio medial de la fascia transversal es suturado al ligamento pectíneo, siendo necesario frecuentemente incisiones de descarga en la vaina del recto abdominal. Muchas otras técnicas son relatadas en la literatura, con accesos por vía femoral, por vía inguinal o combinada.

Las técnicas que usan el acceso femoral tienen la gran desventaja de no evaluar la pared posterior del canal inguinal, lo que no posibilitaría demostrar la presencia de otras hernias concomitantes. En la corrección del defecto anatómico son suturadas estructuras de planos diferentes (ligamento inguinal-ligamento pectíneo), frecuentemente llevando suturas de poca tensión y sin recidivas herniarias.

Las técnicas de doble acceso necesitan incisiones mayores, disecciones amplias y deben quedar reservadas a casos específicos de hernias complicadas, con liberaciones difíciles de los sacos herniarios, principalmente en hernias encarceladas, siendo raramente necesarias.

Por ser raras en niños, las estadísticas publicadas en la literatura traen números pequeños de casos, y los trabajos publicados con casuísticas mayores^{10,12} no presentan una nomatización de las técnicas operatorias utilizadas.

La técnica de Sauer utilizada por nosotros con modificaciones fue utilizada por Haberlik y Sauer en veinte hernias femorales de niños, con resultados satisfactorios y sin recidivas¹³.

En su trabajo no queda claro el tamaño del colgajo de fascia transversal a ser utilizado, motivo por el cual optamos por la abertura de la fascia transversal a partir del borde medial del anillo inguinal profundo hasta el borde lateral del pubis lo que nos permitió tener siempre un colgajo aponeurótico de tamaño suficiente para la oclusión del defecto del anillo femoral, permitiendo mantener suficiente fascia transversal para la reconstrucción de la pared posterior del canal inguinal, de forma anatómica y sin tensión exagerada.

La extensión de la abertura de la fascia transversal en dirección del anillo inguinal profundo permitió que el colgajo lateral de fascia transversa quede fijo al ligamento inguinal, posibilitando una sutura única posterior en todas las hernias femorales inclusive las pre-vasculares, lo que no es posible con el colgajo de pedículo inferior.

La técnica de Sauer modificada permite la visualización amplia de la región inguinal, es adecuada para la corrección quirúrgica de las hernias femorales en niños, permite la identificación de hernias concomitantes en el mismo acto operatorio, ofrece la oportunidad de realización de suturas sin tensión, de una sutura única de la brecha herniaria, incluso en las hernias prevasculares y la reconstrucción anatómica del canal inguinal en niños.

Bibliografía

1. Per Anderas, Jona JZ et al: Femoral hernia in children ,an infrequent problem. Arch Surg 122: 950-951,1987.
2. Fosburg RG: Femoral hernia in infancy and childhood. Am J Surg 109:470-475,1965.
3. Tamm PKH, Lister J :Femoral hernia in children. Arch Surg 119:1161-1164,1984
4. Burke, J. : Femoral h ernia in childhood . Ann. Surg. 166 (2) : 287- 289 , 1966.
5. Berliner,SD., Burson LC, Wise L:The Henry operation for incarcerated and strangulated femoral hernias . Arch. Surg. 127 : 314-316 , 1992.
6. Glassow, F: Femoral h ernia , review of 1143 consecutive repairs : Ann Surg 163(2) : 227-231 , 1966.
7. Glassow, F: Femoral h ernia , review of 2105 repairs in a 17 year period. Am.J.Surg. 150(3):353-356 ,1985 .
8. McVay C.B., Savage L.E.: Etiology of femoral hernia . Ann Surg 154 : 25-32 ,1961.
9. McVay C.B.,Chapp J.D.:Inguinal and femoral hernioplasty, the evaluation of a basic concept . Ann Surg 148 : 499-509, 1958.
10. Ollero Fresno J.C., Alvarez M., Sanchez M.,Rollan V. : Femoral h ernia in Childhood: review of 38 cases . Ped Surg Int 12: 520-521 , 1997.
11. Radcliffe G, Stringer MD : Reappraisal of femoral h ernia in children. Br J Surg 84:58-60,1997.
12. Immordino P.A. : Femoral hernia in infancy and childhood . J Ped Surg 7: 40-43,1972.
13. Sauer H, Haberlik A : Die Behandlung der h ernia im kindersalter . Chirurg 61:289-291,1990 .

Trabajo presentado en el 20^o Congreso Brasileiro de Cirurgia Pedi trica, Octubre de 1999, Recife, Brasil

Luciano Dant es de Paula
Rua Joaquim Lustosa 34 Apto 102. Bairro Anchieta .
Belo Horizonte. MG
CEP 30310-410
e-mail: ludapa@bhnet.com.br