

HERNIA VENTRAL LATERAL (*)

Dr. José A. Piquinela

OBS. N° 1. — Víctor S., 64 años, ingresa a la sala García Lagos, H. Maciel, el 26 - V - 53, por una tumefacción abdominal derecha. Hace un año y medio observa en la región inguino - abdominal derecha una pequeña tumefacción que aumenta progresivamente de tamaño hasta ocupar casi toda la región inguino - abdominal derecha; aparece en la posición de pie desapareciendo espontáneamente en el decúbito, acompañándose entonces de gorgoteo. Bronquítico crónico; expectoración mucosa.

El examen evidencia una pared abdominal muy débil y la tumefacción mencionada que se aprecia por encima de la zona del canal inguinal; oblicua abajo y adentro, de forma groseramente ovoidea, tiene 10 cm. en su eje mayor y 4 cm. en su eje menor; con clara impulsión a la tos se reduce fácilmente con gorgoteo; aparece en la posición de pie y se reduce espontáneamente con el decúbito. El anillo se palpa dificultosamente, por encima del canal inguinal, oblicuo abajo y adentro; haciendo contraer la pared abdominal se aprecia que el borde súpero-interno se acerca al borde externo del recto anterior del abdomen.

El examen del canal inguinal muestra una hernia oblicua externa reductible y una pared posterior muy débil, el tendón conjunto alejado de la arcada se inserta en el pubis; la tumefacción abdominal es independiente del canal inguinal y de la hernia que lo ocupa.

Resto del examen s/p. Tránsito intestinal normal; aparato urinario s/p.

Exámenes de laboratorio: normales.

Se diagnostica: hernia ventral lateral, llamada generalmente hernia de la línea de Spigel y hernia inguinal oblicua externa.

Intervención. — (7 - VI - 53). Prof. Piquinela. Dr. Barreneche; anestesia local novocaína 1 %. Incisión siguiendo el eje mayor de la tumefacción; se encuentra una hernia que emerge por encima del canal inguinal a través de una amplia dehiscencia del gran oblicuo y de un orificio del pequeño oblicuo y transverso situado a 3 cm. encima del borde inferior del tendón conjunto, sobre la vertical del orificio profundo del

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 11 de abril de 1956.

canal inguinal; sus bordes superior, inferior y externo son musculares; un grueso haz de fibras carnosas forma el límite inferior (integrado por los haces más bajos del pequeño oblicuo y transverso); su borde interno de aspecto aponeurótico está situado a 2 cm. del borde externo de la vaina del recto. Disección del saco peritoneal; resección previa ligadura en su base; cierre del orificio del pequeño oblicuo y transverso con catgut cromado.

Se explora el canal inguinal; saco de hernia oblicua externa y voluminoso lipoma preherniario; resección del lipoma y del saco; cierre de la fibrosa del cordón. Reparación de las paredes del canal inguinal por el método retrofunicular con sutura y plegamiento de la fascia transversalis; sutura del gran oblicuo. Cordón subcutáneo. Plano en el celular subcutáneo. Lino en la piel.

Post - operatorio sin incidentes. Alta: 18 - VI - 53.

OBS. N° 2. — Pablo M., 52 años, ingresa a la Sala García Lagos, el 10 - VII - 55 enviado por médico por tumefacción abdominal que la ha interpretado como tumor de la pared.

Hace un año, después de haber sufrido un traumatismo violento en su miembro inferior derecho, por lo cual estuvo varios meses enyesado, comprueba la aparición de una tumefacción en fosa ilíaca derecha. Redondeada, pequeña e indolora, fue aumentando progresivamente de tamaño sin dolor ni alteraciones de tránsito digestivo. Se manifestaba especialmente estando de pie o sentado; disminuía al acostarse y alguna vez desaparecía bruscamente con ruido de gorgoteo. Llega finalmente a consultar por el gran tamaño que ha adquirido y por resultarle algo dolorosa durante la marcha. Tránsito intestinal s/p.; aparato urinario s/p.

Etilista y gran fumador; tosedor habitual. Múltiples traumatismos en su miembro inferior derecho han traído una acentuada impotencia funcional.

Examen. — Enfermo obeso, con abdomen globuloso, saliente; paredes débiles; a la inspección se observa en la fosa ilíaca derecha, una tumefacción ovoidea situada por encima del canal inguinal, a la altura de la espina ilíaca ántero superior, cuyo eje mayor es oblicuo abajo y adentro; se hace más evidente al incorporar el paciente, disminuyendo al colocarse en decúbito dorsal. A la palpación es lisa, tensa, con impulsión a la tos; se reduce totalmente con ruidos hidroaéreos percibiéndose un orificio herniario de bordes borrosos cuyo límite interno está a unos 3 cm. del borde externo de la vaina del recto. El examen del canal inguinal pone de manifiesto que la tumefacción es independiente de él y que el orificio herniario está netamente por encima; la pared posterior muy débil, bomba fuertemente; el tendón conjunto muy alejado de la arcada en su parte media se inserta por su extremidad interna en la espina del pubis.

Resto del examen s/p. Un examen radiológico contrastado, evidencia el contenido intestinal de la hernia. (Fig. 1, 2 y 3).

Se diagnostica hernia ventral lateral.

Intervención. — 21 - VII - 55. Prof. Piquinela, Dr. Lanza, Pte. Pereyra. Anestesia general (Manzzini). Incisión oblicua abajo y adentro siguiendo el eje mayor de la hernia. El plano del gran oblicuo considerablemente adelgazado, permitiendo ver por transparencia el saco herniario y su contenido parcialmente epiploico, está íntegro en toda su extensión; se trata de una hernia tipo intersticial. Se incinde el gran oblicuo en la



FIG. 1. Examen radiológico contrastado correspondiente al enfermo de la observ. 2. Se ve el delgado contenido en la hernia.

dirección de sus fibras; se encuentra un saco voluminoso con delgado y epiplón en su interior que se extiende entre gran y pequeño oblicuos; reducción del contenido; resección del saco previa ligadura en su base. El orificio herniario asienta en plena masa carnosa del pequeño oblicuo y transverso; tiene 8 cm. en sentido transversal; está situado a la altura de la espina iliaca ántero superior, a 4 cm. por encima del canal inguinal; su extremo interno está a 3 cm. del borde externo de la vaina del recto. El borde superior es grueso; el borde inferior más delgado; los bordes del orificio son totalmente carnosos.

Se explora el canal inguinal; hay un voluminoso lipoma a nivel de la pared posterior que se reseca; la pared posterior bomba fuertemente.

Se cierra el orificio de la hernia con catgut cromado; se repara el canal inguinal por el método retrofunicular dejando el cordón subcutá-

neo, suturando cuidadosamente la fascia transversalis en dos planos. Cierre de la incisión del gran oblicuo. Plano en el celular subcutáneo. Lino en la piel.

El término "*hernia ventral*" es aplicado a las hernias que se hacen a través de la pared ántero - lateral del abdomen, fuera de

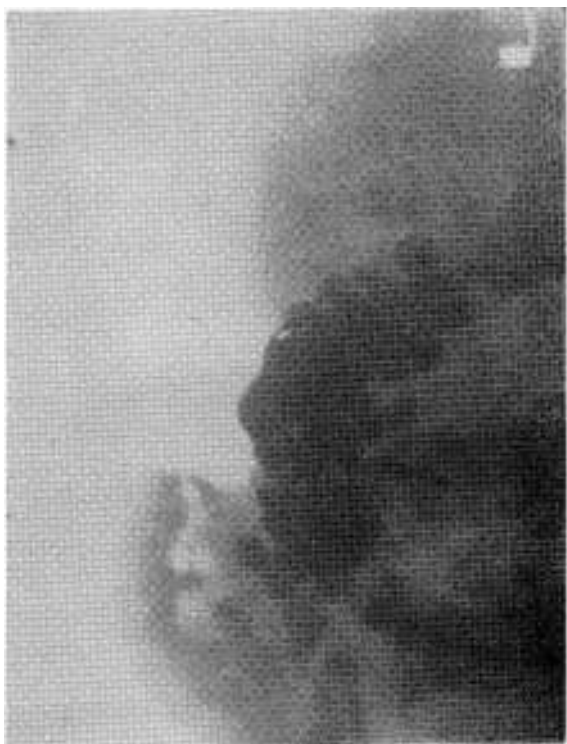


FIG. 2. — Placa de perfil correspondiente al mismo enfermo evidenciando la masa de delgado herniada.

la línea blanca (incluido el orificio umbilical) y del canal inguinal. Nos referimos a las *hernias espontáneas* que obedecen a una variedad de deficiencias estructurales en las capas músculo - aponeuróticas de la pared; algunas de estas últimas no han sido adecuadamente explicadas, existiendo cierta confusión a este propósito, lo que repercute sobre la nomenclatura utilizada por los distintos autores para designar las hernias que se originan a través de ellas. Dejamos expresamente de lado en las consideraciones de esta comunicación las protrusiones del contenido abdominal consecutivas a defectos traumáticos y las eventraciones post - operatorias

porque ellas no están basadas directamente en predisposiciones anatómicas.

Las hernias ventrales o *hernias ventrales laterales* (las hernias de la línea blanca no deben a nuestro juicio ser incluídas dentro de las primeras como lo hacen algunos autores) compren-

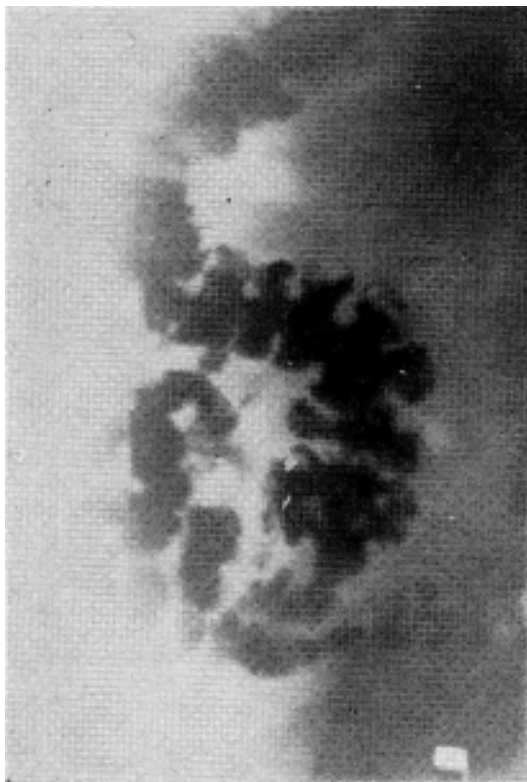


FIG. 3. — Otro aspecto del examen radiológico.

derían: 1) las *hernias lumbares*, definidas perfectamente por su topografía; 2) las *hernias de la línea semilunar* o hernias de Spigel y 3) las hernias que se hacen por fuera de esta línea o zona, a través de la masa muscular del pequeño oblicuo y del transverso (nuestros dos casos). Estos dos últimos grupos son designados por algunos autores como hernias de la línea de Spigel mientras otros reservan para ambos el nombre de hernias ventrales laterales.

La línea de Spigel. — Este término que consagra un doble error, anatómico e histórico, según la conocida frase de Terrier y Lecene, se sigue empleando aún cuando los autores no concuerdan en lo que entienden por línea de Spigel (origen del tendón plano del músculo transverso para la mayoría; aponeurosis del oblicuo menor donde se divide para envolver el músculo recto - Watson, River; unión de la vaina del recto con la aponeurosis de los músculos laterales abdominales). De hecho ninguna de estas concepciones concuerda con lo que describía Spigel para

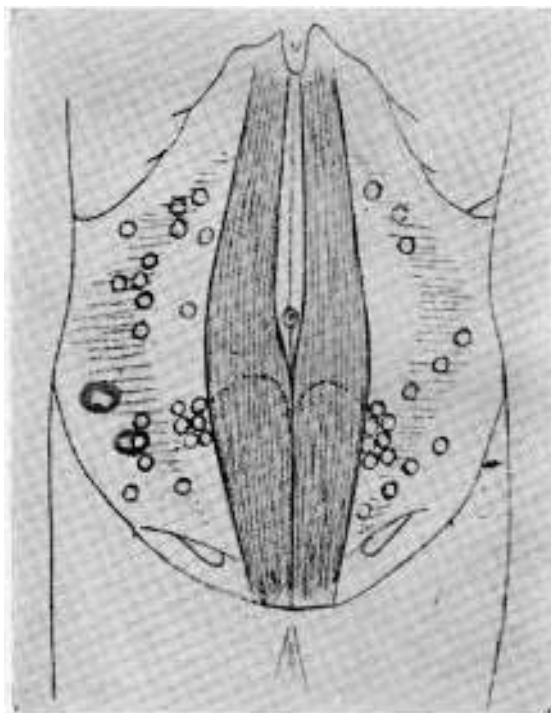


FIG. 4. — Esquema de Sthümer (tomado del trabajo de Angelletti). Sobre él se han figurado los orificios herniarios de los casos que se presentan; el inferior corresponde a la observ. 1 y el superior a la observación 2.

quien la transición de las fibras musculares en tendinosas, de los tres músculos anchos del abdomen se harían a un mismo nivel, lo que es un error anatómico evidente e indiscutible.

La línea semilunar como la comprendía Spigel no existe ya que las tres líneas o zonas de transición no se corresponden. Pero entre la saliente del recto y la saliente de las fibras carnosas del gran oblicuo existe un surco vertical o **surco lateral del abdómen** (Grégoire), donde la pared es menos resistente. A su nivel el primer plano es tendinoso; el segundo es muscular en su parte media y tendinoso en sus dos extremos; el tercero es enteramente carnoso. Es en esta zona, donde en los casos de debilidad se ve dibujarse bajo la acción del esfuerzo un abombamiento vertical, que aparecen las llamadas aún hoy hernias de la línea de Spigel.

Esta zona según otros autores (Zimmerman y col.) o depresión curva que se extiende desde la punta de la 9ª costilla al pubis, marcando el borde externo de la vaina del recto, a la que se refieren habitualmente las hernias ventrales espontáneas, no tiene ninguna debilidad estructural específicamente peculiar a esta zona anatómica. Representaría por el contrario la línea de fusión de las aponeurosis del oblicuo menor y trans-

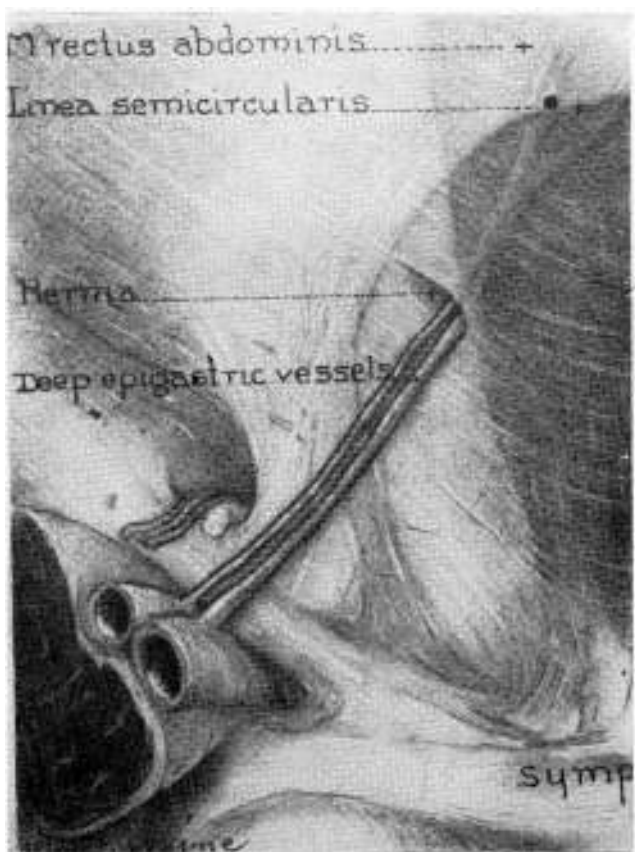


FIG. 5. Punto de salida de hernia espontánea en la línea semilunar (Watson).

verso siendo en consecuencia una zona fuerte resistente de la pared, más que un área débil. No existen en ella razones de orden anatómico que favorezcan la producción de hernias.

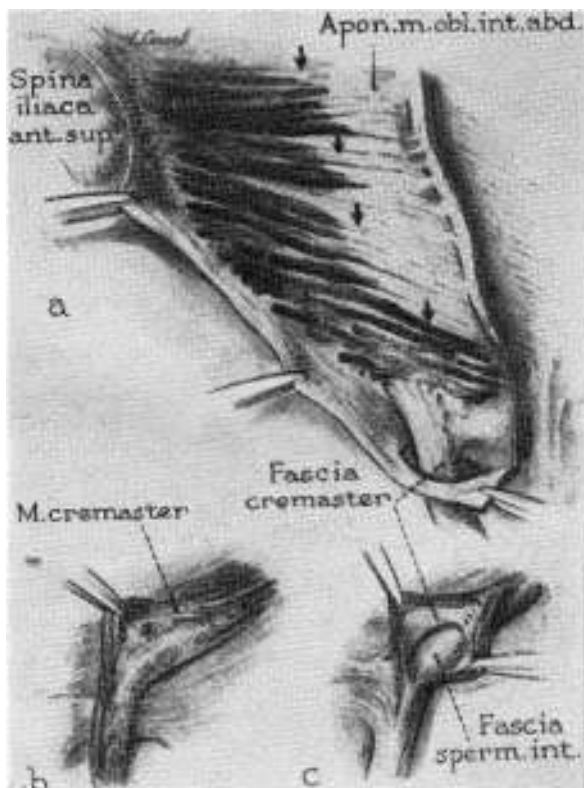
Cabe señalar además que los estudios anatómicos de muchos autores (Anson y col. entre ellos), han evidenciado variaciones muy grandes en la estructura músculo-aponeurótica de la pared abdominal anterior considerada como normal en la mayoría de los textos de anatomía y en especial manera en el desarrollo de la porción muscular y tendinosa del transverso; la línea que marca su transición no coincide en manera alguna con

la línea semilunar tal como se la define. Muchas de las hernias llamadas de Spigel responden según Zimmerman y col. a defectos consecutivos a la "fasciculización" de las fibras musculares del pequeño oblicuo y transverso.

Nuestra experiencia en cirugía de hernias, que creemos importante dado el número de enfermos operados, nos lleva a suscribir esta última

FIG. 6. Parte inguinal del músculo oblicuo interno (adulto blanco, bien desarrollado, sexo masculino). a) Hacia adentro la aponeurosis del oblicuo externo ha sido cortada a lo largo de su línea de continuidad con la del oblicuo interno y abajo, cerca del ligamento inguinal, conservando el anillo inguinal subcutáneo. Los haces del oblicuo interno están indicados por flechas. b) La aponeurosis del oblicuo externo (lado opuesto del mismo sujeto), ha sido incindida a través del pilar superior y llevada hacia abajo, para exponer el oblicuo interno. El músculo envía pocos fascículos hacia abajo, sobre el cordón, siendo fascial

el resto del revestimiento cremasteriano. c) La fascia cremasteriana ha sido incindida y los bordes separados para exponer la capa fascial espermática interna del cordón. (Zimmerman y col.).



opinión. Hemos encontrado variaciones muy grandes de un sujeto a otro en la estructura de la pared abdominal anterior en su sector infraumbilical, interesando los tres músculos anchos del abdomen, especialmente oblicuo menor y transverso. Coinciden en general con lo que señalan en sus trabajos los autores arriba citados.

Topografía del orificio herniario. — El orificio de las hernias ventrales puede estar situado en dos zonas: inmediatamente por fuera de

la vaina del recto, en zona generalmente tendinosa, o por fuera del surco lateral, en plena masa carnosa del pequeño oblicuo y transverso.

1) Las hernias que se hacen a través de la zona tendinosa, comúnmente designadas **hernias de Spigel**, aparecen inmediatamente por fuera de la vaina del recto y con mayor frecuencia por debajo del ombligo, en el punto que corresponde a la unión del tercio interno con los dos tercios externos de la línea umbílico - espinal, punto en que dicha línea cruza el surco lateral o línea semilunar. Se las divide en dos variedades: las situadas por arriba de los vasos epigástricos (que raramente se encuentran

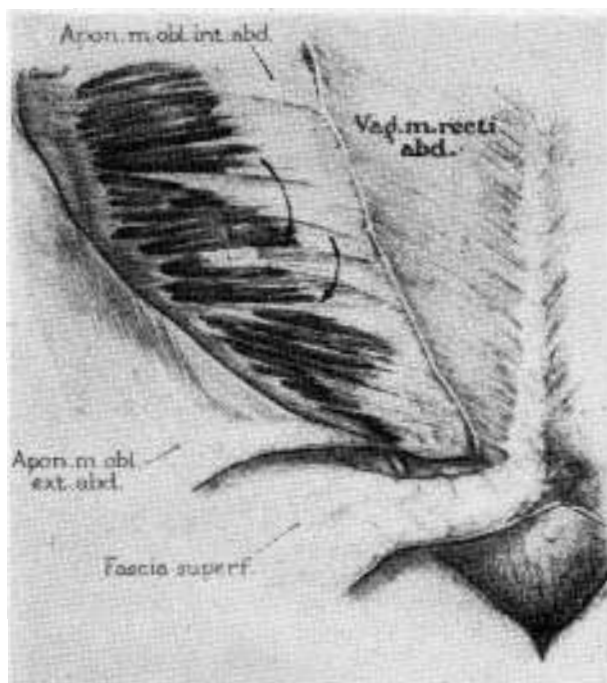


FIG. 7. — Parte inguinal del músculo oblicuo interno (mujer adulta). El oblicuo externo ha sido incindido y separado como en la figura anterior. El músculo está muy definitivamente fasciculado; las flechas pasan debajo de dos haces prominentes. (Zimmerman y col.).

por encima del ombligo) y las que emergen por debajo de dichos vasos y al mismo nivel de las arcadas de Douglas, que serían las más frecuentes. Mc Vay y Anson han mostrado que la posición de las arcadas de Douglas es extremadamente variable y que el vértice del arco puede ser casi tan alto como el ombligo o tan cercano al pubis que el defecto resultante parece un ancho orificio para el pasaje de los vasos epigástricos.

La mayoría de las hernias que emergen por debajo de los vasos epigástricos aparecen cercanas al pubis; muchas de ellas son clasificadas como hernias inguinales directas incluyéndose a estas últimas, en algunos trabajos, dentro de las hernias de la línea semilunar, criterio que no compartimos. Una hernia directa coexiste con un grado variable de debilidad parietal; si tomamos en cuenta sólo al tendón conjunto pueden obser-

varse dos situaciones extremas: insertándose como normalmente en la espina del pubis o hasta 6 ó 7 cm. por encima de él. Son estas últimas hernias directas las que se considerarían como hernias de la línea semilunar, hecho que entendemos inaceptable del punto de vista anatómico.

Sin olvidar las variaciones grandes que el tendón conjunto puede presentar, creemos que se deben seguir llamando hernias directas todas aquellas que aparecen por debajo de las fibras más inferiores del conjunto, cualquiera sea su inserción. Cuando su fijación es alta, en cuyo caso el borde externo de la vaina del recto integra el límite interno de la pared posterior del canal inguinal, creemos que nada justifica incorporar la hernia al grupo de las hernias de la línea semilunar. En nuestra opinión, cualquiera sea el grado de debilidad parietal, las hernias directas deben seguir refiriéndose al canal inguinal y en consecuencia al grupo de las hernias inguinales, por razones anatómicas, clínicas y terapéuticas.

2) Las hernias que se hacen a través del cuerpo carnoso del pequeño oblicuo y transverso emergen a distancia del borde de la vaina del recto y en general el orificio herniario es totalmente muscular; en algunos casos su límite interno puede ser tendinoso. El hecho saliente es que no aparecen a través de las fibras de la aponeurosis del transverso ni contactan por su borde interno con la vaina del recto. Descri tas por algunos sin discriminación dentro de las hernias de la línea de Spiegel; incluidas por otros específicamente dentro de ellas aún estableciéndose que se hacen por fuera de la línea semilunar y consideradas como las menos frecuentes, representarían para ciertos autores el tipo más común de hernia ventral lateral. Se les ha encontrado por encima y por debajo del nivel del ombligo y aparecen bien señaladas en el esquema de Sthümer publicado en 1910.

Nuestros dos casos pertenecen a este grupo. En ambos el orificio herniario es totalmente carnoso, distante del borde externo de la vaina del recto y de la zona aponeurótica del transverso, separado del canal inguinal por un ancho haz muscular. En la observación 1, la hernia es subcutánea debido a una amplia dehiscencia del gran oblicuo; en la observación 2, la hernia es intersticial, hecho frecuente, y el saco se extiende por debajo del gran oblicuo, muy adelgazado en este caso pero íntegro en toda su extensión. Este adelgazamiento del gran oblicuo permitía, una vez reducida la hernia, el reconocimiento del orificio herniario, hecho no común en la variedad intersticial que es la más frecuente y que explica las dificultades diagnósticas a menudo señaladas y la designación de hernias enmascaradas empleada por Macready para este tipo de protrusión herniaria.

Consideraciones etio - patogénicas. — Como para las hernias en general tienen valor el aumento de presión intraabdominal consecutivo a los grandes esfuerzos, la tos crónica, la obesidad, los

embarazos, etc. Pero lo que interesa especialmente, es el análisis de los factores capaces de crear una predisposición anatómica para la producción de las hernias ventrales laterales.

Asunto todavía en discusión, los factores invocados pueden resumirse en cuatro capítulos:

1. **Factores vásculo - nerviosos.** Desde que Cooper sugiriera que la hernia emerge a través de uno de los hiatos vasculares situados sobre la línea semilunar, numerosas observaciones parecieron apoyar esta tesis: paquete perforante vásculo - nervioso, o solamente vascular, o sólo un filete nervioso. La rama arterial estaría dada comúnmente por la epigástrica (rama terminal o colateral); existiría un punto debil cuando la arteria emerge inmediatamente por fuera de la vaina del recto y perfora la porción tendinosa de los músculos profundos, punto situado inmediatamente por fuera de las arcadas de Douglas; el orificio sería habitualmente más grande que el calibre del vaso. Menos frecuentemente se han señalado: ramas anormales de la mamaria interna, de las últimas intercostales, de la iliolumbar, de la circunfleja ilíaca; Grégoire incrimina a los orificios de pasaje de los paquetes vásculo - nerviosos perforantes anteriores de los intercostales que emergen de la profundidad a lo largo del borde externo del recto.

Numerosas observaciones negativas y el hecho de que el orificio herniario es en general mucho mayor que los agujeros vasculares descritos llevan a pensar actualmente que tales hiatos tienen una importancia etiológica mínima.

2. **Zonas de debilidad.** — Se han descrito hendeduras irregulares, a menudo múltiples, en la zona tendinosa del transverso, por dentro de su porción muscular y laterales con relación al recto, atribuidas a veces al distinto grado de elasticidad (cede el músculo pero no la aponeurosis). Otros autores admiten un área débil en el cruce de las arcadas de Douglas con la línea semilunar: la hoja posterior de la vaina del recto está ausente y no existe soporte fibroso o aponeurótico entre la fascia transversalis y los músculos abdominales anteriores. La mayoría de las hernias de Spigel han sido descritas en este punto, a nivel o por debajo de las arcadas de Douglas, que habitualmente forman parte del anillo herniario admitiéndose como posible que estas hendeduras sean ensanchadas por la tracción hacia afuera del haz accesorio del oblicuo menor que Chouke ha descrito, llamándole oblicuo menor accesorio.

Barthélemy, retomando una vieja idea de Molliere aceptó como causa determinante el divertículo o nicho que se origina entre el recto y su vaina cuando la hoja posterior de ésta no adhiere o lo hace muy laxamente al músculo y los arcos de Douglas, muy altos, no se incurvan en su lado externo sino que terminan casi horizontalmente; una hernia puede aparecer a consecuencia de un brusco esfuerzo, especialmente estando el cuerpo incurvado hacia adelante.

Es posible que estos defectos parietales tengan menos valor del que se les ha adjudicado si se considera las variaciones frecuentes y acentuadas que se han señalado en la estructura de la vaina del recto y en los músculos y aponeurosis de la pared abdominal así como en la situación de los arcos de Douglas, cercanos al ombligo o al pubis, en su desarrollo mayor o menor, en la presencia de un arco de Douglas secundario por encima, etc.

3. **Fasciculización normal de los músculos abdominales.** — Zimmerman y col., dan para estas hernias una explicación que nos parece más plausible que las anteriores; es evidente en nuestros dos casos y según los autores es valedera para las hernias descritas a nivel de la línea de Spiegel.

En el área inguinal los tres músculos anchos del abdomen tienen variaciones frecuentes. A nivel del **oblicuo mayor** ellas son menos acentuadas: separación variable de los pilares que puede llegar a ser muy grande y espacio potencial sub-aponeurótico amplio en el cual una hernia puede alojarse. El **oblicuo menor** es raramente una capa simplemente única cuya porción muscular se presenta con fascículos uniformemente distribuidos, tal cual se le describe como disposición normal o habitual. A su nivel son frecuentes variaciones importantes del punto de vista que consideramos; los fascículos más bajos pueden estar por encima del canal inguinal, en cuyo caso la capa funicular o cremasteriana es totalmente aponeurótica y la porción principal del cuerpo carnoso presentarse integrada por haces o fascículos músculo-aponeuróticos sostenidos por las capas fasciales de revestimiento superficial y profunda. Estos haces dispuestos como las varillas de un abanico abierto dejan entre si espacios que aumentan a medida que nos acercamos a su extremo interno y que aparecen como hendeduras cerradas por las capas fasciales del músculo conteniendo frecuentemente pequeños pelotones adiposos y a veces hernias del tejido adiposo preperitoneal.

En el **transverso** se han encontrado similares hendeduras en su porción ínguino-hipogástrica, comparables en su forma y tamaño a las encontradas en el oblicuo menor y a veces superponibles (6 %) casos estos últimos en los que la predisposición herniaria es máxima.

4. **Malformación congénita.** — En algunos casos existiría una verdadera malformación parietal traducida por un vicio o retardo del desarrollo de los músculos: desde la ausencia de fibras de determinados haces musculares o tendinosos hasta la ausencia casi total de los músculos que componen la pared lateral del abdomen. Es para estos últimos que algunos autores reservan el nombre de laparoceles.

En nuestras dos observaciones coexiste una hernia inguinal (oblicua externa en la primera y directa en la segunda), hecho frecuente, así como una historia de grandes esfuerzos, especialmente en el último enfermo, lo que evidencia la importancia de

todas las causas de aumento de la presión intraabdominal así como las de distensión y debilitamiento parietales. Cabe recordar que la poliomielitis anterior aguda ha sido invocada como causa frecuente de esta hernia en los niños lo mismo que ciertos casos de parálisis unilateral de la pared abdominal consecutiva a la sección de los nervios intercostales. En varias observaciones la hernia habría aparecido después de un esfuerzo súbito.

Hernia generalmente del adulto, en algunas estadísticas aparece con predominio en el sexo femenino.

Anatomía Patológica. — Los hechos salientes de este tipo de hernias pueden resumirse así:

a) generalmente *unilateral*, se han señalado casos bilaterales;

b) de *tamaño* moderado (6 á 10 cm. de diámetro), son frecuentes las hernias pequeñas y en cambio más raras, pero no excepcionales, las grandes hernias;

c) el *orificio herniario*, generalmente *subumbilical* puede ocupar *dos situaciones*: 1) inmediatamente por fuera de la vaina del recto cuyo borde externo forma parte del orificio o 2) en plena masa muscular del pequeño oblicuo y transverso, a una distancia variable del borde externo de la vaina. A menudo subyacente a los arcos de Douglas, que lo limita por arriba y afuera, en muchas observaciones aparece situado en la unión del tercio interno con los dos tercios externos de la línea umbílico - espinal. Su diámetro oscila entre 0.2 y 2 cm. pudiendo ser mayor como en nuestros dos casos y alcanzar 5 ó 6 cm. y aún más.

Es frecuente, especialmente los que asientan inmediatamente laterales a la vaina del recto, que se presenten como un orificio bien definido en la aponeurosis del transverso, con bordes cortantes y en forma de creciente, principalmente en su parte superior y súpero-laterales (borde del arco de Douglas) lo que explica la frecuencia de la estrangulación.

d) Teniendo en cuenta la manera de presentarse, se describen *tres formas* o variedades:

1. **Forma intersticial:** es la más común; el orificio herniario se hace a expensas del transverso y pequeño oblicuo habitual-

mente fusionados a ese nivel; el saco se extiende debajo del gran oblicuo intacto, apareciendo como más prominente, cualquiera sea el sitio del orificio, en la región de la espina ilíaca ántero-superior. A esta forma pertenece la observación 2; la continuidad e integridad del plano del gran oblicuo puede hacer difícil o imposible el reconocimiento del orificio herniario; máxime si la hernia no es reductible o lo es difícilmente. Es lo que explica los frecuentes errores de diagnóstico señalados en la literatura y los nombres propuestos para esta variedad de hernia: intraparietal, inaparente, enmascarada (Macready).

2. **Forma subcutánea:** a expensas de una dehiscencia del gran oblicuo, la hernia es subcutánea (observación 1); es la forma que algunos llaman aparente, menos frecuente y de reconocimiento más fácil.

3. **Forma mixta o bisacular:** es la combinación de las dos formas anteriores; el saco se extiende por debajo del gran oblicuo y a expensas de una dehiscencia, a menudo tardía de este último, aparece parcial o totalmente en el subcutáneo.

e) El *lipoma* preherniario, no constante, es hecho frecuente (observ. 1) y constituye a veces toda la hernia (hernias grasosas); tiene en la formación de ellas el conocido papel que se le atribuye en otras hernias a lo que cabe añadir que el tejido preperitoneal se forma, a este nivel, a expensas de pequeños pelotones adiposos, lo que puede facilitar su penetración a través de los intersticios parietales.

f) El *saco* herniario de tamaño habitualmente moderado y de forma globulosa, puede ser multilocular y a veces diverticular. El *cueño* generalmente estrecho adhería laxamente a los bordes del orificio en nuestros dos casos pero puede hacerlo íntimamente, especialmente en los orificios látero-rectales, fibrosos, cortantes, inextensibles. El contenido es variable; habitualmente integrado por delgado y epiplón, se ha encontrado: colon, estómago, apéndice, ovario, testículo ectópico; en un caso: ciego, apéndice, delgado y epiplón; en otros, hernias por deslizamiento del sigmoide.

Sintomatología. — Las hernias ventrales laterales, mismo de cierto tamaño, pueden ser asintomáticas. Las formas intersticia-

les, frecuentes, dan origen a una sintomatología a menudo poco característica que explica los errores de diagnóstico cometidos.

Los síntomas funcionales recuerdan los de muchas hernias de la línea blanca: dolores localizados o difusos, más o menos intensos, a veces muy severos; crisis dolorosas, epigastralgiás con estado nauseoso, agravadas por el esfuerzo y calmadas en general por el reposo; sintomatología gastrointestinal, cuadros sub-obstructivos, trastornos acentuados por la tos, el ejercicio, los esfuerzos. El dolor intenso ha llevado en muchos casos, a la exploración quirúrgica sin diagnóstico previo de hernia.

Los signos *físicos* dependen del tamaño de la hernia, de su forma intersticial o subcutánea, de su reductibilidad, de la obesidad del paciente. Las hernias pequeñas intersticiales son a menudo de reconocimiento muy difícil; la tumefacción no es evidente y sólo puede ser llamativo un punto doloroso persistente localizado siempre en el mismo sitio especialmente manifestado cuando el sujeto está de pie y si estando en decúbito dorsal se le palpa el abdomen al mismo tiempo que intenta incorporarse, con lo que se busca excluir toda sensibilidad de origen visceral.

Cuando la hernia tiene cierto volumen, se palpa bajo la forma de una masa más o menos tensa según su contenido y la variedad anatómo patológica a que pertenezca. En las formas subcutáneas especialmente reductibles, el reconocimiento es sencillo (Observ. 1); en la variedad intersticial el diagnóstico puede ser muy difícil, sobre todo si no hay clara impulsión con la tos y los esfuerzos y la masa no es reductible; las dificultades son aún mayores en los enfermos obesos. La continuidad del plano del gran oblicuo, intacto en toda su extensión en esta variedad, dificulta la correcta delimitación del saco herniario que aparece frecuentemente como un abultamiento más o menos borroso de la pared abdominal — a veces más evidente cuando se examina de perfil con el enfermo de pie — e impide en general la palpación del orificio herniario. En los dos casos de eventraciones intersticiales que hemos publicado anteriormente (20 - 21 - 22), los bordes del orificio eran imposibles de percibir, debido a la resistencia del plano músculo aponeurótico superficial; en la observación 2 de este trabajo, a la fácil reductibilidad de la hernia se agregaba la delgadez del gran oblicuo que permitió palpar netamente los

bordes del orificio herniario, hecho no frecuente en las variedades intersticiales.

Creemos de gran utilidad en tales casos el *estudio radiológico* simple y contrastado, ya que en estas hernias el contenido intestinal es lo frecuente; es posible lograr la visualización del componente visceral herniario y en consecuencia precisar el diagnóstico. En la observación 2 fué utilizado sólo con fines de documentación ya que el diagnóstico no ofrecía dudas, pero en nuestro segundo caso de eventración intersticial (22) nos permitió orientar firmemente el diagnóstico preoperatorio de eventración intersticial a contenido colónico en una enferma que nos había sido enviada con diagnóstico de tumor de ovario o tumor retroperitoneal.

Las *complicaciones* de este tipo de hernia aparecen como muy frecuentes: adherencias, irreductibilidad, estrangulación; una fístula fecal espontánea ha sido relatada. La estrangulación está señalada en muchas estadísticas como frecuente (más del 50 % de los casos) favorecida por las dimensiones del orificio herniario, su inextensibilidad y sus bordes agudos, finos y cortantes; más de un caso de hernia ventral lateral estrangulada ha sido reconocida en el curso de la intervención emprendida con el diagnóstico de oclusión intestinal aguda o menos frecuentemente de apendicitis o colecistitis aguda.

El *diagnóstico* de este tipo de hernias, ha sido hecho en muchas oportunidades en el curso de la intervención quirúrgica; se insiste aún en trabajos recientes (15 - 18) sobre la dificultad de su reconocimiento, admitiéndose que verosíblemente es más frecuente de lo que surgiría de las publicaciones al respecto, siendo posible que muchas hernias no sean diagnosticadas como tales hasta que la magnitud de los sufrimientos obliga a intervenir.

El diagnóstico diferencial se ha planteado según los casos con: hematoma de la vaina del recto; tumor de la pared abdominal; apendicitis; colecistitis; cólico ureteral; anexitis; obstrucción intestinal; afección colónica. En los sujetos obesos, con abdomen péndulo, aún reconocida la hernia, la diferenciación con una hernia inguinal directa puede ser muy difícil o imposible hasta el acto quirúrgico (casos relatados en que el saco deslizando

entre los oblicuos menor y mayor sale por el orificio inguinal superficial).

El *tratamiento* es quirúrgico; nada de particular en cuanto se refiere al manejo del saco y su contenido. El cierre del orificio herniario, generalmente pequeño, no ofrece en la mayoría de los casos ningún problema una vez bien liberados sus bordes. En algunos casos de orificios muy grandes y paredes muy débiles puede recurrirse a uno de los numerosos métodos de plastia actualmente en práctica en el tratamiento de hernias y eventraciones. La reconstitución del gran oblicuo a menudo conservado (formas intersticiales), aunque a veces muy adelgazado, puede servir en muchos casos de suficiente refuerzo a la sutura profunda como para no necesitar en el plano profundo más que el simple cierre del orificio herniario.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ANGELETTI, E. — "L'ernia spontanea della linea semilunare di Spigelio". Arch. Ital. di Chirurgia", 17: 38 - 60; 1927.
- 2) ANSON, B. J. y Mc VAY, CH. B. — "Inguinal Hernia. The anatomy of the region". Surg. Gynec. Obst., 66: 188 - 191; 1938.
- 3) AUGE, A. y SIMON, R. — "Contribution a l'étude des hernies de la ligne semi - lunaire de Spiegel". Rev. de Chir., Paris, 59: 297 - 316; 1921.
- 4) BACHY, G. — "Hernie dite de la ligne semi - lunaire de Spiegel". Rev. de Chir., Paris, 65: 201 - 212; 1937.
- 5) BARTHELEMY, M. — "Les hernies abdominales latérales". Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, 45: 1313 - 1319; 1919.
- 6) BONETTO, E. — "Contributo allo studio delle ernie ventro - laterali della linea di Spiegel". La Riforma Médica, 54: 875 - 877; 1938.
- 7) BRYANT, A. L. — "Spigelian Hernia". Am. J. Surg., 73: 396 - 397, 1947.
- 8) CHOUKE, K. S. — "The Constitution of the Sheath of the Rectus Muscle". Anat. Record, 61: 341 - 348; 1938.
- 9) DOWNES, W. A. — "Management of Direct Inguinal Hernia". Arch. Surg., 1: 53 - 73; 1920.
- 10) GONZALEZ TRONCOSO, C. A. y CHIESA, C. O. — "Hernia de Spiegel estrangulada". La Prensa Méd. Argentina, 34: 220 - 225; 1947.
- 11) GREGOIRE, R. — "La Région Sous - Thoracique De L'Abdomen". J. B. Bailliere et Fils. Paris p.p., 65 - 67; 1922.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 12) HOLLOWAY, J. — "Spontaneous Lateral Hernias". Ann. Surg., 75: 677 - 685; 1922.
- 13) IASON, A. H. — "Hernia", Blakiston C*, Philadelphia, p.p. 882 - 884; 1941.
- 14) KOONTZ, A. R. — "Hernia de la línea semilunar". An. de Cirugía, 11: 135 - 138; 1952.
- 15) LARSON, E. E. — "Spigelian Hernia". Am. J. of Surg., 82: 103-106; 1951.
- 16) MATHEWS, F. S. — "Hernia Through the Conjoined Tendon, or Hernia of the Linea Semilunaris". Am. Surg., 78: 300 - 304; 1923.
- 17) Mc MAY, C. B. y ANSON, B. J. — "Composition of the Rectus Sheath". Anat. Record, 77: 213 - 225; 1940.
- 18) MERSHEIMER, W. L.; WINFIELD, J. M. y RUGGIERO, W. F. — "Spontaneous Lateral Ventral Hernia (So Called Spigelian Hernia)". Arch. Surg., 63: 39 - 47; 1951.
- 19) PATEL, M. — "Hernies en Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet", 3er. ed. J. B. Baillierre et Fils. París. Tomo XXIX: 363 - 369; 1924.
- 20) PIQUINELA, J. A. — "Eventración a disposición intersticial". Bol. Soc. Cirugía Uruguay, 12: 238 - 241; 1941.
- 21) PIQUINELA, J. A. — "Eventración a disposición intersticial". Tercer Congreso Uruguayo de Cirugía, pp. 252 - 255, 1952.
- 22) PIQUINELA, J. A. — "Eventración intersticial. Adherencias post-operatorias. Operación de Noble". Soc. Cirugía Uruguay. 14, IX, 1955.
- 23) RIVER, L. P. — "Spigelian Hernia (Spontaneous Lateral Ventral Hernia Through the Semilunar Line)". Ann. Surg., 116: 405 - 411; 1942.
- 24) SAROT, I. A. — "Hernia in the Linea Semilunaris". J. Mt. Sinai Hosp., 8: 164 - 166; 1941.
- 25) TERRIER, F. y LECENE, P. — "La ligne semilunaire de Spiegel". Rev. de Chir., Paris, 36: 285 - 293; 1907.
- 26) THEVENTOT, L. y GABOURD, T. — "Les hernies spontanées du repli semilunaire de Spiegel". Rev. de Chir., Paris, 35: 568 - 585; 1907.
- 27) WATSON, L. F. — "Hernia", 3ed. C. V. Mosby, St. Louis, pp. 368 - 372; 1948.
- 28) ZIMMERMAN, L. M.; ANSON, B. J.; MORGAN, E. H. y Mc VAY, Ch. B. — "Ventral Hernia Due to Normal Banding of the Abdominal Muscles", Surg. Gynec. Obst., 78: 535 - 540; 1944.

Dr. Prat. Para completar la estadística, puedo decir que he tratado un caso de hernia ventral que data de unos diez o doce años. Esta hernia es del lado izquierdo, un poco alejada de la línea media y no tiene relación con la línea de Spiegel, está localizada en la parte muscular de

los músculos anchos del abdomen. Dio como lo dijo muy bien el comunicante, muy pocos síntomas y seguramente es una hernia intersticial puesto que el orificio nunca lo pude establecer. Al principio dio muy pocos síntomas, poco dolor, después apareció una tumefacción y como el enfermo no quería operarse y después tuvo que operarse de una hipertrofia de la próstata, se le había recomendado que no hiciera ejercicios mayores, sin embargo, como era estanciero, siguió andando a caballo. La tumefacción se agrando más y ahora es como una naranja pequeña, y se presentaron ciertos trastornos que parecía que debía operarse. A pesar de todo ha seguido sin operarse.

Es para citar el caso nada más, y completando las características que nos ha dado el Dr. Piquinela.

Dr. Piquinela. — Agradezco al Dr. Prat.