



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**  
CAMPUS COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.  
MEDICINA HUMANA.



## Hernia femoral

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

Karen Itzel Rodríguez López

**PARCIAL:** 4° PARCIAL.

**SEMESTRE:** 5°. **GRUPO:** D

**NOMBRE DE LA MATERIA:**

Clínica quirúrgica

# Hernia femoral

**Definición:** Protuberancia que aparece en la parte superior del muslo, cerca de la ingle, cuando los contenidos del abdomen se salen a través de un punto débil en la pared abdominal.

**Epidemiología:** En cuanto a la epidemiología de la hernia femoral, se puede destacar lo siguiente:

- Es más común en mujeres que en hombres, en una proporción de 4 a 5 veces mayor.
- Es más frecuente en el grupo de edad de 40 a 70 años.
- Se presenta con mayor frecuencia en el lado derecho.
- Representa un 7% de las hernias de la pared abdominal y un 3% de las hernias de la región inguinofemoral.

## Etiología:

- Estreñimiento crónico
- Tos crónica
- Levantar objetos pesados
- Obesidad
- Esfuerzo para orinar debido a una próstata agrandada
- Embarazo

## Fisiopatología:

Anillo femoral no es flexible. El conducto femoral tiene una longitud de 1 a 2 cm y está ocupado por un cojinete adiposo y tejido linfoide.

El saco herniario se abre paso por el anillo femoral por encima del ligamento de Cooper y lateral al ligamento lacunar.

**Clasificación:** Según el trayecto y la situación del saco herniario en relación a los vasos iliofemorales y ligamentos vecinos.

- Típica: Protrusión medial a la vena femoral.
- Prevascular de Teagle: Situada por encima de la vena femoral.
- Retrovascular de Serafini: Cuando emerge por debajo de la vena femoral.
- Externa o de Hasselbach: Se sitúa superior y lateral a la arteria femoral.
- Pectínea de Callisen–Cloquet: Se aloja dentro de la aponeurosis del músculo pectíneo.
- Laugier: Protruye por ligamento lacunar.
- Multidiverticular de Hasselbach: Emerge por diferentes orificios de la lámina cribiforme. La más simple es la de Astley Cooper, con una parte bajo la fascia cribiforme y otra bajo la piel

## **Clínica:**

- Protuberancia en la parte superior del muslo, justo abajo del tubérculo púbico, punto de inserción del ligamento inguinal.
- Haciéndose más aparente mediante la maniobra de Valsalva.
- La mayoría no causan dolor local
- Si está atrapada es el signo más importante
- Sintomatología de oclusión intestinal

## **Diagnostico:**

- Clínico y exploración física

## **Tratamiento:**

- Bassini: restaura la oblicuidad del canal inguinal con las aberturas internas y externas obturadas por la pared anterior del abdomen y confecciona un nuevo suelo después de realizar el trasplante anterolateral del cordón.
- Nyhus: la vía preperitoneal, consigue el cierre de la pared inguinal por detrás de los orificios inguinal profundo, directo, crural. La indicación más reconocida es la reparación de la hernia recurrente. También está indicada para la hernia deslizada y para las encarceradas o estranguladas.
- Mc Vay: indicada en el tratamiento de la hernia femoral y de la hernia inguinal, tanto primaria como recurrente, siendo más adecuada para hernias inguinales grandes, hernias directas y hernias multirecidivadas.
- Shouldice: Está indicada en el tratamiento de la hernia inguinal primaria del adulto, con hernias inguinales tipo II, III, IV y V de Gilbert y casos seleccionados de hernias inguinales recidivadas.
- Marcy: consiste en el cierre del orificio inguinal profundo con fascia transversalis. Indicada en varones y mujeres con hernias indirectas y daño mínimo del anillo profundo.
- Técnica de Lichtenstein:

-Reconstrucción en parche o prótesis extendida: indicada en hernias inguinales primarias directas e indirectas y en las recurrentes directas e indirectas con un defecto mayor de 3,5 cm de diámetro.

-Reconstrucción en tapón: su indicación es en aquellas hernias inguinales recurrentes directas o indirectas con un defecto inferior a 3,5 cm de diámetro y en las hernias femorales primarias y recidivadas.

- Técnica de Rutkow-Robbins: Colocando una segunda malla por encima del pubis y a ambos lados del canal. Esta técnica estaría indicada en todo tipo de hernias primarias y para casi todas las recidivadas, estando contraindicada en hernias multirecidivadas, en las que sería preferible un refuerzo protésico gigante preperitoneal anterior del saco visceral.