

**TRATAMENTO DE HÉRNIA FEMORAL COM TROMPA ENCARCERADA: UM
RELATO DE CASO**

**TREATMENT OF FEMORAL HERNIA WITH TRAPPED FALLOPIAN TUBE: A
CASE REPORT**

**TRATAMIENTO DE LA HERNIA FEMORAL CON TROMPA DE FALOPIO
ATRAPADA: REPORTE DE UN CASO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n10-105>

Data de submissão: 09/09/2025

Data de publicação: 09/10/2025

Helen Brambila Jorge Pareja
Mestrado em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: brambila_hj@hotmail.com

Amanda Aizza Caceres
Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: amandacaceres882@gmail.com

Amanda Menezes de Melo
Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: amandamenezesak9@gmail.com

Isabela Fernandes de Oliveira
Graduanda em Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: belafernandes0@gmail.com

João Pedro Rodrigues Silva
Graduando em Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: joaopedrorodriguessilva1665@gmail.com

Augusto Cesar Mariano da Silva
Médico
Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)
Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital Regional de Presidente Prudente
E-mail: acmsmed@hotmail.com

Camila de Almeida Moraes
Médica
Instituição: Afya UNITPAC
Residente de Cirurgia Geral pelo Hospital Regional de Presidente Prudente
E-mail: camilaalmeidamoraes@hotmail.com

Dyenifer Aline Bólico

Médica

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

Residente do segundo ano de cirurgiã geral pelo Hospital Regional de Presidente Prudente

E-mail: Bolicodyenifer@gmail.com

RESUMO

Apresentação do caso: J.T., sexo feminino, 34 anos, procurou atendimento no hospital Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente com queixa de dor inguinal à esquerda, de forte intensidade, esporádica, associada à prática de atividade física e com melhora ao repouso. Exame ultrassonográfico identificou hérnia femoral à esquerda, sem definição do conteúdo herniário. A paciente foi submetida à cirurgia eletiva, sendo constatado no intraoperatório o encarceramento da trompa de Falópio. Realizou-se a redução do conteúdo herniário e herniorrafia pela técnica de Lichtenstein com colocação de tela de polipropileno. A evolução foi satisfatória, com dieta introduzida no mesmo dia da cirurgia e alta hospitalar no primeiro dia pós-operatório. Discussão: A literatura aponta a dor súbita e intensa como manifestação clínica frequente de hérnias femorais encarceradas. Contudo, a identificação pré-operatória do conteúdo herniário é limitada pelos exames de imagem, que apresentam baixa sensibilidade para estruturas ginecológicas. O diagnóstico geralmente é feito no intraoperatório. A técnica de Lichtenstein com colocação de tela sintética é considerada padrão-ouro para o tratamento cirúrgico das hérnias inguinais e femorais, proporcionando baixo índice de recidiva. O caso apresentado é relevante pela raridade do encarceramento da trompa de Falópio, especialmente em paciente jovem. Comentários finais: O encarceramento de trompa de Falópio em hérnia femoral é uma condição rara e de diagnóstico desafiador, sendo fundamental a suspeição clínica e o tratamento cirúrgico precoce para evitar complicações como necrose e infertilidade. A herniorrafia com tela permanece como método padrão de tratamento, garantindo bons resultados e prognóstico favorável.

Palavras-chave: Hérnia Femoral. Encarceramento. Trompa de Falópio.

ABSTRACT

Case Presentation: J.T., a 34-year-old woman, sought care at Santa Casa de Misericórdia Hospital in Presidente Prudente complaining of severe, sporadic left groin pain, associated with physical activity and improving with rest. Ultrasound identified a left femoral hernia, with no definition of the hernial contents. The patient underwent elective surgery, and intraoperatively, incarcerated fallopian tube was diagnosed. The hernial contents were reduced and herniorrhaphy was performed using the Lichtenstein technique with placement of a polypropylene mesh. The patient's progress was satisfactory, with diet introduced on the same day of surgery and hospital discharge on the first postoperative day. Discussion: The literature indicates sudden, intense pain as a common clinical manifestation of incarcerated femoral hernias. However, preoperative identification of hernial contents is limited by imaging tests, which have low sensitivity for gynecological structures. Diagnosis is usually made intraoperatively. The Lichtenstein technique with synthetic mesh placement is considered the gold standard for the surgical treatment of inguinal and femoral hernias, resulting in a low recurrence rate. The case presented is relevant due to the rarity of fallopian tube incarceration, especially in a young patient. Final remarks: Fallopian tube incarceration in a femoral hernia is a rare condition and challenging to diagnose. Clinical suspicion and early surgical treatment are essential to avoid complications such as necrosis and infertility. Herniorrhaphy with mesh remains the standard treatment method, ensuring good results and a favorable prognosis.

Keywords: Femoral Hernia. Incarceration. Fallopian Tube.

RESUMEN

Presentación del caso: J.T., una mujer de 34 años, consultó al Hospital Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente por dolor inguinal izquierdo intenso y esporádico, asociado con la actividad física y que mejoraba con el reposo. La ecografía identificó una hernia femoral izquierda, sin definir el contenido herniario. La paciente fue sometida a cirugía electiva y, intraoperatoriamente, se diagnosticó una trompa de Falopio encarcelada. Se redujo el contenido herniario y se realizó una herniorrafia mediante la técnica de Lichtenstein con colocación de una malla de polipropileno. La evolución de la paciente fue satisfactoria; se inició la dieta el mismo día de la cirugía y se le dio el alta hospitalaria el primer día postoperatorio. Discusión: La literatura indica que el dolor repentino e intenso es una manifestación clínica común de las hernias femorales encarceladas. Sin embargo, la identificación preoperatoria del contenido herniario se ve limitada por las pruebas de imagen, que tienen baja sensibilidad para las estructuras ginecológicas. El diagnóstico generalmente se realiza intraoperatoriamente. La técnica de Lichtenstein con colocación de malla sintética se considera el tratamiento de referencia para las hernias inguinales y femorales, con una baja tasa de recurrencia. El caso presentado es relevante debido a la rareza de la incarceración de las trompas de Falopio, especialmente en pacientes jóvenes. Observaciones finales: La incarceración de las trompas de Falopio en una hernia femoral es una afección poco frecuente y difícil de diagnosticar. La sospecha clínica y el tratamiento quirúrgico precoz son esenciales para evitar complicaciones como la necrosis y la infertilidad. La herniorrafia con malla sigue siendo el método de tratamiento estándar, garantizando buenos resultados y un pronóstico favorable.

Palabras clave: Hernia Femoral. Incarceración. Trompa de Falopio.

1 INTRODUÇÃO

Uma hérnia femoral é a protrusão do conteúdo abdominal através do anel femoral para o interior do canal femoral, o qual se localiza posterior e inferiormente ao ligamento inguinal. Esse tipo de hérnia pode conter gordura pré-peritoneal, omento, conteúdo intestinal ou outras estruturas (1). A maior prevalência de hérnias femorais se dá entre as mulheres, sendo de 8 a 10 vezes mais comum na população feminina em relação à masculina (2).

Os fatores de risco relacionados às hérnias femorais envolvem situações em que há um aumento de pressão abdominal, associadas ao enfraquecimento da parede abdominal. Nesse sentido destaca-se: idade avançada, obesidade, cirurgia ou trauma abdominal, gravidez, doenças do colágeno, tosse crônica e esforço físico excessivo (3)). Frequentemente, as hérnias femorais são confundidas com hérnias inguinais, uma vez que possuem uma tendência de movimentação para posição acima do ligamento inguinal (2).

As hérnias femorais constituem um tipo incomum de hérnia inguinal, cerca de 2 a 8% dessas (4), e se manifestam quando há um enfraquecimento do canal femoral, ocorrendo uma projeção da hérnia por meio do anel femoral. O canal femoral se localiza abaixo do ligamento inguinal e tem ligação direta com o anel femoral, o qual é delimitado pela veia femoral, ligamento inguinal, ligamento lacunar e ligamento pectíneo. Assim, em decorrência da estrutura anatômica do canal femoral, observa-se maior risco de encarceramento das hérnias femorais, sendo, geralmente, um caso de emergência (5).

Devido ao seu estreito anel femoral, essas hérnias apresentam alto risco de encarceramento e estrangulamento, com necessidade frequente de abordagem cirúrgica urgente. Podendo causar dor intensa, obstrução e risco de necrose da estrutura (6). A hérnia femoral encarcerada contendo a trompa de Falópio é uma condição excepcionalmente rara, principalmente devido à posição anatômica normal da trompa de Falópio abaixo do triângulo femoral e à ausência de qualquer ligação embriológica entre essas estruturas (7). A literatura descreve apenas 12 casos de hérnias femorais encarceradas contendo trompa de Falópio e 1 caso de diagnóstico pré-operatório dessa condição(4,8).

Os sintomas de hérnia femoral encarcerada incluem dor inguinal súbita e intensa, massa palpável, náuseas, vômitos e, em casos avançados, sinais de isquemia e necrose. Há sinais de isquemia tecidual, como alterações de coloração da pele sobre a hérnia (vermelhidão, cianose) (9). O encarceramento da trompa uterina é extremamente incomum, sendo geralmente diagnosticado apenas no intraoperatório. A suspeição clínica é fundamental, uma vez que o diagnóstico precoce e a cirurgia de urgência são essenciais para evitar complicações como a perda da trompa e a infertilidade (10).

O diagnóstico clínico da hérnia femoral é estabelecido pela presença de massa ou abaulamento na região inguinal e/ou femoral (2). Elas podem se apresentar como uma protuberância ou massa dolorosa na virilha, frequentemente abaixo do ligamento inguinal, que piora ao ficar em pé, fazer esforço, levantar ou tossir, podendo ser descrita como uma dor ou sensação de puxão ou de queimação (11).

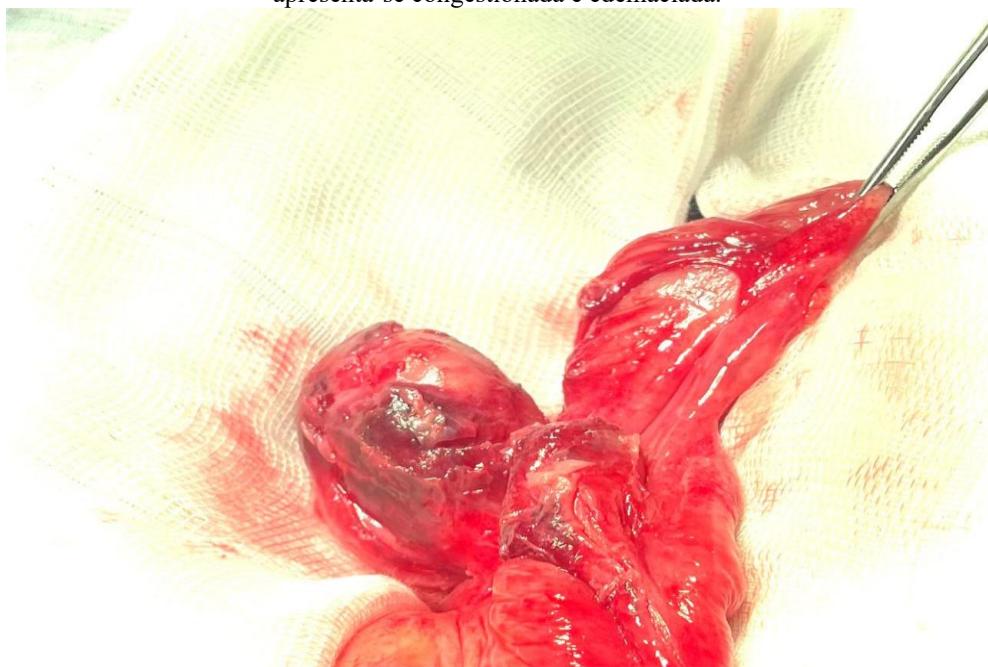
O exame físico deve ser realizado com o paciente tanto em decúbito dorsal quanto em pé, e a manobra de Valsalva é útil para diferenciar massas de tecido mole e hérnias. Exames de imagem como a ultrassonografia e a tomografia computadorizada (TC) podem ser utilizados para a confirmação do diagnóstico, uma vez que ambos possuem alto grau de sensibilidade e especificidade na detecção de hérnias femorais ou inguinais, oferecendo uma melhor avaliação principalmente em pacientes com obesidade mórbida (12). A TC oferece melhor visualização em pacientes que possam apresentar encarceramento ou estrangulamento no exame. Ademais, vale ressaltar que, apesar da laparoscopia não fazer parte do exame diagnóstico, a realização do procedimento para tratar hérnias na virilha levou ao aumento de diagnósticos intraoperatórios de hérnias femorais (13).

O tratamento é cirúrgico, e pelo fato das hérnias femorais possuírem maior risco de encarceramento ou estrangulamento comparada às demais hérnias, recomenda-se realizar o procedimento logo após o diagnóstico. A abordagem é feita a partir de uma herniorrafia, podendo ser aberta ou minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica), e consiste na dissecção e redução do saco herniário, o fechamento do defeito, seguida do posicionamento e fixação da tela sintética (14).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

J.T., sexo feminino, 34 anos, foi admitida no pronto socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente por meio de uma cirurgia ambulatorial. Paciente referiu que há alguns meses apresentou dor em região inguinal à esquerda, de forte intensidade, esporádica, associada à prática de atividade física e com melhora ao repouso. Foi realizada ultrassonografia de região inguinal, onde foi identificada a presença de uma hérnia femoral. A paciente foi submetida à cirurgia eletiva, e no intraoperatório observou-se a passagem de trompas que estavam encarceradas na região femoral. Realizou-se redução do conteúdo do saco herniário (trompas) e herniorrafia inguinal na técnica de Lichtenstein. Paciente recebeu dieta no mesmo dia da cirurgia e teve alta no primeiro dia de pós-operatório.

Figura 1. Trompa de Falópio encarcerada, retirada durante a cirurgia para correção de hérnia femoral. A trompa apresenta-se congestionada e edemaciada.



Fonte: Arquivo pessoal da equipe médica, 2025.

3 DISCUSSÃO

Apesar de as hérnias femorais apresentarem maior prevalência no sexo feminino, especialmente entre mulheres acima dos 40 anos, o presente caso se destaca por ocorrer em paciente jovem, de 34 anos, configurando um achado incomum para essa faixa etária (2).

A hérnia femoral encarcerada geralmente manifesta-se com dor súbita e intensa, assim como relatado no caso em que a paciente apresentava dor inguinal esquerda, de forte intensidade, esporádica e relacionada à prática de atividade física, com melhora ao repouso. Por outro lado, não foram observados sintomas comumente relatados, como náuseas e vômitos, nem sinais de isquemia e necrose (9).

A confirmação do diagnóstico dessa condição é estabelecida por meio de exames de imagem como a ultrassonografia e tomografia computadorizada. No caso relatado, a ultrassonografia da região inguinal identificou a presença de hérnia à esquerda, porém não permitiu determinar o conteúdo herniário. Esse achado está em consonância com a literatura, que aponta baixa sensibilidade dos exames de imagem para a identificação de estruturas ginecológicas no interior do saco herniário, sendo o diagnóstico frequentemente estabelecido apenas no intraoperatório (12).

A paciente em questão foi submetida a cirurgia eletiva, durante a qual observou-se, no intraoperatório, o encarceramento da trompa uterina através do canal femoral. De acordo com a literatura, o achado é raro, tendo sido descritos apenas 12 casos e apenas 1 com diagnóstico pré-

operatório (4,8). Realizou-se a redução do conteúdo herniário e, em seguida, herniorrafia pela técnica de Lichtenstein com colocação de tela de polipropileno, abordagem terapêutica que é considerada o padrão-ouro e o método atualmente recomendado para o tratamento de hérnias da região inguinal (14). A evolução do pós-operatório foi rápida, com a paciente recebendo dieta no mesmo dia da operação e alta no dia seguinte.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que, apesar de o encarceramento ser comum nas hérnias femorais, a presença de trompa de Falópio como conteúdo herniado é uma condição rara, que se não identificada e tratada precocemente pode evoluir com complicações graves. Portanto, o encarceramento é uma situação de urgência na qual a abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha para esses casos, tendo em vista o aumento das chances de um bom prognóstico com a intervenção cirúrgica. Nesse sentido, uma avaliação clínica detalhada, associada a realização de exames de imagem, são medidas cruciais na determinação inicial do diagnóstico e otimização do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Whalen HR, Kidd GA, O'Dwyer PJ. Femoral hernias. BMJ. 2011 Dec 8;343:d7668. doi: 10.1136/bmj.d7668. PMID: 22162501.
2. Coelho JCU, Hajar FN, Moreira GA, Hosni AVE, Saenger BF, Aguilera YSH, Costa MARD, Claus CMP. Femoral Hernia: uncommon, but associated with potentially severe complications. Arq Bras Cir Dig. 2021 Oct 15;34(2):e1603. doi: 10.1590/0102-672020210002e1603. PMID: 34669892; PMCID: PMC8521781.
3. Brasil BC, Couto BBP, Bessas CDC, Santos JA, Madeira LGM de S. Hérnia inguinal: uma revisão de literatura sobre as causas e fatores de risco, diagnóstico, tratamento, complicações e prognóstico. Rev Bras Rev Saúde. 2024;2:e68596. doi:10.34119/bjhrv7n2-006.
4. Viveiros D, Lázaro A, Carvalho H. Femoral hernia containing the right fallopian tube: a rare finding. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019;41(8):520-2. doi:10.1055/s-0039-1693055. PMID:31433818.
5. Kalayci T, Iliklerden UH, Kotan MC. Factors Affecting Morbidity, Mortality, and Recurrence in Incarcerated Femoral Hernia. J Coll Physicians Surg Pak. 2022 Feb;32(2):213-219. doi: 10.29271/jcpsp.2022.02.213. PMID: 35108794.
6. Morgan TW. Femoral hernia: an overview. Surg Clin North Am. 2018 Jun;98(3):529-544. doi:10.1016/j.suc.2018.02.007. PMID:29754638.
7. Hassine HB, Ouertani F, Boughanmi F, Touati M, Korbi I, Noomen F. Incarcerated femoral hernia containing the ipsilateral fallopian tube without ovarian involvement: a rare case report. Int J Surg Case Rep. 2025 Feb;128:111079. doi:10.1016/j.ijscr.2025.111079. PMID:40031397
8. Marcos-Santos P, Bailon-Cuadrado M, Choolani-Bhojwani E, Pacheco-Sanchez D. Femoral hernia containing the right fallopian tube: chronic pain with menstruation. Ann R Coll Surg Engl. 2019 Sep;101(7):e157–e159. doi:10.1308/rcsann.2019.0082. PMID:31155907
9. Schwartz SI, Brunicardi FC. Tratado de cirurgia: princípios básicos e prática clínica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
10. Smith R, Jones K, Williams T. Rare cases of fallopian tube entrapment in femoral hernias. Int J Surg Case Rep. 2019;62:123-126. doi:10.1016/j.ijscr.2019.07.045. PMID:31445176.
11. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munoz K. Inguinal hernias: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2020 Oct 15;102(8):487-492. PMID: 33064426.
12. Köckerling F, Koch A, Lorenz R, Reinbold W, Schug-Pass C, Hukauf M, et al. How to treat a recurrent inguinal hernia? The International Guidelines for Groin Hernia Management. Hernia. 2018 Feb;22(1):93-101. doi:10.1007/s10029-017-1668-x. PMID:28812139.
13. Maskal SM, Ellis RC, Melland-Smith M, Messer N, Phillips S, Miller BT, et al. Revisiting femoral hernia diagnosis rates by patient sex in inguinal hernia repairs. Am J Surg. 2024 Apr;230(1):21-25. doi:10.1016/j.amjsurg.2023.10.048. PMID:37914661.

14. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1-165. doi:10.1007/s10029-017-1668-x. PMID:29330835.