

Comunicación del Instituto de Ciencias Morfológicas — Dto. de Medicina Operatoria

INSERCIONES ANTERIORES DEL DIAFRAGMA (*)

Hernia grasosa diafragmática

Dr. Alberto M. Fernández Chapela

La region diafragmática es una región profunda, que se encuentra como telescopada en el tórax. Nos ocuparemos de algunas particularidades de las inserciones anteriores del diafragma y sus relaciones abdómino-torácicas con vistas a la hernia grasosa diafragmática. En una disección efectuada con el Prof. Chifflet, estudiando esta región, encontramos una hernia grasosa prepericárdica que nos llevó a interesarnos por este problema.

La inserción de las fascículas anteriores del diafragma sobre esternón y cartílagos costales se efectúa de tal manera, que quedan intersticios celulosos medianos (hiatos de Larrey) y paramedianos, para el pasaje de los vasos mamarios internos. Las fibras musculares del diafragma en esta zona se dirigen desde sus inserciones óseas de abajo —arriba y de delante— atrás en busca del centro frénico formándose así el seno esternocosto-diafragmático.

La cara inferior del diafragma a este nivel está cubierta por peritoneo (ver fig. N° 1). En la zona muscular se interpone entre peritoneo y las fibras tejido célula-adiposo más o menos desarrollado según las personas; en centro frénico peritoneo y parte fibrosa del diafragma se confunden. En esta zona se encuentran además las inserciones del ligamento suspensor del hígado, a derecha de la línea media. El peritoneo que forma las

(*) Comunicación presentada en la Sociedad de Cirugía en sesión del 31 de agosto de 1949.



Fig. Nº 1. — Diseccción de región esterno costo-diafragmática de atrás adelante: 1) Esternón; 2) Costilla; 3) Triangular del esternón; 4) Diafragma; 5) Músculos de pared anterior de abdomen; 6) Ligamento falciforme con inserción diafragmática a derecha de línea media.



Fig. Nº 2. — Continuación de la disección anterior, se han separado las 2 hojas peritoneales del ligamento falciforme: 1) Peritoneo; 2) Diafragma; 3) Tejido grasoso subperitoneal.

hojas de este ligamento se refleja y se continúa con el peritoneo diafragmático y con el parietal anterior. Por esta causa, el tejido célula-adiposo contenido en el espesor del falciforme se continúa directamente con el tejido subperitoneal de cara inferior de diafragma (ver fig. N° 2).

Este mismo tejido celular comunica muy a menudo a través de los hiatos mediano y paramedianos con el tejido celular subpleural y prepericárdico. (Ver fig. N. 3).



Fig. N° 3. — Sigue la misma disección, nos muestra la comunicación del tejido grasoso subperitoneal con el subpleural: 1) Peritoneo; 2) Diafragma; 3) Tejido grasoso subperitoneal continuándose con el tejido celular subpleural.

Disecada esta region por el lado torácico comprobamos que existe un espacio celuloso prépericárdico, limitado adelante por el esternón y atrás por pericardio y diafragma; lateralmente se reflejan en esta zona los fondos de saco inferiores de la pleura. (Ver fig. N° 4).

Esta disección nos muestra una voluminosa hernia grasosa prepericárdica que avanza hacia derecha en sentido del fondo de saco inferior de la pleura. El pedículo de la hernia es paramediano derecho, pasando por uno de los hiatos laterales del diafragma. Su contenido está formado por la grasa subperitoneal

del ligamento falciforme en este caso. Si aumentan de volumen pueden arrastrar un sector más o menos grande del falciforme y contener vísceras (Berard). Del punto de vista práctico en esta comunicación queremos insistir:

1º La situación del orificio de pasaje paramediano y yuxtaesternal;

2º Los tejidos componentes de la hernia; célula adiposo en una primera etapa y peritoneo secundariamente.



Fig. No 4 y esquema. — Pieza de disección por vía torácica mostrando la hernia grasosa: 1) Esternón; 2) Triangular de lesternón; 3) Diafragma; 4) Pericardio (tijera introducida en el fondo de saco pericárdico, 5) Fondos de sacos pleurales; 6) Hernia grasosa prepericárdica.

3º Su topografía torácica precordial cuando son de escaso volumen, y luego pleuro-pulmonares. *Se podrán diagnosticar radiológicamente cuando desplacen el fondo de saco pleural y tengan como contraste la claridad pleuro-pulmonar.*

Recordando la riqueza nerviosa del ligamento falciforme y los reflejos que origina al formar parte de una hernia, se plantea el problema de si en el fondo de muchas dispepsias indeterminadas no existirán hernias de este tipo.

4º La intervención por vía transpleural efectuada por vía lateral ofrece dificultades por quedar distante del anillo de pasaje diafragmático. En el abordaje debe exponerse bien la región xifoidea para efectuar la curva radical del anillo.

Presentamos estas sugerencias a la Sociedad de Cirugía bajo la orientación del Prof. Abel Chifflet.
