

## Nota clínica

# Sigmoidectomía inguinal. Un abordaje de necesidad.

*Inguinal sigmoidectomy. An approach of need.*

Murube Algarra C, Marin Herrero MI, Barrionuevo Gálvez M, Dios Barbeito S, Vega Ruiz V

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

## RESUMEN

La presentación de un cáncer de colón en una hernia inguinal es un hallazgo infrecuente. Su diagnóstico representa un reto en la práctica clínica, siendo en su mayoría un hallazgo intraoperatorio. En cuanto al tratamiento quirúrgico no existe hoy en día consenso sobre la mejor vía de abordaje o el uso rutinario de malla.

**Palabras clave:** cáncer de colon, hernia inguinal, abordaje inguinal.

## ABSTRACT

The association of colon cancer in an inguinal hernia is unusual. Its diagnosis represents a challenge in clinical practice, being mostly an intraoperative finding. Regarding surgical treatment, there is currently no consensus on the best approach or the routine use of mesh.

**Key words:** colon cancer, inguinal hernia, inguinal approach.

## CORRESPONDENCIA

XREF

Carmen Murube Algarra  
Hospital Universitario de Puerto Real  
11510 Puerto Real, Cádiz  
[carmenmurubealgarra@gmail.com](mailto:carmenmurubealgarra@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

Pese a la elevada incidencia que presentan el cáncer de colon y la hernia inguinal, la asociación de ambas patologías (cáncer de colon contenido en la hernia) es un hallazgo infrecuente, con una prevalencia de 0.4%<sup>1,3,5,7,9,10</sup>. En la actualidad hay pocos casos publicados, siendo Gerhardt, en 1938, el primero en reportar uno<sup>4,5,7</sup>.

Habitualmente ocurre en hernias inguinales izquierdas<sup>6</sup> y el colon sigmoidees suele ser su contenido<sup>3,5,6,7,8,9</sup>. En la práctica clínica habitual, los pacientes presentan síntomas característicos de la patología herniaria (masa y dolor inguinal)<sup>4,6</sup>, por lo que el diagnóstico preoperatorio de neoplasia de colon es infrecuente. La realización de una exhaustiva anamnesis y exploración física nos permitirán llegar a un diagnóstico de sospecha e indicar las pruebas complementarias necesarias. En la mayoría de los casos, los pacientes son tratados de urgencia por obstrucción o perforación y el diagnóstico se realiza de forma intraoperatoria<sup>2,3,4,7,9,10</sup>. Hoy en día no existe consenso sobre la mejor opción de tratamiento quirúrgico.

## CASO CLÍNICO

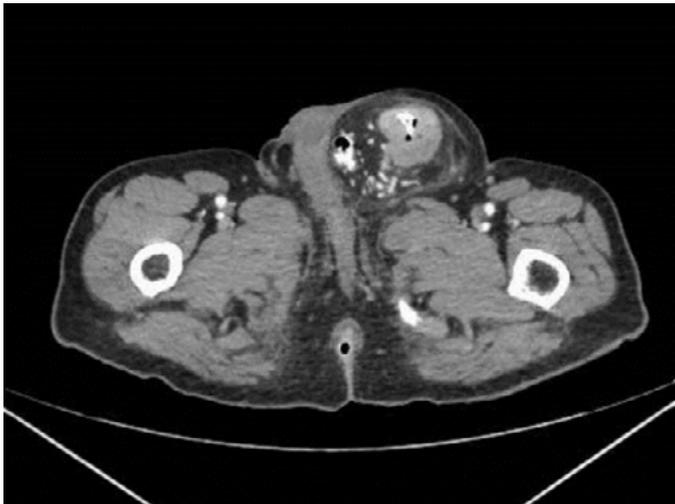
Presentamos el caso de un varón de 77 años, pluripatológico, portador de hernia inguinal izquierda de años de evolución, sin historia de sufrimiento. Consultó por incarceration herniaria, acompañada de clínica de estreñimiento, pérdida de peso y anemia de 6 meses de evolución. En la exploración física destacaba una tumoración pétreo e irreductible en región inguinal izquierda, no dolorosa. Tacto rectal sin alteraciones.

## CITA ESTE TRABAJO

Murube Algarra C, Marin Herrero MI, Barrionuevo Gálvez M, Dios Barbeito S, Vega Ruiz V. Sigmoidectomía inguinal. Un abordaje de necesidad. Cir Andal. 2025;36(1): 28-30. DOI: 10.37351/2025361.5

Se realizó colonoscopia con hallazgo de lesión mamelonada, ulcerada y estenosante en colon sigmoides, cuyo margen distal se marcó con tinta china. La anatomía patológica de la biopsia confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma. En estudio de extensión mediante TAC toraco abdomino pélvico no se constató diseminación a distancia y se evidenció la lesión estenosante del colon sigmoides contenido en la hernia (Figura 1).

Se optó por un abordaje inguinal standard. Los hallazgos intraoperatorios fueron de una gran hernia que contenía colon sigmoides con el tumor palpable (Figura 2). Se realizó una sigmoidectomía oncológica con anastomosis primaria. La pared abdominal se reparó según técnica de Lichtenstein. El paciente no presentó complicaciones postoperatorias y fue dado de alta a los cinco días de la cirugía.



**Figura 1**

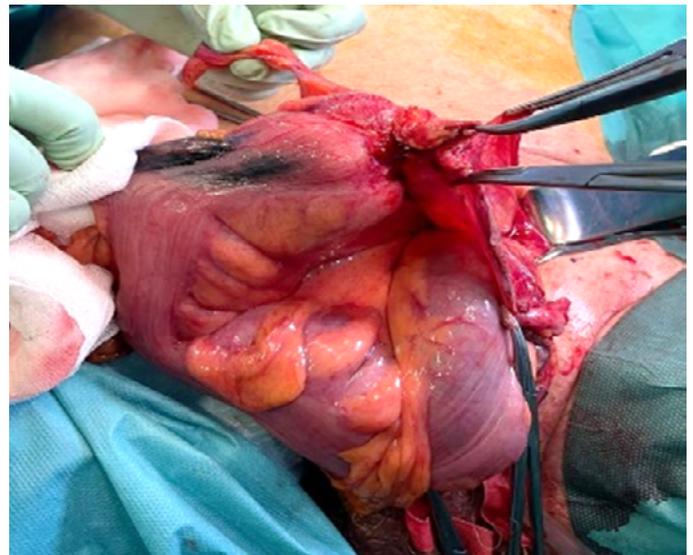
TAC toraco abdomino pélvico: corte axial de región inguinal. Se observa voluminosa hernia inguinal indirecta izquierda que contiene sigma con engrosamiento concéntrico de su pared.

El examen histológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma intestinal infiltrante. Ninguno de los 15 ganglios resecaados fue positivo (estadio pT3pN0).

## DISCUSIÓN

La hernia inguinal presenta una prevalencia del 6% en adultos mayores de 45 años<sup>1</sup>. El contenido del saco herniario puede variar desde epiplón hasta intestino delgado o grueso. Alrededor del 10% se incarceration provocando obstrucción o perforación intestinal<sup>1,3,5,7,10</sup>. La asociación de hernia inguinal y cáncer de colon es infrecuente, presentando una prevalencia del 0.4%<sup>1,3,5,7,9,10</sup> siendo el sigma el más frecuentemente afectado<sup>3,5,6,7,8,9</sup>.

Según la clasificación de Lejars, este tipo de hernias se clasifican en 3 tipos: intrasaculares, son tumores primarios de órganos incarcerationados en la hernia; saculares, lesiones malignas que afectan al peritoneo y extrasaculares aquellas neoplasias que protuyen por el orificio herniario sin afectar al saco<sup>5,6,9</sup>.



**Figura 2**

Hernia inguino-escrotal con deslizamiento de sigma (Hernia de Lejars intrasacular). Se observa saco herniario abierto que contiene tumoración estenosante de colon sigmoides (flecha). Margen distal marcado con tinta china.

La mayoría de los casos descritos ocurren en hombres de edad avanzada, con hernias inguinales de larga data<sup>6</sup>, que se incarcerationan y acompañan de síntomas gastrointestinales o características sospechosas de malignidad (pérdida de peso y anemia).

Una revisión actual de la literatura sobre hernias inguinales que contienen carcinoma de colon reportó 16 casos entre 2003 y 2020<sup>4</sup>. Los pacientes fueron hombres entre 44 y 88 años. Un 75% de las hernias fueron izquierdas y el 82% contenían cáncer de colon sigmoides. Hasta en un 50% de los casos la enfermedad fue diagnosticada correctamente antes de la cirugía.

En nuestro caso, la presencia de clínica sospechosa de neoplasia permitió la realización de pruebas complementarias (colonoscopia y TAC de abdomen) que nos condujo al diagnóstico preoperatorio de tumor en colon sigmoides contenido dentro de una hernia inguinal.

Con respecto al tratamiento, la discusión se centra en la vía de abordaje y la táctica a realizar en la reparación parietal inguinal. Hoy en día, el abordaje quirúrgico no está aún estandarizado pudiendo ser único o combinado (transabdominal e inguinal) con acceso laparoscópico o abierto, dependiendo de la condición clínica del paciente, las características locales del intestino y la experiencia del cirujano. Algunos autores abogan por la resección del colon a través de la incisión inguinal, cuando el tumor no se puede reducir a cavidad abdominal, evitando de este modo el riesgo de implantación de células tumorales o infección. Sin embargo, otros autores consideran que el abordaje inguinal puede comprometer la exposición completa del mesocolon y con ello una adecuada resección radical<sup>1,2,3,4,6,7,10</sup>. Independientemente del abordaje, en todos los casos se deben considerar tanto los principios oncológicos como la reparación segura de la hernia. En cuanto al uso de mallas, en caso de perforación del tumor no se aconseja el uso de prótesis en la reparación herniaria<sup>1,2,6,7</sup>.

Chern *et al.*<sup>8</sup> consideraron que para las hernias reductibles se debe reducir el colon y su mesenterio a la cavidad abdominal y proceder a la resección radical del colon sigmoide y posterior reparación de la hernia. En caso de hernias incarceradas/estranguladas se debe realizar cirugía abierta, mediante abordaje transabdominal, inguinal o ambos. En nuestro caso, por las características del paciente, la situación de incarceración de la hernia y la gran longitud del colon sigmoide y del mesenterio se decidió el abordaje inguinal, permitiendo realizar una cirugía oncológica radical con resultado satisfactorio y una adecuada reparación herniaria, resolviendo ambas enfermedades por una única vía. Se realizó sigmoidectomía oncológica con anastomosis colorrectal por no existir signos de sufrimiento en la pared intestinal. Posteriormente, se reparó la hernia por técnica de Lichtenstein al no haber contaminación ni infección en el sitio quirúrgico.

Actualmente la vía de abordaje de esta patología y el uso de malla sigue siendo un motivo de debate, debido a la baja incidencia y la falta de estandarización. Para elegir la mejor vía debemos tener en cuenta las comorbilidades del paciente, la extensión del tumor y la experiencia del cirujano. El abordaje inguinal puede ser una buena opción para realizar de forma segura una intervención quirúrgica oncológica en pacientes frágiles con tumor localizado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Danish A. International Journal of Surgery Case Reports Incarcerated right inguinal hernia containing sigmoid colon : An unusual case report. *Int J Surg* 2022; 95. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107237>.
2. Chida K, Katsura M, Kato T, Sunagawa K, Ie M. Management of Perforated Sigmoid Colon Cancer in an Incarcerated Inguinal Hernia Using a Combined Abdominal and Inguinal Approach. *The American Surgeon* 2023; 89: 6301-6304. <https://doi.org/10.1177/00031348231156780>.
3. Mizuno, H., Nagai, H., Maeda, S. et al. Incarcerated sigmoid colon cancer in an inguinal hernia sac associated with an abdominal wall abscess: a case report. *surg case rep* 2019; 5: 189. <https://doi.org/10.1186/s40792-019-0742-2>.
4. Zhang J, Tang Y, Wu X, Wang G, Li T. Sigmoid Colon Cancer Masquerading as a Right Incarcerated Inguinal Hernia : A Case Study and Literature Review. *Front Surg* 2022; 9: 1-6. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.832771>.
5. Baldi D, Alfano V, Punzo B, Tramontano L, Baseliace S, Spidalieri G, Micera O, Cavaliere C. A Rare Case of Sigmoid Colon Carcinoma in Incarcerated Inguinal Hernia. *Diagnostics* 2022; 10. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10020099>.
6. Alfredo D, González G, Tarigo N. Cáncer de colon sigmoide como contenido de una hernia inguinal izquierda. *Rev. Méd. Urug* 2017; 33: 115-125. <https://doi.org/10.29193/rmu.33.3.6>.
7. Fenner Lyra Junior, H., de Azevedo, N., Gerber, M., de Oliveira, J. C., dos Santos, J. M. Sigmoid colon carcinoma-associated with an inguinal hernia.. *Iranian Journal of Colorectal Research* 2021; 9: 118-121. <https://doi.org/10.30476/acrr.2021.92621.1113>.
8. Chern, T.Y., Tay, Y.K., Perera, D.S. A rare case of ascending colon adenocarcinoma incarcerated in an inguinoscrotal hernia: case report and literature review. *surg case rep* 2018; 4: 48. <https://doi.org/10.1186/s40792-018-0457-9>.
9. Slater, R., Amatya, U. Shorthouse, A.J. Colonic carcinoma presenting as strangulated inguinal hernia: report of two cases and review of the literature. *Tech Coloproctol* 2008; 12: 255-258. <https://doi.org/10.1007/s10151-008-0388-0>.
10. Kanemura, T., Takeno, A., Tamura, S. et al. Elective laparoscopic surgery for sigmoid colon carcinoma incarcerated within an inguinal hernia: report of a case. *Surg Today* 2014; 44: 1375-1379. <https://doi.org/10.1007/s00595-013-0664-8>.