

Hernia inguinal directa * **

Algunos aspectos clínicos

Dr. ALBERTO VALLS ***

Hay un conjunto de enfermos, varones, portadores de hernia inguinal directa, a menudo bilateral, que se caracterizan por algunos hechos semiológicos, conectados con una hipoplasia genital, por lo que tienen una verdadera enfermedad herniaria, como lo destacara Fruchaud (3, 4).

Estos elementos, que se ponen en evidencia en un enfermo cuyas fotos se presentan (figs. 1 y 2) son:

- 1º) Una protrusión de la región pubiana, exuberante, grasosa, como correspondiendo al monte de Venus femenino.
- 2º) Debajo de esa región saliente pubiana, dos regiones escrotales algo reducidas de tamaño.
- 3º) Delante un pene, también de tamaño reducido, que sale de la región pubiana exuberante, por debajo de un surco cóncavo hacia abajo.

Este cuadro no se acompaña de insuficiencia genital, por tener hijos los enfermos. Estos pacientes tienen en su familia otros miembros portadores de hernia con la misma característica; el paciente que se presenta (C.A.S.M.U., Nº 172.633) tiene dos hermanos y un tío portadores de hernia. Tenemos 2 enfermos más a los que hemos operado, así como a sus hermanos.

ANATOMIA DE LA REGION INGUINAL DE ESTOS ENFERMOS

El peritoneo se presenta, a nivel de la fosa ilíaca interna, como un fondo de saco exuberante, del cual emana como salien-

te cónica, más o menos alargada, diverticular, el saco de la hernia directa, con una base de implantación que va desde la arteria epigástrica hasta la arteria umbilical, cuya hoz se ve y palpa muy bien por la cavidad peritoneal. Debe ser resecado (Fruchaud) todo ese peritoneo sobrante, junto con el saco.

Tejido celular subperitoneal.

En estos enfermos impresiona, al abrir el peritoneo, el aspecto de infiltración grasosa abundante del peritoneo vesical y de las fosetas inguinales que aparece de un color lechoso amarillento. Se puede apreciar, por esta cara posterior del peritoneo, el relieve marcadamente saliente y tenso de la arteria umbilical fibrosada, que permite separar la grasa del Retzius de la vejiga, como lo destacamos en un trabajo anterior (5). La grasa del Retzius forma una lámina que recubre el peritoneo de la foseta inguinal media continuando a la grasa vesical hacia afuera, pasando por delante de la arteria umbilical (que deja la vejiga por dentro, hecho muy importante), la que se puede individualizar a través de la grasa, por la palpación previa de ésta por la cavidad peritoneal, como hacemos en el acto operatorio y se extiende hacia afuera hasta la arteria epigástrica. Como se comprende, esta grasa tapiza por delante al saco herniario directo. Esta grasa tiene un aspecto motoso y está irrigada por arterias, ramas de las vesicales ascendentes, que se dirigen afuera pasando por delante de la arteria umbilical, en tramos de escalera de arriba a abajo, por lo que pueden ser ligadas y seccionadas en forma sucesiva, con lo que se desprende toda la grasa del Retzius. Es una grasa visceral genitourinaria, vinculada a la lámina de la arteria epigástrica que describe Fruchaud.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Héctor Ardao.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 25 de setiembre de 1968.

*** Profesor Adjunto de Cirugía.

Planos musculotendinosos.

El transverso está situado en la parte superior de la pared posterior de la región inguinal; es tendinoso y se continúa hacia abajo, hasta la arcada crural y el ligamento de Cooper por la fascia transversalis que se fija al borde externo del tendón del recto anterior del abdomen, y se continúa abajo como un embudo por cuya parte estrecha, por el pico del embudo, salen los vasos femorales (canal de los vasos femorales de Swijasesinow). Por la parte externa del plano infundibular sale el cordón espermático (Fruchaud). La fascia es débil por dentro en una ojiva musculomembranosa (Fruchaud) delimitada por el tendón del transverso, arriba, las fibras iliopúbicas de Thompson, abajo; el ligamento de Henle adentro y el Hesselbach afuera, delante de los vasos epigástricos. Esta lámina es vencida en dedo de guante por el saco peritoneal recubierto de la grasa del Retzius.

Fruchaud destaca muy bien que no hay un verdadero tendón conjunto, de un golpe de tijera el cirujano aparta las fibras musculares del pequeño oblicuo hacia arriba. Chifflet puso de manifiesto (1) que las fibras de pequeño oblicuo y transverso se continúan con las del otro lado, por delante del recto anterior, y están vinculadas al pubis por una lámina prerrectal, tendón conjunto. Por ese motivo el borde inferior de esos músculos está separado de la arcada crural formando el triángulo herniígeno de Essert.

Por delante está el plano del gran oblicuo con un orificio inguinal superficial amplio; el tendón del transverso es débil en muchos casos.

En estos enfermos, el triángulo herniígeno es bien marcado, por estar pequeño oblicuo y transverso altos, e infiltrados de grasa, que hay que extirpar. Las estructuras fibrosas de la fascia transversalis (Henle, Hesselbach y fibras de Thompson) están bien marcadas, encuadrando el orificio de salida de la hernia directa. El saco herniario se desliza por dentro del cordón espermático, queda vinculado a él por las aponeurosis del pequeño y gran oblicuo, de modo que aparentemente el saco está dentro del cordón, error que se corrige porque el saco se disecciona muy fácil y al final se ve entre los elementos del cordón y el saco, en la profundidad, la arteria epigástrica.

El tejido celular subcutáneo.

El tejido celular subcutáneo es abundante, continúa hacia afuera, el tejido celular de la región pubiana, del ligamento suspensor del pene, muy infiltrado, grasoso y vascularizado. Se ve un plano superficial, panículo adiposo abundante (fascia de Camper) donde corren vasos subcutáneo abdominales, que provienen de la región inguinocrural, de los femorales o safena interna. Más profundamente, se ve la estructura lamelar de la fascia de Scarpa. Muchas veces hay por debajo, hacia la aponeurosis del gran oblicuo, infiltración grasosa. Esta hipertrofia del tejido celular, con rica vascularización, constituye el primer inconveniente que encuentra el cirujano.

De modo que son hernias con panículo adiposo abundante, planos parietales musculares débiles, con hipertrofia de la grasa subperitoneal, sobre todo del Retzius, con un peritoneo malformado con hernia directa diverticular, a veces coexistente con una hernia oblicua externa. Son pues enfermos de tratamiento laborioso algunos de cuyos puntos de técnica expusieron en 1963.

A continuación se transcribe la historia clínica del enfermo del C.A.S.M.

Nº 172.633, 53 años. casado, con hijos. Dos hermanos y un tío portadores de hernia inguinal. Hace 2 años comienza con una tumefacción en región inguinal izquierda, que crece lentamente, hasta llegar al pubis. Tiene poliuria (el examen urológico realizado por el Dr. Durante es normal).

Examen (figs. 1 y 2). Paciente con región pubiana prominente, con un surco cóncavo hacia abajo, del que sale un pene pequeño; dos

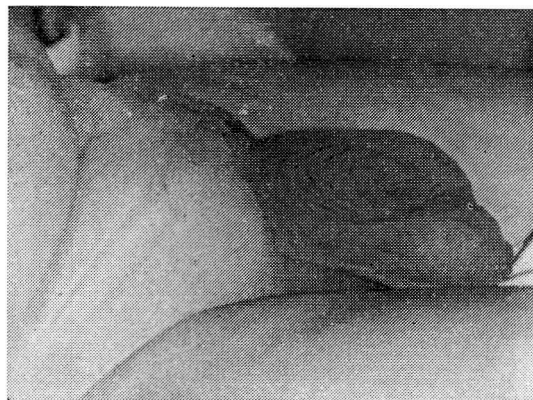


Fig. 1.

regiones escrotales algo reducidas. Presenta una tumefacción en región inguinal izquierda, que llega hasta el pubis, con impulsión a la tos, alargada de arriba a abajo y algo hacia adentro, ovoidea, de eje mayor de 7 cm., reducible, que se forma apenas se para. La palpación muestra que el saco forma cuerpo, aparentemente, con el cordón espermático. Acostado, se reduce y se comprueba orificio inguinal superficial de 3 cm., amplio. Plano del pequeño oblicuo y transverso poco desarrollado. La pared posterior es débil y se puede hundir el dedo hacia atrás. Testículos y epidídimos s/p. Tacto rectal s/p.

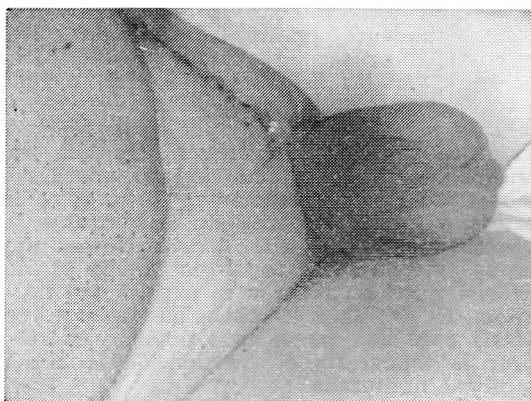


FIG. 2.

Operación (13-VI-68). Anestesia general, Dr. Recine. Dres. Valls, Rodríguez de Vecchi y Balboa. Incisión inguinal. Tejido celular abundante. Se comprueba saco herniario grueso, que llega al pubis, acolado al cordón espermático por una lámina celulosa (las fascias del oblicuo mayor y menor), cuya sección permite la separación. Se abre el gran oblicuo, que presenta un orificio inguinal superficial amplio de 5 cm. por 3. separando los pilares. Se lleva el decolamiento del saco, que es de 10 cm. por 5 cm. de diámetro, hasta la pared posterior y se comprueba que su cubierta exterior está formada por la fascia transversalis, evaginada por el saco, a partir de un anillo formado por arriba por el tendón del transverso, abajo la arcada crural y las fibras iliopúbicas de Thompson, adentro el ligamento de Henle y afuera la arteria epigástrica que separa el cordón espermático del saco. El pequeño oblicuo es poco desarrollado, alto. Se libera el cordón espermático de los cremásteres externo e interno por ligadura y sección. Se abre la fascia transversalis, evaginada, en sentido transversal. Se comprueba que el saco está recubierto por abundante grasa motosa del Retzius. Se entra al saco peritoneal por afuera, sobre la arteria epigástrica, para evitar el peligro de la vejiga. Se comprueba que tiene un anillo bien marcado, redondeado, de 5 cm. de diámetro. Por vía intraperitoneal se com-

prueba la ausencia de otros sacos. Se busca la cinta de la arteria umbilical, que se diseca separándola por vía peritoneal. La arteria queda expuesta como una cinta fibrosa oblicua abajo y afuera. Se decola la grasa de afuera a adentro, como una lámina que queda suspendida por sus pedículos transversales, de la arteria umbilical. Se ligan y seccionan éstos, reseca la grasa como lo describimos antes. Se reseca peritoneo de la fosa ilíaca interna, sobrante, junto con el saco y se sutura la brecha ovoidea con surjet de lino. Se reseca el sobrante de fascia transversalis, que se sutura en sobretodo con puntos separados de lino. Sutura del tendón del transverso a la arcada crural, quedando el cordón espermático, delgado, bien afuera. Sutura del gran oblicuo por detrás del cordón. Puntos en el celular. Lino en piel.

Postoperatorio excelente. Un mes después se opera del lado derecho.

Queremos destacar que en el tratamiento de una hernia tiene importancia, además del correcto tratamiento de la pared, el de los elementos que ofician como ariete sobre aquella, impulsados por la hipertensión abdominal. Esos elementos pueden ser:

1) Intraperitoneales: a) gran epiplón, que debe ser resecado si es excesivo o enfermo; b) visceral, que como el colon, vimos que debe ser fijado en el tratamiento de las hernias por deslizamiento.

2) Peritoneo: el saco peritoneal de la fosa ilíaca interna puede ser exuberante (es patológico, Fruchaud), debe ser resecado porque va a golpear contra la sutura parietal.

3) El tejido celular subperitoneal, semifluido a la temperatura corporal, cuyo tratamiento describimos.

4) La vejiga, de las que Delgado describió en nuestra Sociedad un caso (2) cuya fijación puede hacerse por sutura de su vaina, cuya arista es la arteria umbilical, a la hoja posterior de la vaina del recto.

RESUMEN

El autor presenta un cuadro clínico, constituido, en enfermos portadores de hernia inguinal directa por: 1) protrusión de la región pubiana; 2) un pene algo disminuido, que emerge de un surco subpubiano; 3) escroto hipoplásico, que coincide siempre con hiperplasia del tejido celular subcutáneo, debilidad de la pared posterior del canal inguinal, hernia directa diverticular e hipertrofia de la grasa del Retzius.

Se presentan, dentro de los factores que actúan como ariete sobre la pared abdominal, el tratamiento del tejido celular del Retzius y se da gran valor a la arteria umbilical.

RÉSUMÉ

L'auteur présente un tableau clinique qui, chez des malades souffrant d'une hernie inguinale directe, est constitué par: 1) la protrusion de la région pubienne; 2) un pénis légèrement diminué, qui surgit d'un sillon sub pubien; 3) un scrotum hypoplasique, coïncidant toujours avec l'hyperplasie du tissu cellulaire subcutané, une faiblesse de la paroi postérieure du canal inguinal, une hernie directe diverticulaire et l'hypertrophie de la graisse du Retzius.

On présente, parmi les facteurs qui agissent en tant que bélier sur la paroi abdominale, le traitement du tissu cellulaire du Retzius et on attache une grande importance à l'artère ombilicale.

SUMMARY

The author presents the clinical symptoms of some patients with direct inguinal hernia: 1) protrusion of the pubic region; 2) a somewhat reduced penis, emerging from a subpubic fold; 3) hypoplastic scrotum, which always coincides with hyperplasia of the subcutaneous cell tissue, weakness of the posterior wall of the inguinal canal, direct diverticular hernia and hypertrophy of the Retzius fat.

Among the factors which act in the manner of a ram on the abdominal wall, we find the treatment of the Retzius cell tissue, and great significance is attached to the umbilical artery.

BIBLIOGRAFIA

1. CHIFFLET, A. La hernia inguinal directa. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 21: 418-432, 1950.
2. DELGADO, B. Hernia vesical inguinal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 106, 1963.
3. FRUCHAUD, H. *Anatomie Chirurgicale des Hernies de l'aine*. G. Doin Cie., Paris, 1956.
4. FRUCHAUD, H. *Le Traitement chirurgical des hernies de l'aine chez l'adulte*. G. Doin Cie., Paris, 1956.

5. VALLS, A. Hernia inguinal directa. Tratamiento del tejido celular subperitoneal y el peritoneo. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 7, 1963.
6. VALLS, A. Hernias por deslizamiento del colon. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 40-46, 1965.

DISCUSION

Dr. Suiffet: Uno de los tiempos de carácter fundamental en la cirugía reparadora de la hernia inguinal directa es, además de resear el saco y restaurar la pared en la forma más adecuada posible, la exéresis de tejido celular que corresponde al espacio de Retzius. Ese tejido celular adiposo, como lo dijo el Dr. Valls, es completamente distinto dadas sus características embriológicas, anatómicas y funcionales, del tejido celular del espacio de Bogros, que se exterioriza dentro de la vaina fibrocremastérea en las hernias inguinales oblicuas externas. Este punto es fundamental, pues la exéresis de ese tejido celular permite abordar el saco y tratarlo correctamente. A veces es laborioso y puede el cirujano encontrarse un poco en duda frente a la excisión de esa zona que se exterioriza al tratar de liberar el saco y abrirlo, por el temor a la proximidad de la vejiga. El Dr. Valls ha hecho hincapié y hago énfasis para que quede más notorio, en reconocer la topografía del cordón de la arteria umbilical obliterada.

Si se trabaja en la hernia inguinal directa por dentro de este cordón, corre riesgo la vejiga. Puede ser reconocido fácilmente dentro de la grasa semifluida de esa zona.

Estamos de acuerdo en que se debe realizar la exéresis lo más amplia posible de ella, llegando hasta el borde lateral de la vejiga. Es necesario realizar con sumo cuidado la hemostasis, como ya lo dijo el Dr. Valls en otra comunicación, porque es grasa muy irrigada y puede producir hematomas que son muy serios porque decolan fácilmente el peritoneo. Hemos visto situaciones graves en el postoperatorio por hematomas voluminosos colectados en el subperitoneo.

El segundo punto al que queremos hacer mención, es algo que el autor ha tratado un poco rápido en lo que respecta a las características de la hernia inguinal directa cuando dijo: aparentemente penetra en el cordón. Hay una variedad de hernia inguinal directa que penetra dentro de los elementos que constituyen el funículo, pero tiene una topografía muy particular: no está en la vaina fibrocremastérea dentro de la cual están la vaina espermática y la diferencial, y el saco de la hernia inguinal oblicua externa, sino que está entre los dos componentes de la vaina fibrocremastérea. Está entre los haces musculares internos del cremáster y la vaina fibrosa. Cuando la hernia directa encuentra el haz interno del cremáster muy voluminoso, lo decola y separa de la fibrosa, transita entre ambos y puede llegar hasta el escroto, desmintiendo el concepto clásico de que las hernias inguinales directas no penetran en el escroto. De manera que hay que especi-

ficar que hay hernias inguinales directas, que salen desde luego por la foseta inguinal media, y que penetran entre los dos componentes de la vaina fibrocremastérea, siguiendo luego el camino de las hernias inguinales D.E.

Un tercer elemento muy importante: que no es posible tratar correctamente la hernia inguinal directa si se conserva la epigástrica. En ese sentido seguimos fielmente la técnica original de Bassini, que fue el primero que aconsejó la sección de los vasos epigástricos para poder tratar correctamente la hernia inguinal y realizar la reparación utilizando la fascia transversalis, a la cual incidía sobre una sonda acanalada del orificio inguinal profundo hasta la zona yuxtapúbica. La manera como aconseja Fruchaud de traccionar la grasa y reclinar con un separador la vaina y los vasos epigástricos hacia la línea media, es dificultosa, compleja y puede producir una complicación: el arrancamiento de las venas epigástricas que son muy gruesas y muy cortas. Por otra parte, consideramos que no tienen

ningún valor contentivo en la pared inguinal. De manera que seccionamos los vasos epigástricos y luego resecamos la grasa exuberante unificando la que corresponde al espacio de Retzius y al de Boros, para luego reparar totalmente la brecha peritoneal como si fuese el cierre del peritoneo de una laparotomía.

Este es un tema muy apasionante y destacamos el papel importante de la grasa, hecho que debe ser considerado quirúrgicamente como uno de los puntos básicos en el tratamiento de la hernia inguinal directa.

Dr. Valls: Yo agradezco las palabras del comentario del Prof. Suiffet, que resaltan más lo que nosotros dijimos. Queremos destacar que muchos de estos enfermos que los vemos clínicamente, ya sospechamos por el aspecto que tienen, que vamos a encontrarnos con ese problema: con una grasa del Retzius muy desarrollada. Este enfermo, antes de operarlo, les dijimos a los ayudantes exactamente lo que íbamos a encontrar.