

CORRELATO.

HERNIA INGUINAL POR DESLIZAMIENTO DEL COLON

Operación de Morestin-La Roque *

Dr. FEDERICO GILARDONI

En este trabajo nos referiremos en especial a la técnica utilizada en nuestra Clínica con respecto al saco de las hernias inguinales por deslizamiento del colon. Es únicamente un aspecto del problema de la hernia inguinal, que adquiere jerarquía en la forma que consideramos por los riesgos que derivan del procedimiento utilizado. Los casos fatales y la evolución complicada que suceden a los abordajes exclusivamente inguinales, abonan a favor de un procedimiento que ofrezca seguridad. La operación de Morestin-La Roque, evitando la disección y reducción por la vía inguinal exclusiva, suprime mortalidad y morbilidad imputables a la técnica.

La mayoría de los tratados de técnica quirúrgica han omitido hasta hace muy poco tiempo, la descripción de dicha técnica y hemos visto que son numerosos los cirujanos que desconocen sus beneficios. Se justifica, entonces, insistir al respecto.

En nuestro medio, Ríos Bruno, Larghero y Venturino (17) se han ocupado de este problema y aconsejan extender el procedimiento a las grandes hernias inguinales con contenido adherente. Valls (21) recientemente, con una importante casuística personal, trata el tema en la Sociedad de Cirugía.

En las hernias inguinales por deslizamiento del colon, el intestino y su meso se incorporan al saco participando en su formación. De anatomía distinta a la del saco de la hernia inguinal común, difiere asimismo la conducta quirúrgica. El primer autor que hizo notar las ventajas de una laparotomía asociada, en el tratamiento de estas hernias, fue Morestin (13) en el año 1900. Posteriormente, el mismo autor, La Roque (11, 12), Brown (2), C. Williams (23), Uriburu y Zabaleta (22), A. Sche-

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" (Director: Prof. J. A. Piquinela).

na (19), Giuseffi y Mc Swain (8), Ríos Bruno, Larghero y Venturino (17), entre otros, contribuyen a la difusión del procedimiento.

La frecuencia de estas hernias aumenta por encima de los 40 años, donde llega a un 10 % de las hernias inguinales (8), pudiendo constituir, sobre todo las de tamaño mediano, una sorpresa en el acto quirúrgico.

En estos cuatro últimos años, los cirujanos de la Clínica han tratado 20 pacientes con hernias por deslizamiento del colon. Hemos actuado como cirujanos o colaboradores en 10 de ellas. Agradecemos aquí al Prof. Chifflet, pues dos de estas observaciones corresponden a enfermos de su Servicio.

ANATOMIA PATOLOGICA

Los órganos que más frecuentemente se encuentran formando parte del saco son: el asa ileopélvica a izquierda (17 casos) y el asa ileocólica a derecha (3 casos). En la observación de Delgado (4), la vejiga había deslizado y ocupaba todo el saco de una voluminosa eventración inguinal. Se puede pensar que es excepcional la presencia del uréter. Sin embargo, en poco tiempo, aparecen en nuestro medio 3 casos, uno corresponde a García Capurro (6), quien encuentra un cordón fibroso detrás del saco, próximo al anillo inguinal profundo que resultó tratarse del uréter. Musso (14), operando también una hernia por deslizamiento del colon, descubre el uréter vinculado a la cara posterior del saco, reduciéndolo a la cavidad abdominal. Y hace pocos días, Quintero, en nuestra Clínica, encuentra el uréter, formando un asa, por detrás de la vaina deferencial y espermática, a situación inguinofunicular, es decir, extendiéndose más allá del orificio inguinal superficial.

Toda estructura retroperitoneal que se encuentre por detrás del saco y en forma de asa, con una rama que se dirige hacia afuera y otra hacia adentro, a través del orificio inguinal profundo, corresponde, dice Capelle (3), a las características de un uréter deslizado. Ha sido confundido con un segundo saco o con un quiste posterior. Nunca deberá seccionarse entonces, ninguna estructura posterior hasta no haberse investigado la continuación hacia uno y otro lado del orificio inguinal profundo (3).

A diferencia de la hernia inguinal común, el saco es de paredes engrosadas, de grueso cuello, siendo dados estos caracteres por la presencia del colon. El anillo inguinal profundo es de diámetro aumentado y flácido. En un caso reciente llegaba a 8 cms. de diámetro.



Fig. 1. Colon basculado ocupando la pared anterior del saco.



Fig. 2.— Mesocolon deslizado.

En las variedades desarrolladas, el mesocolon forma la pared posterior del saco y el asa intestinal la pared inferior y laterales. La pared anterior se halla formada por peritoneo libre. Pero en dos casos, el colon formaba además toda la pared anterior del saco, no existiendo peritoneo libre a la vista, al que sólo pudimos obtener mediante tracción abajo y adentro del saco herniario (fig. 1).

En las variedades iniciales, el colon y su meso o sólo el mesocolon, constituyen una parte de la pared posterior. En un paciente de Priario, al incindir el peritoneo anterior del saco, observamos a través de la pared peritoneal posterior, en una importante extensión, tejido célulograsoso que simulaba un voluminoso paquete adiposo preherniario. Se trataba en realidad del mesocolon izquierdo (fig. 2) que integraba la pared posterior del saco, estando el colon en posición abdominal yuxtanguinal. La tracción del colon mediante una laparotomía alta por disociación, permitió observar la movilización del intestino que abandonó su posición fija posterior y la “reconstrucción” del mesocolon cuya cara izquierda, en este caso hernia izquierda, pasó a cubrirse por el peritoneo del saco. La reconstrucción o formación de mesocolon cubriéndose con el peritoneo mencionado y la amplia movilización del colon, que se aleja de la región inguinal, con desaparición del saco, son hechos observados en todos los casos tratados por el procedimiento de Morestin-La Roque.

Hace unos meses colaboramos con Suiffet en una voluminosa eventración inguinal izquierda que tenía una larga evolución. El ángulo izquierdo del colon había sido arrastrado hasta la cresta iliaca como se ve en la figura 3.

Es difícil, por el calibre del anillo, encontrar compromiso visceral en las formas estranguladas (10). En una observación nuestra, el saco alojaba prácticamente casi todo el delgado, existiendo en la zona de compresión mesentérica un extenso hematoma sin compromiso circulatorio de intestino.

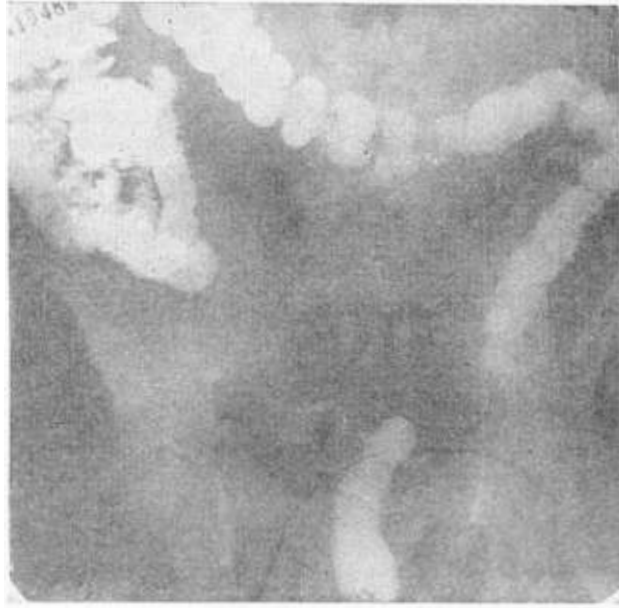


Fig. 3. Angulo esplénico a la altura de la cresta iliaca en una voluminosa hernia izquierda por deslizamiento.

PATOGENIA

La patogenia es discutida. La mecánica del deslizamiento es sostenido actualmente por casi todos los autores americanos. Según ella, 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 (Piquinela). El peritoneo parietal pasa a través del orificio inguinal y se incorpora al saco. El peritoneo parietal anterior no tiene vísceras acoladas, salvo vejiga; no sucede así con el peritoneo parietal posterior que presenta el colon acolado a derecha y a izquierda. A izquierda, la porción iliaca fija del asa ileopélvica, a derecha los últimos centímetros relativamente fijos del ileon y el ciego completamente acolado al peritoneo posterior en un 7 u 8 % de los casos (8). Las probabilidades que presentan estos órganos de ser incorporados al saco de una hernia inguinal dependen, dicen Giusseffi y Mc Swain (8), de su grado de fijeza posterior, de su proximidad al anillo herniario y de las dimensiones de este último.

Lardennois y Okinczyc (10) consideran que el saco herniario es previo a la presencia del colon en el mismo. Según ellos sería necesario un colon anormalmente largo y móvil que completaría su coalescencia fuera de los límites de la pared abdominal, es decir, en un saco preformado. Los casos que se han observado de ciego a izquierda, únicamente podrían ser explicados por este mecanismo.



Fig. 4.— El colon por enema evidencia la presencia del intestino en el saco.

Savariaud (18), Brown (2) y otros, entienden que las hernias llamadas por deslizamiento, se desarrollan a expensas del desdoblamiento de las hojas del mesocolon. En el caso particular de las hernias izquierdas, el mesocolon se desnuda de su hoja izquierda para integrar el peritoneo del saco, y como dice Schena (19), al traccionar el intestino por la laparotomía, el cirujano procedería en sentido inverso a aquel que llevó el colon a desarrollar su condición patológica.

DIAGNOSTICO CLINICORRADIOLOGICO

Todos los pacientes pertenecen al sexo masculino y todos por encima de 40 años, salvo la observación que presentaba deslizamiento del mesocolon, ya mencionado, con 35 años de edad. Más frecuentes a izquierda (17 casos) que a derecha (3 casos). Se trata de hernias en general voluminosas, de larga data, con cuello grueso y con una característica importante: su irreducibilidad total o parcial. Sólo un caso era totalmente reductible como asimismo lo ha observado Valls (21). El estudio contrastado de colon, frente y perfil, evidencia su presencia fuera de los límites de la pared abdominal (fig. 4).

La compresión del uréter puede provocar hematuria e hidronefrosis, como se ve en los casos analizados por Capelle (3) y Holbaum (9). Se investigará, por tanto, historia funcional urinaria, deberá realizarse examen físico de fosa lumbar y si se sospecha deslizamiento ureteral, urografía de excreción.

TRATAMIENTO

El tratamiento por la vía baja inguinal, como abordaje exclusivo, ya sea por desconocimiento del carácter de la lesión, o por seguir técnicas que aconsejan esta vía, se halla gravado por serias complicaciones. Conocemos al respecto varias observaciones, 3 fallecen en el postoperatorio a consecuencia del desarrollo de una oclusión mecánica de colon (14, 16, 20), otro paciente debe reoperarse por un flemón subperitoneal, con fístula colónica consecutiva y evolución favorable, al año de su primera operación, luego de sucesivas intervenciones (20). En otra ocasión, mientras se pretende liberar el intestino, se penetra en la luz del mismo (15).

Hace poco, veíamos en una hernia derecha con deslizamiento de ciego y última asa ileal, tratada por la vía inguinal (Bevan), como el intestino luego de reducido al abdomen, se apoyaba en la región inguinal y sus vasos emergían flexuosos a través del cuello del saco, expuestos a ser incluidos en el cierre del mismo o en la reparación parietal. Cuando Lardennois y Okinczyc (10) aconsejan la herniolaparotomía, liberan ampliamente el intestino, tratando con ello de evitar los "graves vicios de posición del colon luego de la reducción".

Giusseffi y Mc Swain (8) plantean serias objeciones al procedimiento de Bevan o similares, que resumimos: el saco no puede ser eliminado totalmente, queda un infundíbulo peritoneal propicio a futuras recidivas. La disección del intestino y

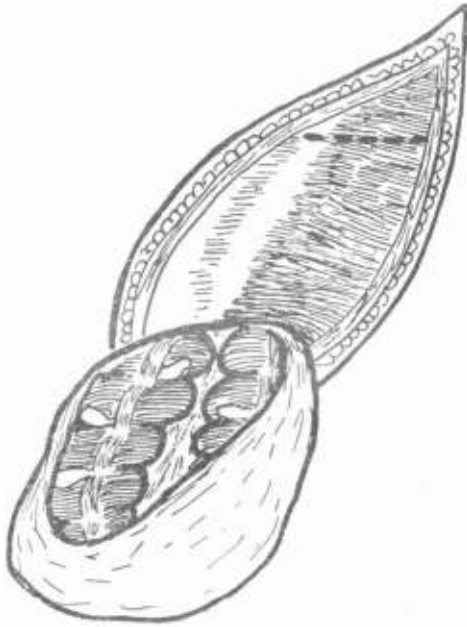


Fig. 5.—El saco abierto en el sector de peritoneo libre, colon y su meso a la vista.

su meso no es sencilla, su peritonización posterior puede provocar trastornos circulatorios, por angulación u obstrucción de los vasos. La reducción del intestino se hace a expensas de acodaduras y torsiones, causa de perturbación del tránsito intestinal. Finalmente el intestino reducido queda apoyado sobre la región inguinal, pudiendo ser involucrado en la plastia parietal. Los casos que citamos más atrás, son ilustrativos al respecto.

La técnica del doble abordaje, inguinal y abdominal, tiene por fin eliminar totalmente el saco y reducir el intestino alejándolo de la región herniaria por la inversión del saco en dedo de guante, a la manera de Savariaud (18), pero obteniendo dicho resultado por la vía abdominal a expensas de una laparotomía independiente. El fin deseado se logra mediante maniobras sencillas y sin riesgo.

La incisión parte de la espina del pubis, hacia afuera y arriba, su extremo superior se encuentra por encima y por dentro de la espina ilíaca ánterosuperior. Incisión de piel, celular y oblicuo mayor. Se libera el saco de las estructuras que lo rodean, continuándose la separación del mismo bien por encima del crificio inguinal profundo. Se explora su cara posterior, cerca y en el anillo inguinal por la posibilidad de deslizamien-

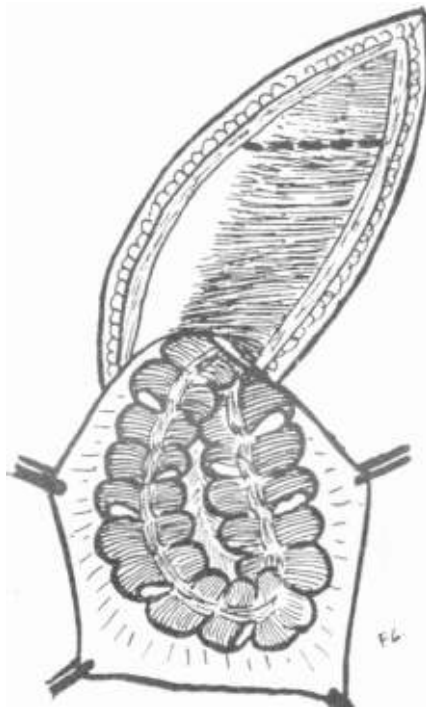


Fig. 6. Peritoneo libre del saco desplegado por pinzas. Constituirá en los tiempos siguientes la hoja izquierda del meso reconstruido.

to ureteral. La incisión del peritoneo libre se realizará sobre la cara anterointerna del cuello del saco. Se confirma en este momento la sospecha clinicoradiológica al observar la luz del saco y sus elementos integrantes. En dos casos nos fue necesario traccionar el saco hacia abajo y adentro para poder así obtener peritoneo libre. En dichas hernias el colon había basculado y ocupaba la pared anterior en su totalidad (fig. 1).

El paso siguiente consiste en practicar una incisión de MacBurney-Gosset situada lo más alto posible, aprovechando el abordaje realizado. Un ayudante separa hacia arriba el labio superior decolado del oblicuo mayor. Se penetra en la cavidad abdominal bien arriba para evitar debilitar la pared y eludir el abdóminogenital (2).

La suave tracción del colon aferente, realizada con la mano abdominal, logra generalmente con extrema facilidad la desaparición del saco herniario. El colon adquiere movilidad y al extraerse por la laparotomía, el cirujano ve reconstruir su meso que se cubre a izquierda (en el caso de hernia izquierda) por

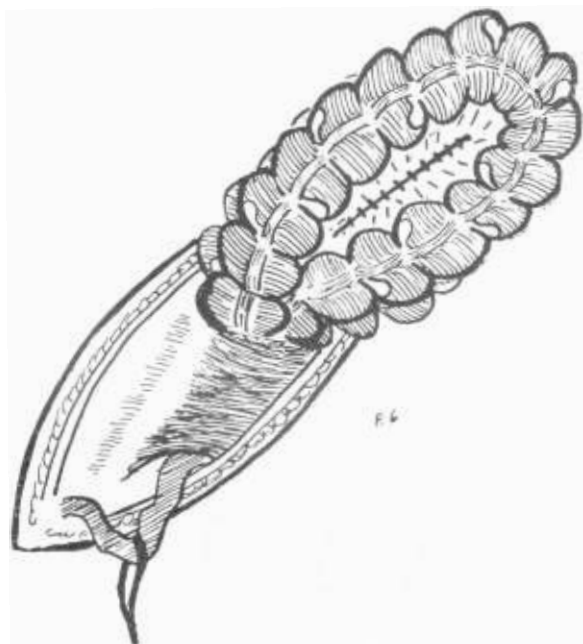


Fig. 7.—Desaparición del saco y reducción del intestino, se exterioriza el colon a través de una laparotomía alta, viéndose cubierta la cara izquierda del meso por el peritoneo del saco.

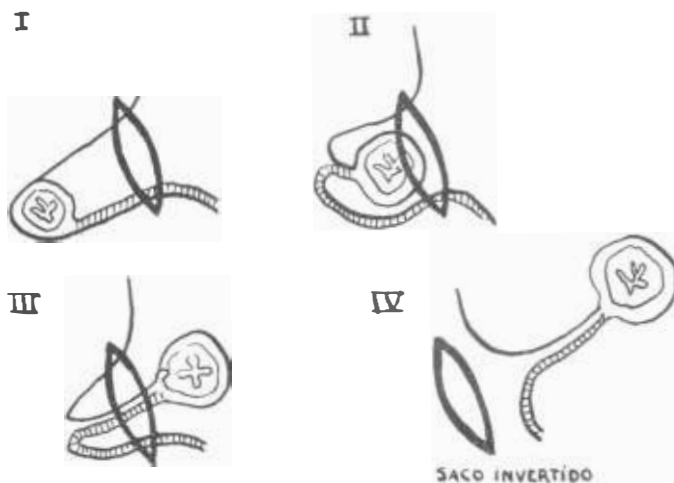


Fig. 8.—Distintas etapas de la inversión. El peritoneo libre del saco, peritoneo parietal anterior, pasan a cubrir el nuevo meso y el colon se aleja del anillo inguinal.

HERNIAS INGUINALES POR DESLIZAMIENTO DEL COLON

Pacientes de asistencia hospitalaria y extrahospitalaria

Clínica Quirúrgica "B". Prof. J. A. Piquinela

Observaciones: 20.
Sexo: masculino. Edad: mayores de 35 años.
Hernias: 14. Eventraciones: 6.
Izquierdas: 17. Derechas: 3.
Estranguladas: 4. Sin compromiso circulatorio intestinal.
Desarrolladas: 15. Iniciales: 0.

Procedimiento:

Morestin-La Roque
Bevan
Fruehaud

Evolución:

Inmediata: buena en todas salvo una con importante hematoma de bolsas.
Alejada: conocida en 15 casos, favorable.

Operados recientemente	5
1 año	1
	4
4 años	2

el peritoneo del saco herniario. Sorprende, incluso en grandes hernias, con la facilidad que se logra reducir por la vía abdominal, lo que resulta laborioso e imposible por la sola vía inguinal. Hemos visto dificultad en la reducción solamente en las hernias gigantes, pacientes obesos, con acentuado desarrollo adiposo de meso y apéndices epiploicos, y pese a adecuada preparación, neumoperitoneo, etc. Tal situación la apreciamos en los pacientes de Chifflet. Todo se resuelve con maniobras alternadas de tracción y reducción, muy suaves, con una mano abdominal y otra inguinal, evitándose con cuidado y paciencia el desgarro de meso e intestino.

Al ver las dificultades que aparecen incluso con laparotomía asociada y amplias brechas herniarias (en un caso de 8 cms.), nos cuesta explicarnos cómo podría lograrse en estas enormes hernias la reducción del intestino por la sola vía inguinal y, en todo caso, una reducción segura y sin angulaciones.

El exceso de peritoneo que cubre el meso reconstruido, es resecado suturándose los bordes del mismo.

En los casos que se utilizó anestesia peridural, hemos visto como los esfuerzos más violentos no se acompañan de impulsión o proyección de lo reducido a través del orificio inguinal, lo que da impresión de seguridad.

En el curso de este procedimiento, el colon se aleja de la región inguinal, no pudiendo ser incorporado en las suturas de la plastia parietal (8). Brown (2) para más seguridad mantiene exteriorizado el colon a través de la incisión abdominal mientras repara la pared.

El saco se invierte, su vértice pasa a situarse en el borde mesentérico del intestino, siendo imposible que persista un infundibulo [Giusseffi y McSwain (8)]. La figura 8 reproduce esquemáticamente distintas etapas de la reducción y la situación anatómica que se logra.

La mesocolopexia de Morestin (13) la realiza también Brown (2), solidarizando ambas hojas peritoneales en la raíz del meso, en zonas avasculares.

En última instancia se realiza la plastia inguinal y el cierre de la laparotomía.

RESUMEN

Se exponen los caracteres anatómicos, clínicos, la patogenia y técnica quirúrgica de la hernia inguinal por deslizamiento del colon. Dicha hernia ofrece peligros reales cuando se procede exclusivamente por la vía inguinal. La operación de Morestin-La Roque obvia estos inconvenientes, logrando la reducción del intestino y la desaparición del saco con maniobras sencillas y desprovistas de riesgo. Esta técnica debe ser utilizada, a nuestro juicio, tanto más, cuanto menos experiencia tenga el cirujano en este tipo de hernias y en todas las circunstancias de importante deslizamiento visceral.

OBRAS CONSULTADAS

1. BEVAN, A. D.—“Ann. Surg.”. 102: 784: 1935.
BROWN, R. K.—Hernia inguinal por deslizamiento del colon. Traducción al castellano. “El Día Médico”, pág. 1317, 1949, Buenos Aires.
3. CAPELLE, W.—Operaciones de las hernias. En: “Errores y peligros en las operaciones quirúrgicas”, de R. Stieh-M. Makkas, XVI: 732-735; Editorial Labor, Barcelona, 1930.
4. DELGADO, B.—Hernia vesical inguinal. “Bol. Soc. Cir. del Uruguay”. 1963. (En prensa.)

5. FINOCCHIETTO, R.—Hernia inguinal con deslizamiento. "Cirugía Básica", VI: 353-359; López Libreros Editores, Buenos Aires, 1962.
6. GARCIA CAPURRO, R.—"Hernias inguinales por deslizamiento". Discusión (21).
7. GILARDONI, F. "Hernias inguinales por deslizamiento del colon". Curso de Graduados, Clínica Quirúrgica, Prof. Piquinela. Fray Bentos, Minas, 1961.
8. GIUSSEFFI, G. and McSWAIN, H. T.—Operative Management of Sliding Hernia. "Surg. Gynec. Obst.", 104: 425-432; 1957.
9. HOHLBAUM, J.—Hernias inguinales. En: "Errores diagnósticos y terapéuticos y manera de evitarlos", 621-629. Ed. Manuel Marín, Barcelona, 1927.
10. LARDENNOIS, G. et OKINCZYK, J.—"Etude sur les hernies du gros intestin". Editeurs Masson et Cie., Paris, 1910.
11. LA ROQUE, G. P.—The permanent cure of inguinal and femoral hernia: a modification of standard operative procedures. "Surg. Gynec. and Obst.", 29: 507; 1919.
12. LA ROQUE, G. P.—An improved method of removing hernia from within. "Ann. Surg.", 79: 375; 1924.
13. MORESTIN.—Citado por Lardennois y Okinczyk (10).
14. MUSSO, R.—"Sesión conjunta Clínicas Quirúrgicas A, B y F". Hospital de Clínicas, junio 1963.
15. PIQUINELA, J. A.—"Hernias inguinales por deslizamiento del colon". Discusión (7).
16. PLAVAN, M.—Comunicación personal.
17. RIOS BRUNO, G.; LARGHERO, P. y VENTURINO, W.—Táctica y técnica racionales para el tratamiento de las grandes hernias por deslizamiento. "El Día Médico Uruguayo", 304: 2261; 1958.
18. SAVARIAUD.—Citado por Lardennois y Okinczyk (10).
19. SCIENA, A. T.—Hernias inguinales por deslizamiento. su tratamiento. "El Día Médico", pág. 2107; Buenos Aires, 1952.
20. SUIFFET, W.—"Sesión conjunta Clínicas Quirúrgicas A, B y F". Hospital de Clínicas, junio, 1963.
- VALLS, A.—Hernias inguinales por deslizamiento. "Bol. de la Soc. Cir. Urug.", 1963. (En prensa.)
- URIBURU, J. V. y ZABALETA, D. E.—Gran hernia inguinal con deslizamiento del colon ileopélvico. Conducta para su tratamiento. "Arch. de Cirugía", XXXIV: 141; 1950.
- WILLIAMS, C.—Repair of sliding inguinal hernia through the abdominal (La Roque) approach. "Ann. Surg.", 126: 612-623; 1947.

RELATO :

Traumatismos encéfalocraneanos.

Dr. Eduardo Palma.

Dr. W. Perillo.

Dr. E. Fernández.

CORRELATOS :

Manifestaciones oculares de los traumatismos encéfalocraneanos.

Dr. C. Nin Avelleyra.

La colaboración del otoneurólogo en los traumatismos encéfalocraneanos.

Dr. Mario Rius.

El E. E. G. en los traumatismos encéfalocraneanos.

Dr. B. Fúster.

Anestesia en los traumatismos encéfalocraneanos.

Dr. A. Cañellas (F.F.A.R.C.S., D.A.).

Dr. J. E. Christie.