

Hernias de colon

Táctica quirúrgica

Dr. Walter Suiffet, Dr. Fabio Croci.

Se analizan los diversos problemas que se presentan en el tratamiento quirúrgico de las hernias de colon, especificándose en particular los riesgos inherentes a esta variedad. La agresión visceral y la agresión vascular son los factores más importantes de complicaciones de esta cirugía.

La metodología quirúrgica es analizada en cada tiempo de la intervención, analizándose los distintos aspectos de cada uno de ellos. Las vías de abordaje de esta variedad de hernia son tres: inguinal; abdominal e inguino-abdominal. Las distintas técnicas son descritas en detalle, así como las maniobras auxiliares que pueden realizarse. Se indican las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, inclinándose los autores por la utilización de la vía inguino-abdominal en las hernias voluminosas y la vía inguinal, en las hernias pequeñas. La experiencia personal de los autores asciende a cincuenta casos operados por vía inguino-abdominal, indicándose las distintas características de ellos.

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

The ways of approach to this hernia are three, namely: inguinal, abdominal and inguino-abdominal. Described in detail are the different techniques and also the auxiliary procedures that may accompany same, with indication of advantages and inconveniences of each of them, authors favouring the inguino-abdominal via, in big hernias and the inguinal via in small hernias.

The personal experience of authors consists in fifty cases operated by the inguino-abdominal via, indication of the different characteristics of same included.

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

SUMMARY: Colon hernias - Surgical tactics.

Analysis of the different problems of the surgical treatment of colon hernias, with specific mention of the risks implied in this variety. Visceral aggression and vascular aggression are the most important factors causing complications in this surgery.

The surgical methodology related to every stage of the intervention and every aspect in same are analyzed.

RÉSUMÉ: Hernies de colon. Tactique chirurgicale.

On fait l'analyse des différents problèmes qui se présentent dans le traitement chirurgical des hernies du côlon, en spécifiant particulièrement les risques inhérents de cette variété.

L'agression viscérale et vasculaire sont les facteurs les plus importants comme source de complications de cette chirurgie.

La méthodologie chirurgicale est analysée dans chaque temps de l'intervention dans ses différents aspects. Il y a trois voies pour aborder cette variété d'hernies: inguinale, abdominale et inguino-abdominale. Les différents techniques sont décrites en détail, ainsi que les manoeuvres auxiliaires que l'on peut effectuer. On analyse leurs avantages et leurs inconvénients. Les auteurs montrent leur préférence pour la voie inguino-abdominale dans le cas d'hernies volumineuses et pour la voie inguinale dans les petites hernies. Les auteurs ont une expérience personnelle de 50 cas opérés par voie inguino-abdominale; ils remarquent leurs différentes caractéristiques.

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

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

Dirección: Bulevar Artigas 1545/601, Montevideo (Dr. W. Suiffet).

INTRODUCCION

Las hernias a contenido colónico (variedad llamada por deslizamiento) son poco frecuentes, siendo su reparación laboriosa y riesgosa. Dice Burton: "Quizás haya pocas situaciones en el abdomen, que requieran un juicio más maduro y mayor habilidad que cuando hay que enfrentarse con una gran hernia por deslizamiento parasacular o desprovista de saco"⁽⁷⁾. El tratamiento de este tipo de hernias ha sido analizado repetidamente en la literatura, existiendo opiniones dispares y puntos en controversia. Lo que es indiscutible es que la cirugía de estas hernias entraña riesgos importantes, siendo el más riesgoso la agresión visceral-vascular del intestino herniado. Dice Scarpa: "El saco en tales casos no es completo, siendo deficiente en la parte posterior y externa del intestino. Llevando la incisión demasiado cerca del borde externo del complejo herniario, el operador falla a abrir el saco. Cuando llega al tejido celular que cubre al intestino, no teme en dividirlo y entonces será consciente del error por la salida del contenido fecal"⁽⁶⁶⁾. La clásica observación de Treves⁽⁷²⁾ muestra aún más claramente el riesgo, pues abrió el ciego al confundirlo con el saco, en una hernia de la variedad extrasacular. La agresión vascular, mesial o visceral, puede producirse en el manejo del intestino herniado. Este riesgo es mayor cuando se realizan pretenciosas maniobras de decolamiento del asa herniada. Sus consecuencias pueden ser la necrosis intestinal, con fistulización secundaria o lo que es aún más grave, con peritonitis fecal localizada o difusa. Fuimos consultados en dos casos de este tipo de complicación en pacientes ya operados, lo que obligó a reiteradas intervenciones ulteriores. Estos hechos están consignados en la literatura, siendo fundamental su conocimiento para evitar tan temible riesgo^(2, 4, 5, 7, 10, 14, 20, 38, 49, 51, 59, 66, 72). Una situación inusitada es la referida en⁽³³⁾. El asa colónica herniada fue seccionada totalmente, luego de ligar lo que aparentemente, era el saco herniario muy grasoso.

La metodología quirúrgica de este tipo de hernias, comparte los principios generales de la cirugía de las hernias, pero existen aspectos particulares a señalar.

1) **DISECCION DEL SACO.** El complejo herniario es muy voluminoso. Debe ser totalmente separado del funículo como tiempo previo a toda otra maniobra quirúrgica. Este tipo de hernia se observa habitualmente en hernias indirectas de la variedad adquirida. No hay por tanto separación de las vainas espermática y deferencial, como sucede en las hernias a saco preformado. Por tanto, la

disección entre el saco y el funículo es sencilla, con mínimos riesgos de agresión vascular o deferencial. La liberación debe ser extendida hasta el cuello sacular, separándolo de las estructuras limítrofes del orificio inguinal profundo y continuándolo aún, hasta la zona subperitoneal. Debe recordarse la cercanía de los elementos mesiales colónicos con las vainas funiculares. Por tanto, la maniobra debe ser cautelosa, aunque habitualmente no hay adherencias entre ambos elementos. La liberación amplia antes de maniobras de apertura del saco, es fundamental para la reducción del asa y la reparación mesial. La disección se practica de abajo hacia arriba en el abordaje inguinal e inguino-abdominal y de arriba hacia abajo en el abordaje abdominal puro.

2) **APERTURA DEL SACO.** Maniobra riesgosa en la cual se puede agredir el contenido visceral. Debe realizarse en la parte alta y anterior, previo reconocimiento de su topografía. Este tiempo puede estar favorecido cuando se utiliza la vía inguino-abdominal, pues la apertura primera de la cavidad peritoneal, permite reconocer la existencia, topografía y extensión del saco. Esta maniobra es de necesidad cuando se utiliza la vía inguinal y no se obtiene un seguro reconocimiento del saco.

3) **REDUCCION DEL CONTENIDO VISCERAL-REPARACION MESIAL.** Estos tiempos exigen maniobras distintas a las clásicas de las hernias con contenido visceral libre.

Un principio fundamental es reducir y elevar el asa lo más posible para alejarla de la zona de presión sobre el orificio inguinal profundo. La reducción puede hacerse por cualquiera de las vías que después describiremos, pero exige siempre maniobras especiales, que analizaremos. La reparación mesial es importante. Fue realizada por primera vez por v. Hueverswyn⁽³⁰⁾ en 1893 y luego por Morris⁽⁵⁰⁾, Gouillard⁽²³⁾, Tuffier⁽⁷⁴⁾ y Weir⁽⁸²⁾, pero fueron fundamentalmente Savariaud^(64, 65) y Morestin^(47, 48) en 1900 que utilizaron y reglaron esta técnica, la cual ha sido utilizada con frecuencia^(2, 7, 9, 20, 22, 24, 29, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 51, 57, 78, 79, 81, 82, 84).

Morestin insiste en su importancia, denominándola mesocoloplastia. Savariaud^(64, 65) justifica la realización de la reparación mesial, sobre la base del concepto que el peritoneo del saco corresponde a la hoja inferoexterna o lateral del meso sigmoide, despegada y arrastrada hacia abajo. "Llegamos a la conclusión que el saco herniario no es otra cosa que el meso dado vuelta; por tanto para restablecer el meso, será suficiente dar

vuelta el saco⁽⁶⁵⁾. Otros autores desaconsejan la reparación mesial^(11, 45, 54, 63, 68, 87, 88) considerando que no es necesaria y que aún, puede ocasionar inconvenientes al estrechar el pie del asa. Dice Ponka "Pocos, si algunos cirujanos tiantan hoy reperitonizar el intestino⁽⁵⁴⁾. La maniobra es sencilla y sólo exige algunas precauciones en la sutura del mesocolon, para no agredir los vasos. La técnica es distinta según la vía utilizada, siendo más riesgosa la maniobra cuando se utiliza la vía inguinal que la vía inguino-abdominal. Consideramos que la reparación mesial es un tiempo fundamental porque restablece una estructura normal y hace desaparecer uno de los elementos patogénicos de este tipo de hernia. Se rehaga el meso antes de la reducción del asa (vía inguinal) o después de ella (vía abdominal pura o vía inguino-abdominal), lo importante es que ambos tiempos, reducción y reparación mesial, están vinculados en su realización y constituyen etapas básicas en la técnica quirúrgica.

4) **RESECCION DEL SACO.** Esta es una maniobra técnica clásica en la cirugía de las hernias. En el caso particular de las hernias parasaculares, la maniobra varía según la vía de abordaje utilizada. En la vía inguinal, luego de la reconstrucción mesial, si persiste remanente peritoneal, se reconstruye el saco y se reseca. El cierre sacular se realiza en tal forma, que debe quedar junto a la sutura de la reparación mesial. En el abordaje inguino-abdominal, el saco no se reseca. Luego de reintegrada el asa al abdomen, el saco prácticamente desaparece o queda como un pequeño remanente peritoneal que se ofrece para la reparación mesial. La sutura de la brecha alargada que aparece en la cara lateral del meso, es suficiente para hacer desaparecer el saco y reparar el meso. Si los colgajos peritoneales son redundantes, se podrá practicar una resección discreta o imbricarlos en la sutura de la reparación mesial.

5) **REPARACION DEL TRAYECTO INGUINAL.** Deberá ser meticulosa recordando que existe un orificio inguinal profundo amplio. La técnica de la herniorrafia se manejará de acuerdo a las características de cada caso. Hemos hallado siempre en este tipo de hernia, un complejo músculo-fascial de buena contextura, a veces inesperado de acuerdo al tamaño de la hernia y al diámetro del orificio inguinal profundo. Hemos utilizado en los casos operados, la técnica de Marcy o la de MacVay, según las características del trayecto inguinal.

ANALISIS DE LAS VIAS DE ABORDAJE QUIRURGICO

1) **VIA INGUINAL PURA.** Es la vía clásica de abordaje de las hernias inguinales. En la variedad que nos ocupa, existen matices propios, importantes a considerar.

De gran trascendencia, aplicable a esta vía como a las que describiremos más adelante, es la maniobra descrita por Savariaud^(64, 65). Realiza el abordaje con los tiempos clásicos e insiste en la maniobra técnica de la inversión del saco, con lo cual se reduce el intestino y se rehace el meso. "Para esto será necesario debridar muy ampliamente la región inguinal, puede ser hasta la vecindad de la espina iliaca ánterosuperior. Este debridamiento tiene dos ventajas: primero, permite llevar la disección muy alto y luego, permitirá al cuello de la hernia, ya muy ancho, dejarse dilatar todavía más, de manera de tomar la forma de un embudo a base superior, lo que es indispensable para permitir la inversión del saco del intestino"^(64, 65). Termina expresando que no es necesario resear el saco, el cual se sutura rehaciendo el meso. La reducción y corrección es perfecta, hecho comprobado con una experiencia cadavérica. Al procedimiento lo caracteriza la disección amplia del saco; su ausencia de resección y su inversión rehaciendo el meso.

En 1909 Hotchkiss⁽²⁹⁾ y luego otros autores^(2, 7, 35, 45, 63, 68, 79, 81) realizan una técnica de reparación mesial, reconstrucción sacular y resección ulterior del saco. Abierto y presentado el saco, se secciona su peritoneo en el contorno del asa herniada a tres o cuatro centímetros del borde antemesial. Se eleva el colon, se invierten los colgajos saculares y se suturan por detrás del asa hasta el cuello del saco, con lo cual se practica la reparación mesial. Luego se reconstruye el saco, suturando los labios de la sección sacular yuxtaintestinal. Esta sutura sacular llega a encontrarse en el cuello del saco, con la sutura de la reparación mesial. Queda así el asa colónica revestida de peritoneo y un saco herniario completo. Se reduce el intestino y se reseca el saco con la técnica habitual. En la técnica descrita por Ponka⁽⁵⁴⁾ no se repara el meso. Se secciona el peritoneo sacular más cerca del intestino, se rehace el saco, se reintegra el asa y se reseca el saco.

Zimmermann y Laufmann^(87, 88) describen una técnica más sencilla. Abierto el saco ampliamente, se reseca lo más posible de este. Se cierra con jareta, llevando los puntos lo más arriba posible. Al cerrar la jareta, se achica el saco y el colon se eleva. Se reduce luego el complejo herniario, disecándolo de abajo hacia arriba.

La vía inguinal puede no proporcionar un campo suficiente y cómodo para la reducción del asa herniada. Savariaud⁽⁶⁵⁾ habla de un debridamiento amplio de la región inguinal que puede llegar hasta la E.I.A.S. pero no especifica los detalles técnicos. Koontz⁽³⁶⁾ practica una incisión sobre la parte interna del oblicuo menor y del transverso, similar a las incisiones de descarga, lo que le permite levantar una verdadera solapa con dichos músculos y obtener un amplio abordaje.

Shackelford⁽⁶⁹⁾ amplía la zona inguinal con una incisión que se inicia en el orificio inguinal profundo y se dirige hacia arriba, seccionando la parte muscular de oblicuo menor y transverso. Estas ampliaciones de la zona inguinal se obtienen a costa de una importante agresión de los componentes musculares del trayecto inguinal, que pueden dar origen a secuelas importantes.

2) VIA ABDOMINAL. En esta técnica, la incisión cutánea es un poco más alta permitiendo la sección longitudinal del oblicuo mayor y luego, la disociación de los músculos anchos. Abierto el peritoneo, se reconoce el intestino entrando al trayecto inguinal por detrás del saco. La tracción hacia arriba del complejo herniario y su disección desde arriba separándolo del funículo, permite traer a la cavidad peritoneal al asa herniada y al peritoneo sacular. Se reseca el exceso de saco y se rehace el mesocolon hasta el nivel de la sección peritoneal de entrada. Se cierra la incisión de los músculos anchos y se repara el trayecto inguinal. Este abordaje fue utilizado por diversos autores, pero fue LaRoque^(41, 42, 43) el que más empuje le dio a esta técnica. La realizaba para todas las hernias, con una experiencia de 1.700 casos de hernia inguinal. En 1932⁽⁴³⁾ lo aplica a las hernias del colon. Este método obvia el abordaje inguinal y realiza todo el acto quirúrgico por vía abdominal.

3) VIA INGUINO-ABDOMINAL. Esta vía permite un amplio abordaje del sector herniado inguino-escrotal y de la zona topográfica abdominal del intestino grueso. Puede ser realizada por medio de distintas técnicas que analizaremos:

- a) Incisión inguino abdominal única. Constituye la clásica Herniolaparotomía descrita por Lardennois y Okincyk en 1909^(39, 40). Esta operación tiene como fundamento táctico los siguientes elementos:
 - a) la búsqueda y liberación del saco;
 - b) su apertura y liberación del asa adherente;

- c) la fijación del asa móvil lejos del orificio herniario.

El abordaje abdominal practica el decolamiento coloparietal y por este plano se continúa hacia el saco en el escroto. La sección muscular inguinal, comunica ampliamente la cavidad peritoneal con la zona inguinoescrotal. La liberación intestinal abdomino-inguinal le da amplia movilidad al intestino y con ello se logra un "asa móvil y larga"^(39, 40) la cual se reintegra al abdomen y se fija lejos del orificio herniario. Este abordaje exige una amplia incisión inguino-abdominal, con sección de las estructuras musculares que cierran el orificio inguinal profundo, lo cual significa una respetable y riesgosa agresión muscular parietal. Valls⁽⁷⁷⁾ ha obviado este inconveniente al utilizar una técnica similar, pero en vez de realizar una herniolaparotomía amplia con sección muscular, utiliza la doble incisión (inguinal y disociación de músculos anchos). Con ello evita la importante agresión parietal.

- b) Incisión parietal inguino-abdominal doble. En 1900 y 1910, Morestin^(47, 48) presenta su comunicación princeps donde aconseja un abordaje doble, inguinal y abdominal, para tratar este tipo de hernias. La incisión inguinal realiza los tiempos ya descritos. El abordaje abdominal se realiza por disociación de los músculos anchos, (Oblicuo menor-transverso) 3 o 4 cm por encima del borde inguinal de ellos. Queda así un puente de pared entre ambos abordajes. "Traída por la herida abdominal, se ve que la S ilíaca toma inmediatamente su revestimiento peritoneal y el meso se reconstituye. Se fija sólidamente una a la otra las dos láminas del meso, por medio de una docena de puntos colocados entre los espacios intervasculares". Esta técnica de fijación mesial, designada mesocoloplastia por su autor, es importante para evitar la reproducción de la hernia. "Tanto que las dos láminas queden estrechamente solidarias, no es posible que el intestino pueda tomar de nuevo su actitud viciosa"^(47, 48).

En 1925 Moschcowitz⁽⁵¹⁾ insiste en esta técnica dirigida a "reproducir la condición normal del intestino, invirtiendo el mecanismo por el cual esta particular hernia se ha formado". Los tiempos técnicos son idénticos a los descritos por Morestin⁽⁴⁸⁾. "La tracción del intestino prolapsado, desde su continuidad peritoneal, lo llevará pronto a su situación normal, en el cual se ha encontrado que existe sólo un pequeño saco herniario,

prácticamente una hendidura en el peritoneo, que será rápidamente cerrada. Cerrada la herida, al explorar la zona herniaria inguinal con gran sorpresa encontramos que el saco previamente grande, ha desaparecido totalmente⁽⁵¹⁾. Esta sencilla, práctica y eficaz técnica, ha sido adoptada por numerosos autores^(4, 5, 20, 21, 22, 24, 36, 49, 57, 76, 78, 84, 85) habiendo sido Williams^(84, 85) uno de sus más conspicuos propulsores.

La técnica comprende:

- a) tiempos inguinales ya descritos;
- b) disociación de los músculos anchos 3 ó 4 cm por encima de su borde inferior;
- c) apertura peritoneal;
- d) exploración del colon y del cuello de la hernia;
- e) elevación del asa herniada con maniobras combinadas inguinales y abdominales;
- f) reparación mesial directa o con una discreta resección o imbricación peritoneal;
- g) reintegro del asa herniada;
- h) cierre peritoneal y parietal;
- i) reparación de la zona inguinal herniógica.

Brown^(4, 5) ha preconizado realizar la reparación inguinal antes de cerrar la brecha mesial y reintegrar el asa. Ello permite una reparación inguinal más controlada y evita los riesgos de agredir al colon o a sus vasos si éste se acerca a la zona de reparación inguinal. Se puede también así, controlar por vía preperitoneal, el cierre efectuado sobre el trayecto inguinal. Hemos utilizado la variante técnica aconsejada por Brown^(4, 5) en todos los casos operados con esta técnica de abordaje inguino-abdominal.

En 1909, Robins⁽⁵⁸⁾ aconseja este mismo abordaje, realizando la entrada al abdomen, por una laparotomía a través del recto anterior. Este abordaje laparotómico fue luego utilizado por otros autores^(16, 24, 44, 81) reservándola Moschcowitz⁽⁵¹⁾ para los casos de hernias con contenido voluminoso. Este abordaje permite un manejo más cómodo para la reducción del asa herniada, pero tiene más riesgos parietales que la incisión por disociación lateral.

4) **MANIOBRAS AUXILIARES.** Se ha utilizado la colopexia. Descrita por Morestin⁽⁴⁸⁾ que la realizó fijando el mesocolon reparado a la fascia iliaca, fue designada como mesocolopexia. Fiaschi⁽¹⁶⁾ la realizaba fijando el colon reintegrado al abdomen, al peritoneo parietal anterior. La colopexia ha sido utilizada luego por otros autores^(24, 39, 40, 51, 59, 75, 77, 79). No la hemos practicado en ninguno de nues-

tros casos, considerando que no es una técnica fundamental en esta intervención.

ANALISIS DE LAS VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS VIAS DESCRITAS

La vía inguinal pura ha sido preferida por diversos autores que la consideran la vía de elección^(2, 7, 29, 35, 45, 54, 63, 64, 65, 68, 81, 87, 88). Sin embargo, se le pueden anotar algunos elementos inconvenientes que analizaremos. La reducción intestinal se practica de abajo hacia arriba, de la región inguinal al abdomen. Si bien esto es lo clásico en materia de hernias, en esta variedad tan peculiar, no permite una reducción cómoda, sobre todo en las hernias de gran tamaño. La reparación mesial es siempre incompleta, quedando una parte del colon dentro del abdomen sin que se repare el meso. El colon no se eleva lo suficiente hasta ocupar su topografía normal y por tanto no se aleja de la zona inguinal de riesgo, pues persiste apoyado sobre ella. El colon reducido puede angularse exageradamente y provocar trastornos del tránsito. Hemos tratado un caso que había sido operado por vía inguinal, en el cual se produjo oclusión intestinal por este mecanismo.

La vía inguino-abdominal ha sido considerada innecesaria para esta cirugía, sobre todo por el riesgo que entraña la apertura abdominal por otra incisión. Sin embargo, consideramos que este tiempo no entraña riesgo y permite un mejor manejo quirúrgico en la reparación de este tipo de hernias. Esta vía permite la reposición del colon desde el abdomen, manejándolo con total exposición y restableciendo su topografía normal. El reconocimiento de la patología de la hernia y la protección intestinal y mesial es directa y segura. Se elimina completamente el saco y se repara el meso en forma anatómica y bajo visión directa. Este es un elemento que previene la recidiva, dado que indudablemente el saco está constituido por la hoja mesial lateral infero-externa, desplegada y extendida a la región inguinal. El intestino retoma su posición y es elevado por el cierre mesial, que lo aleja de la zona de presión sobre el orificio inguinal profundo. El restablecimiento de las relaciones entre el intestino y el peritoneo se expresan haciendo reaparecer los caracteres normales de la gotera parieto-colónica, izquierda o derecha, según el lado operado. Esta vía permite realizar pexia, si así se le considera oportuno. La incisión muscular lateral por disociación, no crea ningún riesgo futuro sobre la pared abdominal ni sobre el trayecto inguinal reparado. La reparación in-

guinal se puede realizar sin riesgos sobre el intestino, al mantenerlo alejado del trayecto inguinal en el momento de realizar la rafia. Esta puede realizarse por vía inguinal y comprobarse su efectividad por vía preperitoneal. Esta vía también da la opción de reparar el trayecto inguinal por vía preperitoneal. La vía abdominal pura, pero sobre todo la inguino-abdominal, ha sido utilizada desde 1900 y cuenta con numerosos adeptos,^(4, 5, 20, 21, 22, 24, 34, 36, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 51, 57, 71, 76, 78, 84) existiendo abundante experiencia al respecto.

Nuestra casuística personal indica una clara inclinación a la utilización de la vía inguino-abdominal en el manejo quirúrgico de las hernias de intestino grueso deslizadas. Se han intervenido 50 casos, todos ellos del sexo masculino y con edades que oscilan entre 40 y 90 años. El tipo de hernia corresponde en su gran mayoría a hernias inguinales indirectas (49 casos - 98%) habiéndose encontrado un solo caso de la variedad directa (1 caso - 2%). Las hernias indirectas correspondían todas a la variedad adquirida, lo que está de acuerdo con la edad de aparición de la hernia. La gran mayoría estaban localizadas a izquierda (44 casos - 88%), siendo menos frecuente la localización derecha (6 casos - 12%).

La técnica utilizada en todos los casos fue la descrita por Morestin^(47, 48) y por Moschowitz⁽⁵¹⁾ con el agregado descrito por Brown^(4, 5). Los deslizamientos incipientes, pequeños, que no toman toda el asa intestinal, no están enumerados en esta estadística. Fueron tratados por la técnica de Zimmerman y Laufman^(87, 88). Los resultados han sido excelentes sin mortalidad y con mínima morbilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARROW D. — Bilateral sliding hernia. *Am. J. Surg.* 116: 394, 1942.
2. BEVAN A. — Sliding hernia. *Ann. Surg.* 92: 754, 1930.
3. BROCA A. — Hernie inguinale congenitale du cecum. *Bull. Mem. Soc. Anat.* 5: 547, 1981.
4. BROWN R. — Sliding or paraperitoneal hernia of the pelvic colon. *Surg. Gynecol. Obstet.* 76: 91, 1943.
5. BROWN R. — Sliding inguinal hernia of the colon. *Surg. Gynecol. Obstet.* 88: 495, 1949.
6. BURDICK C., HIGINBOTHAM N. — Division of the spermatic cord as an aid in operating on selected types of inguinal hernia. *Ann. Surg.* 102: 863, 1935.
7. BURTON C., BLOTNER C. — Sliding and other large bowel hernia. *Ann. Surg.* 116: 394, 1942.
8. CAPELLE W. — Operaciones en las hernias. En Stich, R. Makkas M.: Errores y peligros en las operaciones quirúrgicas. Barcelona. Labor. 1930, p. 7.
9. CARNET J. — Inguinal hernia of the cecum. *Ann. Surg.* 49: 491, 1909.
10. CATTERINA A. — La operación de Bassini. Madrid. Espasa Calpe, 1935.
11. CRILEY H. — Parasacral sliding hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 31: 611, 1920.
12. CROCI F., GASTAMBIDE C., TERRA E., CORDAL A. — Deslizamiento apendicular en la hernia inguinal derecha. *23 Cir. Urug. En Prensa.*
13. DAVID V. — Sliding hernia of the cecum and appendix in children. *Ann. Surg.* 77: 438, 1923.
14. DEMEL R. — Sliding hernia. *JAMA.* 78: 1239, 1922.
15. ESTES W. — Five years end results in treatment of inguinal hernia. *West. J. Surg.* 68: 269, 1980.
16. FIASCHI T. — The radical treatment of sliding hernia. *Australas. Med. Gaz.* 26: 578, 1907.
17. GANS S. — Sliding hernia in female infants. *Arch. Surg.* 79: 109, 1959.
18. GARCIA CAPURRO R. — Discusión en Valls, A.⁽⁷⁷⁾
19. GIBBON J. — Left side cecal hernia. *Ann. Surg.* 34: 155, 1901.
20. GILARDONI F. — Hernia inguinal por deslizamiento del colon. Congreso Uruguayo de Cirugía, 14°, 1: 68, 1963.
21. GILARDONI F. — Discusión en Valls, A.⁽⁷⁷⁾
22. GIUSEFFI J., Mc SWAIN H. — The operative management of sliding hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 104: 425, 1957.
23. GOUILLARD et RAFIN. — These de Lyon, 1897. Citado por^(7, 9)
24. GRAHAM R. — The operative repair of sliding hernia of the sigmoid. *Ann. Surg.* 102: 784, 1935.
25. GREGOIRE R. — Anatomie Medico-Chirurgicale de l'Abdomen. Paris. Baillie, 1929, t. 1.
26. GUICHEFF V. — Hernias por deslizamiento. Diagnóstico-Tratamiento. Tesis Doctorado. Fac. de Medicina de Montevideo, 1966. (Inédita.)
27. HAGAN W. — Inguinal and femoral hernias; a follow-up study. *Surg. Gynecol. Obstet.* 96: 226, 1953.
28. HORNSEY R. — Cecum in the left inguinal hernia. *Br. Med. J.* 1: 329, 1915.
29. HOTCHKISS L. — Large sliding hernia of sigmoid. *Ann. Surg.* 50: 470, 1909.
30. v. HUEVERSWYN. — *Jour. Scien. Med. de Lille.* Citado por Burton⁽⁷⁾, David⁽¹³⁾, Carnet⁽⁹⁾, Walton⁽⁷⁹⁾.
31. HUREAU J. — Paredes de abdomen. En: Patel J. ed. *Patología Quirúrgica.* Barcelona. Toray-Masson 1977, p. 5.
32. IASON A. — Hernia. Philadelphia, Blakiston, 1941.
33. INSTRUCTIVE MISTAKES — Division of pelvic colon in a left sided sliding hernia. *Br. J. Surg.* 9: 294, 1922.
34. JACOBSON P. — Inguinal herniorrhaphy from the intra-abdominal perspective. *Am. J. Surg.* 71: 797, 1946.
35. KIRCHNER W. — The treatment of sliding hernia. *Am. J. Obstet.* 64: 758, 1911.
36. KOONTZ A. — The operation for difficult sliding hernia of the large bowel. *Am. Surg.* 18: 78, 1952.
37. LABAT G. — Cure radicale de la hernie du colon "par glissement". *Presse Med.* 27: 18, 1919.
38. LAMSON O. — Sliding hernia. *Northwest Med.* 39: 175, 1940.
39. LARDENNOIS G., OKINCZYC J. — Sur les hernies dites par glissement du gros intestin. *J. Chir.* 3: 241, 1909.
40. LARDENNOIS G., OKINCZYC J. — Etude sur les hernies du gros intestin. Paris. Masson, 1910.
41. LAROQUE G.P. — The permanent cure of inguinal and femoral hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 29: 507, 1919.
42. LAROQUE G.P. — An improved method of removing inguinal and femoral hernias. *Ann. Surg.* 79: 375, 1924.
43. LAROQUE G.P. — The intraabdominal method of removing inguinal and femoral hernias. *Arch. Surg.* 24: 189, 1932.
44. MAC KID L. — Inguinal hernia with special reference to sliding hernia and a new treatment. *J. Canad. Med. Ass.* 34: 269, 1936.
45. MAINGOT R. — Operations for sliding hernia and for large incisional hernia. *Br., J. Proctol.* 15: 993, 1961.
46. MAIR C. — The surgery of abdominal hernia. London. Arnold, 1948, p. 352.
47. MORESTIN H. — Traitement des hernies par glissement de l'S iliaque. *Congrès Internationale de Medicine*, 13°, Paris, 1900, p. 443.
48. MORESTIN H. — Hernies par glissement de l'S iliaque et de l'ileon. *Bull. Mem. Soc. Chir. Paris* 36: 709, 1910.
49. MORETZ W. — El problema especial de la hernia inguinal

- por deslizamiento. En: Nyhus, LM. Harkins, HN. ed. *Hernia*. Buenos Aires, Intermédica, 19...
50. MORRIS H. — Two cases of inguinal hernia presenting unusual characters. *Lancet*, 2: 979, 1895.
 51. MOSCHCOWITZ A. — The rational treatment of sliding hernia. *Ann. Surg.* 81: 330, 1925.
 52. MUSSO E. — Comunicación personal.
 53. PONKA J. — Surgical management of large bilateral indirect sliding hernia. *Am. J. Surg.* 112: 52, 1966.
 54. PONKA J. — *Hernia of abdominal walls*. Philadelphia, Saunders, 1980. Cap. 18.
 55. PRIETO I., GUZMAN A., MURGANA V., SUBHAIMAN O. — *Hernia inguinal con deslizamiento*. *Prensa Med. Argent.* 67: 591, 1980.
 56. RANSOHOFF J. — Adherent hernias of the large intestine. *Ann. Surg.* 61: 313, 1912.
 57. RIOS G., LARGHERO P., VENTURINO W. — *Táctica y técnica racionales para el tratamiento de las grandes hernias por deslizamiento*. *Dia Med. Urug.* 304: 2261, 1958.
 58. ROBINS C. — Rectus incision for reduction of strangulated hernia. *Old. Dom. Jour. Med. Surg.* 8: 5, 1909.
 59. ROCHARD E. — *Les hernies*. Paris, G. Doin, 1904.
 60. ROESE E., SANTULLI T. — Sliding appendical hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 146: 626, 1978.
 61. RUSH J. — Herniorrhaphy in patients over 70. *Arch. Surg.* 83: 226, 1961.
 62. RUSSEL R. — Inguinal herniae: Their varieties, mode of origin and classification. *Br. J. Surg.* 9: 502, 1922.
 63. RYAN E. — An analysis of 313 consecutive cases of indirect sliding inguinal hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 102: 45, 1956.
 64. SAVARIAUD M. — *Hernie par glissement de l'S iliaque. Procède nouveau de cure radicale*. *Bull. Mem. Soc. Anat. Paris*, 2: 272, 1900.
 65. SAVARIAUD M., PASCAL M. — *Procède de cura radicale des hernies par glissement de l'S iliaque para retournement du sac*. *Congrès Français Chirurgie*, 14°, 1: 575, 1901.
 66. SCARPA A. — *Sull'hernie*. *Memoire anatomico-chirurgique*. Paris, Cayol, 1812.
 67. SCHENA A. — *Hernias por deslizamiento*. *Bol. Trab. Acad. Argent. Cir.* 35: 216, 1951.
 68. SENSENING D., NICHOLS J. — Sliding hernia. *Arch. Surg.* 71: 756, 1955.
 69. SHACKELFORD J. — *Surgery of the alimentary tract*. Philadelphia, Saunders, 1955, t. 1.
 70. STOESESSER P., PIEDAD O. — Simplified method of sliding inguinal hernia repair. *Am. J. Surg.* 118: 472, 1969.
 - 70b) SURRACO L. — *Anatomía del canal inguinal. La hernia inguinal*. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 19: 740, 1948.
 71. TAIT L. — Treatment of hernia by median incision. *Br. Med. J.* 2: 922, 1883.
 72. TREVES F. — Hernia of the cecum. *Br. Med. J.* 1: 382, 1887.
 73. TRIPATHI V., FLINT L. — Ureteral herniation. *Ann. Surg.* 169: 417, 1969.
 74. TUFFIER. — *Etude sur le cecum et ses hernies*. *Arch. Gen. Med.* 1: 641, 1887.
 75. UNWING G. — *Hernia par glissement*. *Br. Med. J.* 1: 847, 1915.
 76. URIBURU J., ZABALETA D. — *Gran hernia inguinal con deslizamiento del colon iliopélvico*. *Bol. Trab. Acad. Argent. Cir.* 34: 141, 1950.
 77. VALLS A. — *Hernias por deslizamiento del colon*. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 40, 1963.
 78. VENTURINO W. — *Tratamiento quirúrgico de las hernias por deslizamiento*. *Congreso Sociedad Médico Quirúrgica del Centro de la República*, 39°, Florida, 1969, p. 278.
 79. WALTON A. — *Extrasacular hernia*. *Ann. Surg.* 57: 86, 1913.
 80. WATSON L. — Embriologic and anatomic considerations in etiology of inguinal and femoral hernia. *Am. J. Surg.* 42: 695, 1938.
 81. WATSON L. — *Hernia*. Saint Louis. CV Mosby, 1948.
 82. WEIR R. — *On the treatment of the sliding hernia of the cecum and sigmoid flexure*. *N.Y. Med. Rec.*, 57: 309, 1900.
 83. WHITE R. — *Sliding hernia*. *Illinois Med. J.* 40: 475, 1926.
 84. WILLIAMS C. — *The advantages of abdominal, approach to inguinal hernia*. *Ann. Surg.* 107: 917, 1938.
 85. WILLIAMS C. — *Repair of sliding hernia through the abdominal (LaRoque) approach*. *Ann. Surg.* 126: 612, 1947.
 86. WILLIAMS C. — *Note of a case of sliding hernia of the small intestine*. *Lancet* 1: 301, 1911.
 87. ZIMMERMAN L., LAUFMAN H. — *Sliding hernia*. *Surg. Gynecol. Obstet.* 75: 76, 1942.
 88. ZIMMERMAN L., ANSON B. — *Anatomy and surgery of hernia*. Baltimore. Williams & Wilkins, 1953.