

Hernias de intestino grueso

Patología y clínica.

Dr. Fabio Croci, Dr. Walter Suiffet.

Las hernias inguinales de intestino grueso constituyen una variedad poco frecuente de las mismas, interesante desde el punto de vista patológico y de discutido tratamiento quirúrgico. Los autores, basados en su experiencia personal, con 50 grandes hernias por deslizamiento operadas, analizan las características patogénicas, anátomo-patológicas, clínicas y evolutivas de las mismas.

Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguiar). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.

Les auteurs, basés dans leur expérience personnelle, de 50 grandes hernies par glissement opérées, analysent leur caractéristiques pathogéniques, anatomopathologiques, cliniques et évolutives.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hernia / Pathology.

SUMMARY: Large bowel hernia - Pathology and clinic.

Inguinal hernias of the large bowel constitute a not frequent variety of hernia, interesting from the pathological point of view and a controversial subject as to surgical treatment. Based on their personal experience, acquired through the operation of fifty large bowel sliding hernias, the authors analyze the pathogenic, anatomic-pathological, clinic and evolutive characteristics of same.

RESUME: Hernies du gros intestin. Pathologie et clinique.

Parmi les hernies de l'intestin gros, les inguinales constituent une variété peu fréquente, intéressantes du point de vue pathologique, et de traitement chirurgical discuté.

INTRODUCCION

Las hernias a contenido colónico pueden hallarse en cualquier variedad de hernia externa abdominal, aunque son por lejos mucho más frecuentes en la región inguino-crurol. Esta prevalencia se explica por razones embriológicas, anatómicas y fisiopatológicas. El intestino grueso (IG) que aparece como contenido de una hernia puede hacerlo por traslación o por deslizamiento. Estas últimas son las más interesantes del grupo y su interés radica en las dificultades que ofrece su tratamiento. Frondosa es la literatura que se ha publicado sobre el tema. El deslizamiento como mecanismo y consecuencia de un tipo especial, difícil y riesgoso de hernia, ha sido debatido, explicado, simplificado, complicado, sin lograr hasta el día de hoy una explicación general válida y una conducta terapéutica uniforme.

El objeto de la presente comunicación, basada en la experiencia de los autores, es presentar una visión completa y moderna del tema, insistiendo en su patogenia con un concepto básico diferente y en sus aspectos anátomo-clínicos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de noviembre de 1983.

Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica y Prof. Emérito de Cirugía.

Dirección: Yaguarón 1581/302 (Dr. F. Croci).

HISTORIA: (7, 9, 54, 72, 79, 81, 85) La presencia de IG en el contenido herniario en la región inguinal y umbilical, seguramente fue reconocida siglos antes de la era cristiana. Galeno, en el siglo II aC., reconoció la hernia por deslizamiento (HPD). Las primeras contribuciones modernas se atribuyen a Rousselus (1559), Geiger (1631) y Spiegel (1645). Durante todo el período comprendido entre los siglos XVI y XVIII existió gran confusión respecto al tema. Arnaud de Ronsil (1732) describió la HPD de ciego. Se consideró que estas hernias a derecha no tenían saco peritoneal (Otto, Chopart), hecho que perduró durante muchos años. En 1783 Pott describió la HPD en su Tratado de Hernias. En 1809 Scarpa describe a la perfección el deslizamiento visceral, con fundamento anatómico para el lado derecho y reaccionó contra la descripción de hernias sin saco. Posteriormente, Pelletan (1810), Hesselbach (1816) y Cloquet (1819) realizan una interpretación idéntica. Lawrence (1838) describió la primera hernia sin saco real. Liston (1838) y Cooper (1839) estudiaron la etiología de este tipo de hernia.

En 1887 Boiffin crea la terminología de "hernia por deslizamiento" que persiste hasta nuestros días. En niños la primer cita de deslizamiento sería de David⁽¹³⁾ en 1923. En nuestro medio deben citarse los trabajos de Ríos Bruno⁽⁵⁷⁾, Valls⁽⁷⁷⁾, Gilardoni⁽²⁰⁾, Venturino⁽⁷⁸⁾ y Guicheff⁽²⁶⁾.

DEFINICION Y CONCEPTO: Se entiende por "hernias de intestino grueso" (HIG) aquellas en las cuales el contenido de una hernia externa abdominal es una porción del mismo, sea exclusivamente o compartiendo ese habitaculo con otras vísceras, e independientemente del mecanismo patogénico que determinó su presencia en la misma.

En esta definición deben distinguirse varios aspectos:

- 1) Tipo de Hernia: El IG puede observarse con frecuencia muy variable en cualquier hernia abdominal externa. Por lejos es más frecuente en las inguinales, las que son el objeto de este trabajo. Le siguen en frecuencia las crurales.
- 2) Sector Colónico: Cualquier sector del IG, excepto el recto, puede ser encontrado en una hernia inguinal. Los más frecuentes son el sigmoide y el ceco-ascendente. Junto con este último se vincula el apéndice y la última asa ileal. El deslizamiento puro del apéndice no sería tan raro^(12, 60).
- 3) Topografía del Colon: La división anatómica de la cavidad abdominal y del colon, no es respetada por las hernias; así

puede verse ciego en hernias izquierdas^(19, 59, 72, 79, 81) y el sigmoide en hernias derechas. Habrá pues colon ortotópico y heterotópico.

- 4) Vinculación del Colon al Saco: El colon con respecto al saco herniario puede presentarse de alguna de las 3 formas siguientes: libre, deslizado, adherido.

La anatomía del colon es diferente a derecha y a izquierda. Ello explica los diferentes hallazgos y a su vez existen variantes:

Colon Izquierdo - Sigmoide: Se describen 3 tipos anatómicos^(25, 59) determinados fundamentalmente por las características del meso y especialmente su longitud y acolamiento:

- a) Meso largo: Sigmoide redundante - Disposición fundamentalmente abdominal - Colon básicamente trasladado en las hernias.
- b) Meso mediano: Sigmoide abdómino-pélvico - Disposición intermedia - Colon trasladado o deslizado.
- c) Meso corto: Sigmoide corto - Disposición fundamentalmente pelviana - Colon básicamente deslizado en las hernias. En situaciones extremas es el colon deslizado sin saco.

Ceco-ascendente: La disposición depende fundamentalmente de 2 factores: topografía cecal (alta, normal, baja, heterotópica) y acolamiento mesial. El ciego alto excepcionalmente es contenido de una hernia inguinal o crural. El ciego no acolado y bajo es más fácilmente trasladable que deslizable. El apéndice y la última asa ileal participan en grado variable en este proceso, estando supeditados en su anatomía patológica a las características descriptas del ciego.

PATOGENIA: Deben distinguirse 4 situaciones diferentes:

- 1) TRASLACION: El colon puede aparecer en una hernia como cualquier otra víscera, en cuyo caso se trata de las HIG llamadas "simples"^(59, 79). Nada diferencia este tipo de hernias de otras excepto su contenido. Este IG siempre es móvil y provisto de un largo meso y se denomina trasladado. Así puede verse ciego, sigmoide y aún colon transversal. Puede asociarse la visceroptosis de Glenard, fenómeno que favorecería este tipo de hernias. El IG trasladado puede secundariamente deslizar sectores proximales de intestino. Este fenómeno usualmente compromete al meso y el proceso se detiene a nivel del cuello del saco, siendo asimilable el mecanismo de báscula. El sector de IG puede llegar al saco

espontáneamente (hernias "primarias") o traccionado por adherencias con el delgado o epiplón (hernias "secundarias").

- 2) **ADHESION:** Este IG puede adherirse por bridas firmes y cortas, de origen inflamatorio, muy diferentes a las adherencias carnosas naturales de Scarpa⁽⁶⁶⁾, de origen mesial, aún cuando este fenómeno secundario no es tan frecuente en el IG trasladado. Se observan más a menudo en el sigmoide y a menudo corresponden a bridas de los apéndices epiploicos. En esta situación se produce un amarre secundario del IG al saco, que a veces es malinterpretado como un deslizamiento o como un acolamiento secundario. Este proceso es más frecuente en los deslizamientos pequeños y especialmente en las etapas intermedias del proceso. En el ciego heterotópico son muy frecuentes⁽¹⁹⁾.
- 3) **DESLIZAMIENTO:** Un primer concepto es básico: Se trata de una afección coloparietal y no peritoneoparietal como en los demás tipos de hernia. Pero, la patogenia del proceso sigue siendo discutida y discutible. Existen 2 hechos fundamentales que aceptan todos los autores: (1) La proximidad de un sector del IG con el orificio inguinal profundo (OIP) o con el infundíbulo crural. (2) La presencia de un divertículo peritoneal congénito. La existencia del saco es previa a la aparición de la hernia, pero, este saco se desarrolla tardíamente y la HPD ocurre en una variedad adquirida de hernia indirecta, sin disociación de los elementos de funículo^(70a). Las teorías para explicar el fenómeno se pueden dividir en 2 grupos: (1) Embriologistas, (2) Mecanicistas. Las teorías embriologistas parten de un conjunto de hechos ontogénicos conocidos (rotación del intestino primitivo, acolamientos secundarios, descenso testicular, etc.) para explicar la aparición del deslizamiento^(39, 40, 66, 72, 74, 79). El deslizamiento para éstos es un fatalismo vinculado a la embriogénesis. Prácticamente son insostenibles en el momento actual como causa única. Las teorías mecanicistas parten de una predisposición, son oportunistas: si ésta está presente, el deslizamiento puede ocurrir. Estas hipótesis han persistido hasta el momento actual. Interesa destacar el mecanismo de Savariaud⁽⁶⁴⁾ y Pascal⁽⁶⁵⁾, quienes entienden que estas HPD se desarrollan a expensas del desdoblamiento de las hojas del mesocolon, hipótesis posteriormente defendida por Brown^(4, 5) y

Schena⁽⁶⁷⁾. La teoría mecanicista se resume diciendo: "un infundíbulo peritoneal frente a un anillo herniario, crece al influjo de la tensión intraabdominal y a expensas del deslizamiento del peritoneo que se desplaza sobre el plano resbaladizo del tejido celular subperitoneal"⁽²⁰⁾. Según Giuseffi y Mc Swain⁽²²⁾ las probabilidades que presentan estos órganos de ser incorporados al saco de una hernia inguinal dependen de: a) su grado de fijeza posterior, b) su proximidad al anillo herniario, c) de las dimensiones de este último. Moschowitz⁽⁵¹⁾ propuso la existencia de 2 fuerzas diferentes para determinar el deslizamiento: a) tracción, b) empuje. Esta hipótesis que emplea fuerzas tangenciales ha sido muy discutida porque clásicamente se dice que en el abdomen espontáneamente nunca actúan fuerzas de este tipo. Watson⁽⁸¹⁾ resume las diferentes situaciones del colon en una hernia de acuerdo a 5 factores patogénicos básicos: a) Deslizamiento, b) Ptois, c) Descenso, d) Basculación, e) Desperitonización. En 1904, Rochard⁽⁵⁹⁾ se preguntaba que era lo primario del deslizamiento: si el tejido subperitoneal o el colon, y concluía ignorando la respuesta. ¿Cómo llega a partir de esta predisposición el colon a deslizarse? El colon libre, redundante, que se traslada, se puede adherir, pero no se desliza. La tracción que ejerce sobre su meso le impide deslizarse. Por lo tanto, es necesario que el IG para deslizarse se encuentre previamente fijo. Esto usualmente no ocurre con el sigmoide y con el ciego. Esta patología se origina en la transición fijo-libre, del colon a derecha y a izquierda. Este es un punto clave para comprender la mayoría de los deslizamientos y sirve asimismo para aclarar un hecho "aparentemente inexplicable" para los anatomistas, no así para los cirujanos: la hernia asacular (de las cuales hemos observado 2 a izquierda). Esta zona de transición es la que está cerca del orificio herniario. Este hecho no ha sido consignado en la parte de la frondosa literatura que se ha escrito sobre el tema, que hemos podido revisar, excepto por una idea al pasar de Moschowitz⁽⁵¹⁾ cuando se refiere a las ventajas de una incisión secundaria abdominal en la reparación de los grandes deslizamientos de sigmoides. Una vez iniciado el proceso, y siguiendo los principios de "eversión mecánica"^(4, 5, 64, 65), se produce una eversión en dedo de guante del meso libre que progresa en sentido céfalo-caudal del mismo. En la

zona de conflicto de coalescencias es donde el meso libre es más corto. A este nivel, por mecanismos de rolamiento peritoneal, secundario al ariete del colon en su transición, sobre el tejido celular subperitoneal, se inicia el deslizamiento que siempre es primero visceral y luego mesial, a la inversa de todo lo postulado hasta ahora. Si el saco congénito es pequeño, como ocurre generalmente, la cabeza del deslizamiento asoma a través del OIP y en su recorrido descendente oblicuo lleva hacia arriba y adentro al mismo, puesto que el peritoneo parietal anterior a este nivel está relativamente fijo. Así se pueden producir las hernias sin saco izquierdas. A derecha sólo de pueden producir en ciegos previamente fijos (7-8% de los casos según Treves, 10% según Jonnesco). Este concepto tiene una gran importancia terapéutica y valida la idea de todos aquellos que abogaron por el abordaje abdominal del proceso.

- 4) **BASCULACION:** La hernia "por báscula" o "en mecedora" es una variedad excepcional del HPD, donde existe una traslación inicial de un segmento y el deslizamiento posterior de un sector proximal de IG que es arrastrado. Fueron descritas primariamente por Blandin, Nelaton y Scarpa, pero fue Tuffier⁽⁷⁴⁾ quien las comprendió cabalmente y difundió. La báscula puede hacerse siguiendo un eje longitudinal o un eje transversal. El IG secundariamente deslizado queda dispuesto en situación anatómica invertida. Por encima de este sector aparece el peritoneo, lo que hace que estas hernias siempre tengan saco, aunque de tipo "incompleto"⁽⁵⁹⁾.

CLASIFICACION: Existen múltiples clasificaciones clásicas y modernas sobre las HIG^(2 7 9, 40, 49, 51, 54, 79, 80, 81). Para comprender los diferentes tipos descritos hay que tener en cuenta factores embriológicos, anatómicos y evolutivos. Estos últimos son muy importantes porque el deslizamiento es un fenómeno progresivo, que pasa por diferentes etapas. Con un criterio que intenta comprender todos los aspectos enumerados, proponemos dividir a las HIG en diferentes ítems según las características anatómo-clínicas del proceso (Cuadro I). En el mismo se han subrayado las formas más importantes de cada ítem. La terminología de los diferentes tipos de deslizamiento ha variado según los autores. Así Carnett⁽⁹⁾ describe 3 modalidades:

intrasacular, extrasacular o parasacular y asacular. Walton⁽⁷⁹⁾ llama hernia extrasacular a todo tipo de HPD, distinguiendo forma congénitas y adquiridas. Rochard⁽⁵⁹⁾ habla de HPD con saco completo, con saco incompleto y sin saco. Burton y Blotner⁽⁷⁾ utilizan la clasificación de Carnett. Ryan⁽⁶³⁾ y Moretz⁽⁴⁹⁾ distinguen también 3 formas de HPD: intrasacular (forma rara donde sólo el meso está deslizado), extrasacular (donde todo está fuera del saco, lo que es bastante infrecuente) y parasacular (intramural, que representa el 95% de los casos). Ponka⁽⁵⁴⁾ habla de formas visceroparietales; visceromesentéricas y extraperitoneales, refiriéndolas al tipo de hernia y a la viscera deslizada. Gilardoni⁽²⁰⁾ distingue formas iniciales y variedades desarrolladas.

Cuadro I
Hernias de intestino grueso
Clasificación

- (I) Según la situación del Colon respecto al Saco:
 - (1) Trasladado o Hernia Simple
 - (2) Adherido Formas Peritoneomesiales o Iniciales
 - (3) Deslizado Formas Mesoviscerales o Desarrolladas Formas sin Saco Aparente
 - (4) Hernia invertida o en Báscula
- (II) Según el tipo de Hernia:
 - (1) Inguinal
 - (2) Crural
 - (3) Otras
- (III) Según variedad de Hernia Inguinal:
 - (1) Indirecta
 - (2) Directa
- (IV) Según el Contenido:
 - (1) Hernias Puras de Colon
 - (2) Hernias de Contenido Combinado
- (V) Según el Sector Colónico Comprometido:
 - (1) Apéndice Cecal Aislado
 - (2) Ceco - Ascendente
 - (3) Sigmoide
 - (4) Colon Transverso
 - (5) Otros Sectores
- (VI) Según la Relación del Lado del Contenido:
 - (1) Ortotópico
 - (2) Heterotópico

ANATOMIA PATOLOGICA: Se deberán distinguir 3 situaciones distintas:

- 1) **Hernia Simple:** En nada se diferencia de las hernias de otro contenido excepto por la presencia de IG en alguno de sus sectores en el saco. En general se ve en hernias inguinales con mucho más frecuencia que en las crurales y dentro de las inguinales en la variedad indirecta, aunque el sigmoide puede encontrarse en ocasiones en hernias directas izquierdas. Siempre se trata de una hernia con un gran saco.
- 2) **Hernia Adherida:** En 1790 Petit insistía en la frecuencia de las adherencias del colon, secundarias a la presencia del mismo en la hernia, de origen inflamatorio. Son adherencias fibrosas, cortas y firmes, que unen cualquier sector de la viscera a cualquiera del saco. Son frecuentes en el colon izquierdo, a menudo originadas en los apéndices epiploicos o en el meso. En el ciego a izquierda son también frecuentes^(19, 79).
- 3) **Hernia por Deslizamiento:** En este tipo se considerarán varios aspectos de importancia anatómo-patológica:

Contenido: Varios hechos a remarcar:

Cualquier sector del IG, excepto el recto, puede estar contenido en cualquier hernia inguinal o crural.

El contenido puede ser víscero-mesentérico, visceral puro o mesial puro.

La viscera puede estar adherida a las paredes del saco.

Puede no demostrarse la presencia de saco.

Pueden deslizarse elementos retroperitoneales conjuntamente con el complejo víscero-mesial.

El ciego deslizado fue estudiado por Lawrence, Hilldebrand, Walton⁽⁷⁹⁾, Treves⁽⁷²⁾, Scarpa⁽⁶⁶⁾, Carnett⁽⁹⁾, David⁽¹³⁾ y Mair⁽⁴⁶⁾. El ciego a izquierda por Gibbon⁽¹⁹⁾ y Hornsey⁽²⁸⁾. Los deslizamientos dobles por Morestin^(48, 49), Ryan⁽⁶³⁾, Barrow⁽¹⁾, Burton⁽⁷⁾ y Ponka^(53, 54). El intestino delgado asociado por Gerster⁽⁵¹⁾, Morestin⁽⁴⁸⁾, Schena⁽⁶⁷⁾ y Williams⁽⁸⁶⁾. El deslizamiento aislado del mesocolon fue descrito en nuestro medio por Gilardoni y Priario⁽²¹⁾.

Características del Saco: Existe una discordancia muy clara entre el tamaño aparente y el real del saco. Siempre se trata de un saco muy grande en su apariencia en los deslizamientos desarrollados, pero una vez "reducido" el proceso, se observa que el remanente, el saco real, generalmente es pequeño. No es la intención de este trabajo discutir la causa del agrandamiento de un divertículo peritoneal congénito (crecimiento,

distensión o incorporación parietal) pero evidentemente la incorporación del meso al saco no puede ser considerada "sensu stricto" como un crecimiento real del saco. Mas, dejando de lado estas consideraciones, el saco aparente es en general voluminoso y de paredes engrosadas. En los casos desarrollados, la hoja interna del meso y el asa cólica forman el sector posterior y externo del "saco", para el sigmoide. En las variedades iniciales, el colon y su meso, o sólo el mesocolon, constituyen una parte de la pared posterior. El cuello del saco es en general muy amplio.

Características del meso: Todo hace suponer que el mesocolon de las HPD debe ser largo, en lo cual pusieron énfasis la mayoría de los trabajos clásicos sobre el tema. Sin embargo, un número no desdeñable de casos presentan un meso de longitud normal o aún menor, como lo hemos podido evidenciar en nuestros enfermos. Lo cierto es que cuanto más corto sea el meso más rápido se completa el deslizamiento. De las 2 hojas del meso, la que está involucrada primariamente en el deslizamiento es la lateral, que se desprende, mientras la interna, a la cual quedan adheridos los vasos cólicos, participa sólo secundariamente, siendo el último elemento que entra en el complejo del deslizamiento.

Orificio Inguinal Profundo: Este aspecto tiene singular importancia en la consideración de estas hernias. Siempre se trata de un OIP de grandes dimensiones y de marcada flaccidez en esta modalidad herniaria. Sin embargo, este OIP no es grande en su inicio, sino que se va dilatando a medida que se desarrolla la hernia. La dilatación progresiva está determinada mecánicamente por la presencia del ariete colónico. Una vez instalado el deslizamiento la presencia del asa cólica distiende aún más al OIP. En estas formas totalmente constituidas el OIP suele medir entre 4 y 8 cm y en casos excepcionales llegar hasta 12 cm.

Pared Posterior del Trayecto Inguinal: En los deslizamientos iniciales y pequeños la alteración músculo-facial nunca es excesiva. En las formas constituidas, la dilatación tremenda del OIP engloba la zona del triángulo de Hesselbach, distendiéndola y desplazándola hacia adentro y adelante.

Otros elementos:

Vasos Cólicos: Lo más importante a considerar es la relación anatómica de los vasos mesiales con el funículo y sus componentes. Siempre existe una vinculación íntima y riesgosa entre ellos en el deslizamiento constituido. Para muchos autores^(20, 21, 22, 49, 54, 80) Se trata de una vinculación celulosa fácil-

mente disecable, pero para otros esto es prácticamente imposible. En nuestra experiencia es fácil separarlos en casi todos los casos, aunque raramente estas adherencias pueden ser firmes y difíciles de disecar por vía inferior.

Deslizamiento Retroperitoneal: Junto con el colon y su meso pueden deslizarse elementos retroperitoneales y fundamentalmente el uréter que aparece como un asa por detrás del colon^(18, 20, 21, 52). Pese a su excepcionalidad siempre debe tenerse en cuenta esta posibilidad. El uréter puede ser arrastrado por el peritoneo parietal posterior y/o la hoja interna del meso, porque transcurre en una vaina adherido al mismo. Tuffier⁽⁷⁴⁾ ha insistido clásicamente en la nefropatosis asociada a las HPD del ciego.

FRECUENCIA: Es muy difícil determinar la real incidencia del contenido colónico en las hernias inguinales y crurales. La mayoría de las series sólo se refieren a deslizamiento. Burton y Blotner⁽⁷⁾ en 1942 encuentran en 2.614 hernias operadas, 68 con contenido colónico (2.6%), de las cuales 14 eran hernias simples y 54 deslizadas. En la experiencia personal de los autores, el deslizamiento es mucho más frecuente que la traslación. Según el criterio clásico la presencia del IG es mucho más frecuente en las hernias inguinales que en las crurales. Sin embargo, analizando series (Cuadro II) los autores no encuentran esta diferencia tan marcada. Walton⁽⁷⁹⁾ a propósito de las hernias del ciego, encuentra 164 inguinales y 21 crurales. La incidencia del deslizamiento también es muy difícil de estimar variando según la serie considerada, la edad de la población y los criterios del autor^(1, 2, 7, 53, 63, 69, 85) (Cuadro III). En niños su incidencia sería muy baja y adquiriría características propias. Gans⁽¹⁷⁾ en 1959 dice que en varones son escasísimas pero en niñas son muy frecuentes (21%) aunque casi siempre lo deslizado son los anexos. En el adulto las HPD son muy raras en el sexo femenino (no hemos visto ninguna). Ryan⁽⁶³⁾ no encuentra ningún caso en 318 observaciones. Sin embargo, Prieto⁽⁵⁵⁾ encuentra en 30 HPD un 10% de mujeres siendo la única cita de este tipo. Es una variedad de hernia casi patognomónica del sexo masculino y del sujeto añoso (a partir de la 5ª década de la vida). En cuanto a la topografía son francamente más frecuentes a izquierda que a derecha, con una razón de 4.5:1 según Moretz⁽⁴⁹⁾. La bilateralidad del deslizamiento es excepcional (Cuadro IV). Ponka⁽⁵³⁾ en 1966 revisando la casuística previa encuentra sólo 11 casos bilaterales en casi 11.000 HPD operadas. La posición heterotó-

pica para el ciego a izquierda según Carnett⁽⁹⁾ corresponde a 1/6 de los casos. Ryan⁽⁶³⁾ afirma que la obesidad es más común en este tipo de hernia y esta diferencia sería más notable en las HPD izquierdas que en las derechas, hecho que no hemos podido comprobar.

Cuadro II

Frecuencia Hernias de Intestino Grueso

(I) Hernias Inguinales:	
Total Hernias	= 1.257
Contenido Colónico	54 (4.30%)
Deslizamiento	= 49 (90.74%)
• Derechas	4
• Izquierdas	42
• Recidivas Izquierdas	3
(II) Hernias Crurales:	
Total Hernias	193
Contenido Colónico	= 7 (3.63%)
• Apéndice	2
• Ciego	3
• Sigmoide	2
Deslizamiento	= 4 (55.56%)

Cuadro III

Frecuencia Deslizamiento

Autor	Año	Frecuencia
Bevan	1930	1%
Burton-Blotner	1942	2%
Williams	1947	1.5%
Barrow	1954	0.2%
Ryan	1956	6.7%
Ponka	1966	7%
Zavaleta	1977	3%

Cuadro IV

Hernias por Deslizamiento Bilaterales

Frecuencia

Autor	Nº Casos	Bilateral	%
Burton-Blotner	2.614	2	0.08
Ryan	7.000	8	0.01
Barrow	1.000	1	0.10
Ponka	224	1	0.45

Cuadro V

Hernias por Deslizamiento Recidivas

Autor	Año	Nº Casos	Recidivas	%	Operación
Burton - Blotner	1942	64	3	6.90	Inguinal
Hagan - Rhoads	1953	15	8	53.33	Variable
Sensenig - Hichols	1955	53	7	13.00	Inguinal
Ryan	1956	313	4	1.27	Inguinal
Estes	1960	36	1	2.78	Inguinal
Redo	1960	48	3	6.00	Variable
Rush	1961	15	2	13.30	Ing. Abd.
Maingot	1961	60	0	0.00	Inguinal
Moretz	1967	35	1	2.86	Variable
Ponka	1980	350	7	2.00	Inguinal

CLINICA: Un hecho no puede ser controvertido: el deslizamiento sólo puede ser presumido, pero no la presencia del IG en una hernia que puede ser determinada por la clínica. Como dice Ponka⁽⁵⁴⁾, el deslizamiento debe sospecharse en "todo paciente añoso, obeso, con una hernia de larga evolución, que sea reductible pero reaparezca de inmediato". Determinados hechos clínicos deben ser tenidos en cuenta en la consideración de esta situación, a los cuales agrupamos en 3 órdenes de datos semiológicos:

- 1) Datos del Contenido Colónico: a) Palpación del apéndice cecal^(12, 79), b) Palpación de apéndices epiploicos, c) Palpación de divertículos con fecalitos, d) Palpación de una masa pastosa que deja godet, e) Palpación de bolsas y abollonaduras, f) Crepitación nívea. Como dato semiológico clásico, hoy en desuso, debe recordarse la utilización de la inyección de agua o aire por el recto. De este modo se aumentaba el volumen de la hernia, sobre todo en las hernias de sigmoide. Según Perier⁽⁵⁹⁾ la tumoración se vuelve mate si se usa agua y más sonora y distendida si se emplea aire.
- 2) Datos de Sospecha de Contenido Colónico: a) Cuadros dolorosos cólicos intensos, iterativos, que mejoran con el decúbito⁽⁵⁹⁾, b) Cuadros suboclusivos^(49, 59, 63), c) Constipación prolongada, con o sin debacles diarreicas⁽⁵⁹⁾, sobre todo en hernias crurales, d) Reducción parcial^(20, 49, 59, 77, 79, 85) o irreductibilidad (otros sostienen que este elemento nunca existe), e) OIP muy grande⁽⁷⁹⁾, f) Dilatación de ambos orificios⁽⁷⁾, g) Pérdida de la oblicuidad del trayecto inguinal⁽⁷⁾, h) Sensa-

ción abultada del contenido del saco⁽⁸⁵⁾, i) Reparación inmediata luego de la reducción^(54, 69), j) Mala tolerancia al braguero⁽²⁴⁾, k) Disminución del volumen herniario luego de la defecación⁽⁵⁹⁾, l) Si se trata de una hernia bilateral, si se opera una y se encuentra un deslizamiento, el mismo proceso debe sospecharse en la otra⁽¹⁾, m) Síntomas urinarios asociados por compresión del uréter (hematuria, hidronefrosis)^(8, 20).

- 3) Datos de Sospecha de Deslizamiento: Son discutidos y nada en la clínica es concluyente. En general se plantean elementos similares a los del ítem anterior. Este proceso se ve en sujetos de sexo masculino, añosos, en general obesos o con tendencia a la obesidad, con hernias inguinales de muy larga evolución (8 a 12 años de promedio), parcialmente irreductibles, con reproducción inmediata, ocasionalmente con historia de sufrimiento colónico periódico (descartar hernia sintomática) y rara vez con signos palpatorios de colon.

Las complicaciones de tipo mecánico no son frecuentes en esta modalidad de hernia, aunque en las hernias crurales la estrangulación ocurriría con alguna frecuencia.

RADIOLOGIA: Debe emplearse toda vez que la semiología haga sospechar la presencia de IG en la hernia. Es una ayuda valiosa para hacer diagnóstico de contenido colónico, pero no sirve para negar ni afirmar el deslizamiento. El colon por enema determina a la vez la posición heterotópica del IG

móvil trasladado en las hernias inguinales y crurales. Debe efectuarse de pie y con enfoques de perfil y en oblicuas, de lo contrario carece de valor. Es necesario estudiar el colon en totalidad (inclusive con doble contraste) porque los síntomas funcionales pueden ser debidos a una patología colónica orgánica extraherniaria. La herniografía con aire o sustancias yodadas no se emplea en general con este diagnóstico. Finalmente, en casos seleccionados, no debe omitirse el estudio del paciente con urografía de excreción⁽⁷³⁾ y uretrocistografía retrógrada, por la posibilidad de deslizamiento vesical concomitante.

DIAGNOSTICO: Este es sólo presuntivo en general y se realiza de modo preoperatorio en muy pocos casos del total. En la serie del Henry Ford Hospital⁽⁵⁴⁾ sobre 350 casos sólo en 14 se realizó el diagnóstico preoperatorio. Es una entidad que debe tenerse siempre en la mente porque ello obliga a adoptar 2 posiciones válidas: a) Conocer esta patología y su correcta resolución, b) No sorprenderse frente a su hallazgo y no confundir las distintas modalidades de las HIG, lo que evita errores intraoperatorios y morbilidad postoperatoria. Es obligatorio pensar en la posibilidad de contenido colónico en una hernia inguinal y buscarlo semiológicamente para luego confirmarlo mediante la radiología contrastada.

RESULTADOS - COMPLICACIONES Y RECIDIVAS: Los clásicos^(9, 59, 79) insistieron en que las recurrencias luego del tratamiento quirúrgico de las HPD eran muy frecuentes. La mayoría de los autores empleaban la vía inguinal exclusivamente. Loockwood dijo que estos casos de deslizamiento "son formidables" y "la prudencia dicta que deberían ser evitados". Rankin en 1911 llegó a afirmar que "las grandes hernias son inoperables". El

empleo de la vía inguinal exclusiva obligó a técnicas heroicas como la colectomía del colon emergente preconizada por Gouillard⁽²³⁾, Demel⁽¹⁴⁾ en 1922, sobre 501 casos encontró un 2.8% de mortalidad postoperatoria, pero en su serie existen varias resecciones de intestino. Los autores clásicos insistían también en la frecuencia con que estas HPD se complicaban (estrangulación), lo que ha sido descartado por los trabajos modernos⁽⁵⁴⁾. Estas HPD se complican poco mecánicamente y es muy difícil que el IG se estrangule. Lo que sí pueden presentar son complicaciones viscerales intraherniarias (apendicitis, sigmoiditis, diverticulitis) como se ha destacado⁽³¹⁻⁸¹⁾. Clásicamente también se dijo que estas HPD tenían un índice mucho mayor de recidivas que las hernias simples. Moretz⁽⁴⁹⁾ en 1967 opina que los resultados de esta cirugía deben ser muy pobres. En el Cuadro V se resumen los resultados de diferentes series^(7, 15, 27, 45, 49, 54, 61, 63, 68), relacionándolas con la vía de abordaje. El índice de recidivas es muy variable, pero existe una clara tendencia general a considerar una incidencia elevada de las mismas. El seguimiento de estas series es corto en general (5 años a lo sumo) y escaso (bajo porcentaje), lo que dificulta sobremanera la valoración de los resultados del tratamiento quirúrgico de esta patología. En la experiencia personal de los autores sólo se ha visto una recidiva en 50 grandes deslizamientos, pero el seguimiento de muchos casos no se ha podido realizar correctamente lo que impide extraer conclusiones. Finalmente, se ha dicho que las recidivas de estas HPD se vuelven mucho más difíciles de tratar; nosotros hemos reparado 3 casos a izquierda sin mayores dificultades.

BIBLIOGRAFIA. Conjunta con el trabajo de los mismos autores: *Hernia de colon. Táctica quirúrgica.*