

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "E" del Prof. Juan Soto Blanco

HERNIA INGUINAL GIGANTE A CONTENIDO GÁSTRICO (*)

Dres. Juan René Delger y Lorenzo Mérola

En el curso del año 1955 tuvimos oportunidad de estudiar y operar el enfermo que motiva la siguiente comunicación.

Creemos oportuno su presentación no sólo por el interés particular que ofrecen algunas de sus excepcionales características, sino porque también de su estudio surgen problemas de orden táctico y técnico operatorio y de directivas de preparación preoperatoria.

La presencia del estómago formando parte del contenido de una hernia inguino-escrotal es un hecho infrecuente en las observaciones de la clínica quirúrgica actual. No hemos encontrado ningún caso en la revisión de lo publicado hasta el momento en la Bibliografía Nacional y aún pocos casos que detallaremos en la bibliografía extranjera.

Indudablemente, una hernia en cuyo contenido, además del habitualmente encontrado en las reparaciones quirúrgicas, aparecen órganos que se alojan muy excepcionalmente, tienen un elemento común que hemos encontrado en todas las observaciones estudiadas al presente y es la considerable longevidad del proceso patológico que ha permitido una lenta pero continua dislocación y traslado visceral con perfecta adaptación funcional digestiva en el paciente.

MEINHARD-SCHMIDT (Citado por JABOULAY ¹) publicó lo que parece ser el primer caso en 1885. En esa cita se mencionan además casos de CHEVEREAU y de LEWIN.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 29 de agosto de 1958.

LUST (2) en 1937 publica el estudio radiológico de un caso similar al nuestro, pero cuya característica fundamental y diferencial era una extraordinaria elongación del esófago abdominal que recorría prácticamente todo el abdomen.

En 1942 J. M. JORGE y Col. (3) llevan a la Academia Argentina de Cirugía un nuevo caso; a su juicio el N° 23 de la literatura mundial, lo que demuestra la rareza de la hernia gástrica inguinal.

HISTORIA CLINICA

J. R. (A 112119), 75 años, Lituano, casado, chacarero. Ingresó el 17/III/955, presentando una hernia inguino-escrotal izquierda que data de 15 años atrás y que se hizo definitivamente irreductible en los últimos 10 años.

Nunca le produjo el menor trastorno funcional, motivando la consulta las molestias derivadas del enorme tamaño de la tumefacción herniaria.

Presenta además, un moderado síndrome prostático caracterizado por polaquiuria nocturna. No hay antecedentes personales ni familiares a destacar. Siempre ha sido sano.

Examen. — Paciente de buen estado general y de nutrición con P. A. 16/9, y pulso de 88 p.m. en el que no se comprueban anormalidades en el sector cardiovascular, pleuro pulmonar y nervioso.

Presenta tres hernias de la pared abdominal.

1º **Enorme hernia inguino escrotal izquierda** (Figs. Nos. 1, 2 y 3). en cuya envoltura cutánea se invagina totalmente el pene. Escroto distendido, de pliegues totalmente borrados, sin lesiones cutáneas y con una marcada red venosa.

La palpación muestra que no existe tensión anormal en el contenido. Es irreductible y sonora a la percusión. Se palpa testículo algo por debajo y por afuera del pliegue de invaginación peneana. Es imposible precisar detalles del cuello herniario debido al tamaño de su pedículo.

2º **Hernia inguinal directa derecha**, de tamaño mediano, reductible, coercible, palpándose anillo de unos 3 cms. de diámetro.

3º **Hernia umbilical pequeña.** Al tacto rectal se comprobó: Próstata aumentada de tamaño con los caracteres de un adenoma, y un recto libre y sin lesiones.

De los Exámenes Complementarios citaremos un estudio hematológico normal, Wassermann negativo, Glicemia 1gr. 40, Urea Ogr. 30 y orina normal. Electrocardiograma y fondo de ojo normales.

El estudio se complementó con Exámenes Radiológicos:
... **Radiografía de tórax:** Trazo cisural derecho.

Estudio radiológico de gastro-duodeno: "El estómago está enormemente alargado, con el fondo muy dilatado y penetra en el gran saco herniario inguinal izquierdo. Gran cantidad de líquido de retención, pu-

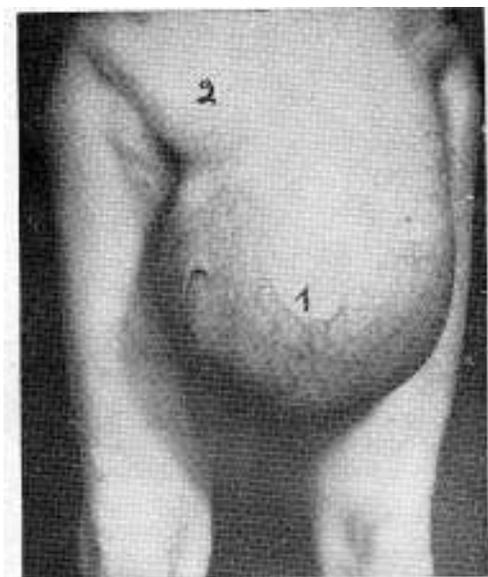


Fig. 1. — Frente de pie. 1) Hernia gigante; 2) hernia directa.



FIG. 2. — Perfil derecho de pie

diéndose efectuar la evacuación solamente en decúbito lateral derecho, observándose en ese momento el pasaje al duodeno, el cual ha perdido su forma habitual, pero el ángulo de Treitz se mantiene en su posición. Las primeras ansas delgadas también se visualizan dentro de la hernia". (Dr. H. Pollero). (Figs. Nos. 4 y 5).

FIG. 3. — Perfil izquierdo de pie.

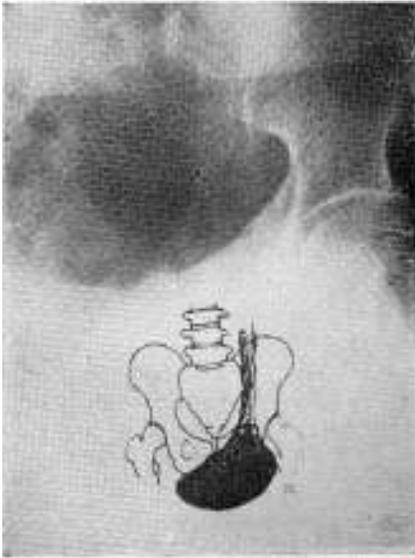


FIG. 4. — Radiografía de pie. Líquido de retención gástrica intra herniario.

Tránsito Intestinal: Ansas intestinales yeyunales se visualizan en el saco herniario (Figs. Nos. 6 y 7).

Colon por enema: Se observa el asa sigmoide y parte del descendente contenidos en el saco herniario. (Fig. Nº 8).

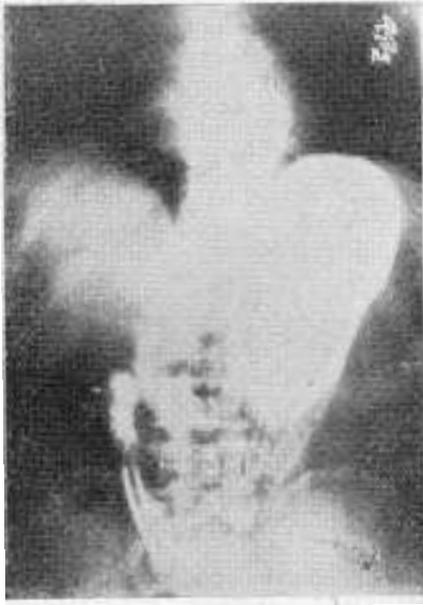


FIG. 5. — Radiografía en Trendelenburg. Se reduce el estómago.



FIG. 6. — Acostado. Gastro-duodeno y primeras ansas yeyunales.

FIG. 7. — Acostado. Tránsito
yeyunoileal intra herniario.

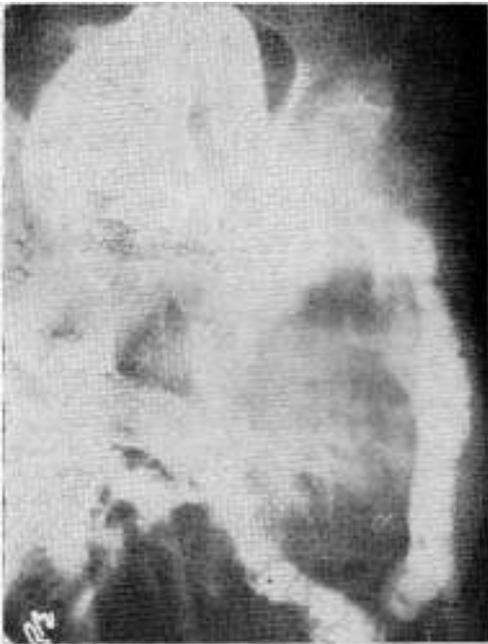


FIG. 8. — Colon por enema

La preparación preoperatoria requirió 8 sesiones de neumoperitoneo progresivo inyectándosele en total 10.300 c.c. de aire.

Se obtuvo la reducción del contenido del saco herniario el que se transformó así en un enorme globo timpánico (enfermo en reposo en decúbito dorsal).

Se siguió en esto las directivas generales relatadas por De Chiara (Bibl. Nº 4).

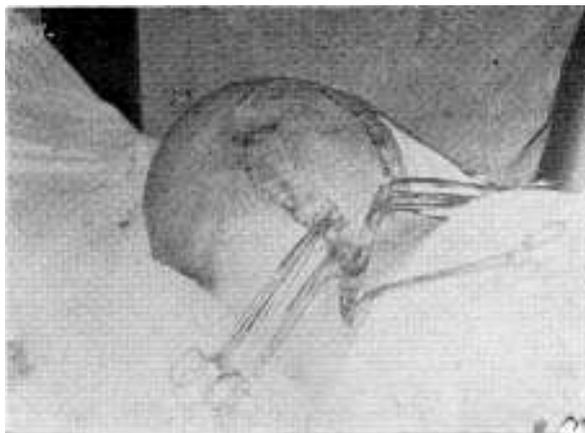


FIG. 9



FIG. 10

PRIMER DETALLE A DESTACAR:

El neumo peritoneo distiende el saco y a pesar de reducir parcialmente el contenido no causa hipertensión abdominal progresiva. El vendaje contensivo de la hernia lo produce.

Operación: Dres. Mérola, Delger y Pte. Gómez Gottuso.

Anestesia general. Incisión en raqueta invertida conservando la piel para injerto (Fig. 9). Cordón espermático disociado por fuera del saco peritoneal. Se practica castración. Abierto el saco: ansas delgadas en gran cantidad y asa sigmoidea adherente que se libera (Fig. 10). El estómago se había reducido en el preoperatorio.

La reintegración visceral es fácil (Fig. 11). La etapa de síntesis se hace en tres tiempos:

Tiempo de cierre del saco con catgut simple 1 y del plano muscular profundo con catgut cromado 1.

Tiempo de colocación del injerto cutáneo a tensión entre arcada y cara profunda del gran oblicuo; sutura con hilo de algodón.

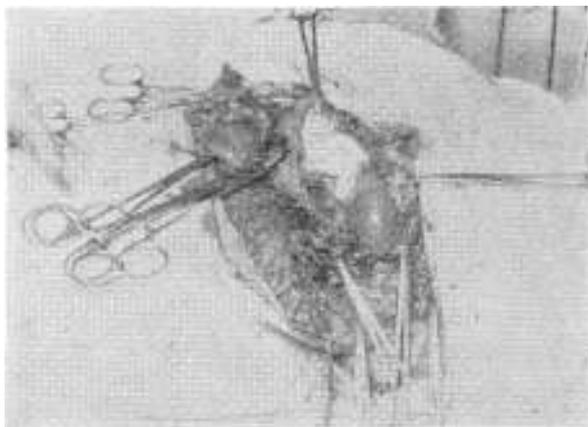


FIG. 11. — Detalles del acto operatorio. (Ver referencia en el texto).

Tiempo del cierre del plano del gran oblicuo y planos superficiales dejando un drenaje de celofán en el fondo del hemiescrotos izquierdo.

Post operatorio. — En los primeros días fue accidentado: taquicardia, lengua saburral, moderada deshidratación. Mejora con transfusiones y reposición hidricosalina.

A los 20 días aún mantiene una secreción sero-purulenta y efectuando una limpieza se retira una membrana esfacelada, blanquecina, arrugada que evidentemente era el injerto cutáneo.

Rápida cicatrización y alta al mes con la hernia umbilical, la hernia inguinal directa opuesta para tratar.

El resultado plástico parietal es perfecto con una buena cicatriz a pesar de fallar el injerto. (Fig. 12).

Posteriormente fue operado de estas hernias (8 meses más tarde).

DE ESTA SEGUNDA PARTE DEL RELATO SURGE:

1º) **Post operatorio accidentado.** — A pesar de la preparación de la piel del abdomen, con un E.C.G. normal y sin urea el enfermo demostró que estas operaciones aún con las ventajas actuales siguen siendo delicadas.

2º) **Fracaso y eliminación del injerto.** — Seguramente y a pesar de la escrupulosidad con que se llevaron a cabo todos los tiempos, ha habido una contaminación, que determinó la secuestración del injerto cutáneo. Sin embargo el resultado funcional post operatorio inmediato fue excelente, lográndose una fibrosis parietal efectiva.

Hacemos recalcar que hemos dado especial atención a la técnica de



Fig. 12. — Resultado post-operatorio. Se hace más visible la otra hernia inguinal directa derecha.

colocación del injerto de piel sepultado siguiendo las directivas clásicas en el Servicio (Bibl. Nº 5).

3º) **Capacidad retráctil del escroto.** — En nuestro paciente no se hizo resección plástica de la redundancia del tejido escrotal. La bolsa era de excelente trofismo local con acentuación de pliegues y buen tono muscular dartoico y cremasteriano y progresivamente fue recuperando su morfología normal.

En tercer lugar concluiremos la exposición dándole una ubicación nosológica al caso estudiado.

Dice José M. Joegé (loc. cit. Nº 3) que las hernias del estómago son por lo general adquiridas y de tipo directo.

En nuestro caso se trataba de una hernia adquirida de tipo indirecto. Siguiendo la frecuencia general de la topografía era del lado izquierdo.

Con respecto al cardias y tuberosidad mayor, aquí guardaban una topografía normal y con respecto a la gran curvatura y región piloro-

antral podemos colocar nuestra gastroptosis total en el tipo II B de la clasificación de Chambart (cit. por Jorge en 3) que divide las hernias gástricas en:

Tipo I: El píloro forma parte del contenido visceral herniario.

Tipo II: El píloro queda en el abdomen.

Variedad A. La gran curvatura sólo se encuentra en la hernia.

Variedad B. Ambas curvaturas descienden quedando toda la porción intermedia del estómago contenida en la bolsa.

RESUMEN

Se presenta un caso de Hernia Inguinal Gigante cuyo carácter principal es el de contener entre las vísceras intestinales habitualmente halladas al Estómago.

Esta observación tiene la particularidad de clasificarse entre las Hernias Gástricas en las que el píloro queda dentro del abdomen y de variedad en que ambas curvaturas están contenidas dentro del saco herniario.

En el diagnóstico el estudio radiológico obliga a la opacificación de todo el tractus digestivo y en las tres posiciones (de pie, acostado y en Trendelenburg).

En la preparación pre-operatoria el neumoperitoneo provocado progresivo no es suficiente si no se hace concomitantemente la contención del saco que si no se expandirá libre y progresivamente.

En el acto operatorio, se debe plantear siempre el injerto plástico de piel sepultada o de otro material que repare una enorme brecha en el cuello herniario.

El post-operatorio siempre es accidentado por ser enfermos que han pasado la sesentena, que se someten a un nuevo régimen de presión endo abdominal y que además exigen una cuidadosísima preparación local y general que no siempre da la satisfacción de una reparación per primam.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MEIHARD SCHMIDT in JABOULAY, M. et PATEL, M. — "Hernies". Nouveau Traité de Chirurgie 25: 169, 1908.
- 2) LUST, F. J. — Herniation of the Stomach in the Scrotum. The Am. J. of Roentgenology 37: N° 5, 666, 1937.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 3) JORGE, J. M., FELDMAN, L. e ITURRIOZ, T. — Hernia inguino escrotal mixta del estómago. Bol. y Trab. Acad. Arg. de Cir. 26: 772 - 790. 1942.
- 4) DE CHIARA y Cols. — Preoperatorio de las grandes hernias y even-traciones. Bol. Soc. de Cir. del Urug. 23: 150 - 160, 1952.
- 5) DE CHIARA y Cols. — El injerto de piel sepultado. Bol. Soc. de Cir. del Urug. 22: 556 - 575, 1951.