

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

¿Tumoración inguinal o femoral?: hernia crural en pediatría

Inguinal or femoral lump?: Crural hernia in pediatrics

Julio César Moreno-Alfonso*, Ada Molina Caballero y Alberto Pérez Martínez

Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2025



Varón de 13 años llevado a urgencias por tumoración inguinal de 24 horas de evolución. Presentaba una tumoración inguinal derecha dolorosa, sin flogosis pero irreductible, realizándose una ecografía sugestiva de hernia inguinal encarcerada, por lo que fue derivado a nuestro centro. La exploración reveló una tumoración inferior al ligamento inguinal parcialmente reductible compatible con hernia crural (fig. 1). La cirugía demostró una hernia crural que fue reparada sin incidencias (figs. 2 y 3). La hernia femoral o crural es extremadamente infrecuente, representa el 0,3-2% de todas las hernias pediátricas y constituye un reto diagnóstico, a lo que debe su merecida reputación de *puzzling pathology*¹. Se caracteriza por protrusión del contenido peritoneal a través del anillo femoral ensanchado probablemente por una inserción estrecha de la pared inguinal posterior al ligamento de Cooper². El 35-75% de los casos son erróneamente diagnosticados de hernia inguinal, con

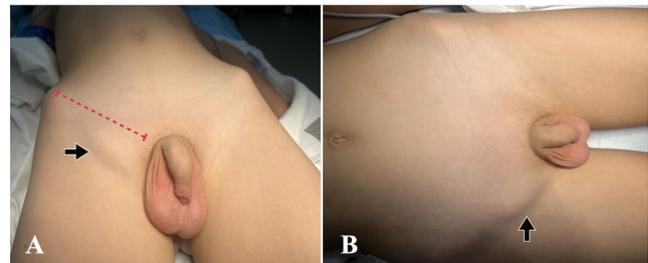


Figura 1 A: Tumoración de aproximadamente 4 × 3 cm (flecha) bajo el área anatómica del ligamento inguinal derecho –esquemático por la línea discontinua– y lateral al tubérculo púbico (representado por el borde medial de la línea roja). B: Visión frontal de la protrusión, inferior y lateral al canal inguinal, dolorosa, parcialmente reductible y sin signos inflamatorios; compatible con hernia crural o femoral (flecha).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julimoreno.md@gmail.com (J.C. Moreno-Alfonso).

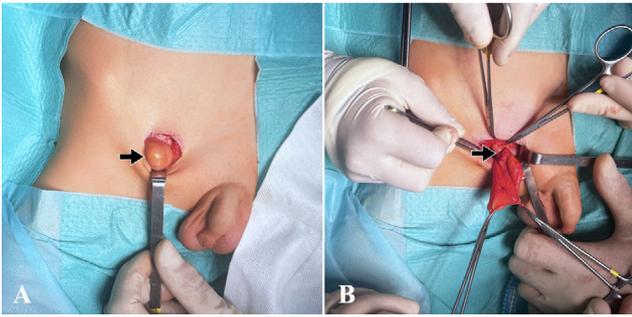


Figura 2 Hallazgos de la cirugía programada realizada 10 días después de la valoración inicial en urgencias. A: Inguinotomía derecha y saco herniario con contenido graso intraperitoneal (flecha), que protruye desde el suelo del canal inguinal a través del anillo femoral, cuyo límite lateral es la vena femoral, medialmente el ligamento lacunar o de Gimbernat, en la parte anterior el ligamento inguinal y posteriormente el ligamento pectíneo o de Cooper. B: Disección del saco e individualización del cuello herniario identificando el defecto del anillo femoral (flecha).

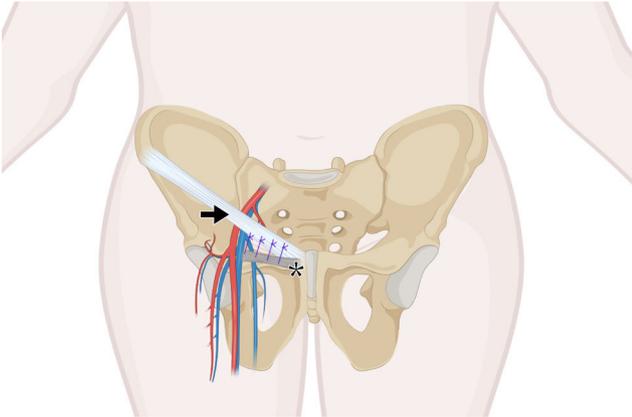


Figura 3 Ilustración de la corrección quirúrgica. Tras reducir el contenido herniario a la cavidad abdominal se realizó una reparación primaria del defecto mediante puntos simples de poliglactina 910 (2-0), afrontando el ligamento de Cooper (*) y el ligamento inguinal (flecha), sin apertura de la fascia del músculo oblicuo externo ni necesidad de material protésico. Cinco meses después de la intervención el paciente se mantiene asintomático. Fuente: Elaboración propia del autor de correspondencia.

el consecuente retraso terapéutico y tratamiento quirúrgico inapropiado, mayor tasa de complicaciones y recidivas (5-13%)³. Estos errores podrían evitarse mediante una exploración física minuciosa y sospecha mantenida de hernia crural ante toda tumoración inferior al ligamento inguinal y lateral al tubérculo púbico, para planificar una cirugía adecuada, evitar sorpresas intraoperatorias, complicaciones y recidivas.

Bibliografía

1. Temiz A, Akcora B, Temiz M, Canbolant E. A rare and frequently unrecognised pathology in children: femoral hernia. *Hernia*. 2008;12:553-6, <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-008-0360-6>.
2. De Caluwé D, Chertin B, Puri P. Childhood femoral hernia: a commonly misdiagnosed condition. *Pediatr Surg Int*. 2003;19:608-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00383-003-1060-z>.
3. Haggui B, Hidouri S, Ksia A, Mosbahi S, Messaoud M, Sahnoun L, et al. Femoral hernia in children: How to avoid misdiagnosis? *Afr J Paediatr Surg*. 2021;18:164-7, http://dx.doi.org/10.4103/ajps.AJPS_74_20.