

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. J. C. del Campo. — Hospital de Clínicas

HERNIAS POR DESLIZAMIENTO DEL COLON (*)

Dr. Alberto Valls

Definición

Son hernias cuyo contenido está formado por colon adherido al saco herniario, junto con su meso, como al peritoneo parietal posterior abdominal.

Su conocimiento data de 300 años, cuando Johan Otto por error, punccionó el ciego en una hernia y posteriormente, cuando en intervenciones quirúrgicas se cayó, al pretender abrir el saco, directamente en la luz del colon.

De ahí surgió el concepto de hernias en que el colon se había extraperitonealizado, hernias con saco incompleto y hernias sin saco, que sostuvo entre otros Chopart, concepto contra el que se levantó enérgicamente Scarpa en 1810, diciendo que había un saco completo, en el que el colon guardaba con respecto a él, las mismas relaciones naturales que guardaba dentro del abdomen con el peritoneo parietal posterior.

Boiffin en 1887 cree que la hernia se forma por deslizamiento del peritoneo parietal posterior con el colon insertado en él, de ahí el nombre de hernia por deslizamiento.

Contra este concepto, que no puede ser negado totalmente a nuestra manera de ver, pues hemos visto hernias pequeñas, que se presentaban al colon sigmoide adherido en el cuello del saco y un poco más allá continuando la fascia de acolamiento abdominal y en nuestro medio se ha visto el uréter arrastrando detrás del saco; se alzó Lardennois diciendo que la presión abdominal se ejerce en un sentido perpendicular a las paredes desde adentro, haciendo difícil los deslizamientos que precisan una fuerza tangencial.

Lardennois y Ockinczyc en 1910, en su magnífico trabajo, hicieron un aporte muy importante sobre la patogenia y tratamiento basado en los conocimientos embriológicos sobre los acolamientos del colon y sus mesos con Fredet y en las maniobras de decolamiento preconizadas dentro del abdomen para el colon por Duval.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de mayo de 1963.

Se puede decir en síntesis, con ellos: primero que la hernia por deslizamiento tiene un saco completo. Segundo, que para que el colon entre en la hernia es necesario que sea, igual que el yeyuno ileon, libre y pueda entrar en el saco, realizándose más fácilmente éste en el ciego o sigmoides largos. Tercero, que se produzca el proceso de acolamiento del colon y su meso, al peritoneo parietal posterior del saco, igual que lo hace en el feto, al peritoneo parietal posterior del abdomen, constituyéndose la adherencia carnosa natural, fascia de acolamiento similar a la de Toldt y a la que continúa dentro del saco herniario como se ve en las figuras de Lardennois.

Establece que se acolan en el saco las vísceras que se acolan en el abdomen: ciego, colon ascendente, colon descendente y colon ileo-pélvico. Nosotros hemos visto acolarse a la última asa ileal, que ya fue relatado entre otros por (Antonio T. Schena (⁵)).

Esto explica que puedan haber hernias por deslizamiento de ciego, en sacos inguinales izquierdos y la producción de una hernia por deslizamiento de ciego, primero a derecha y después a izquierda.

Del punto de vista clínico hay que pensar en hernias por deslizamiento frente a toda hernia inguinal irreductible crónica y su diagnóstico se hace por estudio radiológico de colon por enema; pero dos veces nos hemos encontrado con hernias por deslizamiento reductibles, donde el saco era pequeño, adquirido, con relaciones laxas con los elementos del cordón espermático y la reducción se hacía seguramente con el saco. Si es una gran hernia muchas veces es con pared débil. Estas hernias pueden estrangularse. Nosotros en 15 enfermos operados tuvimos 2 estrangulaciones. Una en un joven, otra en un viejo, gran hernia con pérdida de derecho de domicilio. Se cortó el anillo de estrangulación y se hizo apendicostomía.

Tratamiento

Cuando se hace el diagnóstico debe operarse con anestesia general o raquídea que permita hacer maniobras en la cavidad abdominal Fundamentos del tratamiento quirúrgico.

1) Por tratarse de una hernia en que el colon está adherido al saco en su cara posterior, éste presentará cavidad peritoneal libre por delante y adentro, lugar por donde debe abrirse, cerca del cuello, todo saco, paso a paso. Si se tiene el diagnóstico preoperatorio, como lo aconsejan Lardennois y Ockinzyc, se debe entrar a la gran cavidad peritoneal para ir a buscar desde ella el saco y abrirlo. Hacían una herniolaparotomía.

No es necesario cortar los músculos como hacen estos autores, sino, que se puede hacer una incisión por disociación de pequeño oblicuo y transversos 2 cms. $\frac{1}{2}$ más arriba, como lo hacían La Roque y proceder a la búsqueda del saco desde adentro.

Después de abierto el saco se debe en segundo lugar hacer la maniobra de decolamiento del colon y su meso, siguiendo la fascia de Toldt desde arriba, en la cavidad abdominal, o abajo en el saco, lo que se facilita inyectando novocaína, seccionando con el bisturí en el ángulo coloparietal, lográndose la movilidad del colon y su meso. Esta movilidad debe ser lograda hasta bien alto en la fosa ilíaca, porque si el colon queda cerca del cuello del saco puede reproducirse la hernia y porque además puede acodarse el intestino al ser fijado posteriormente, originándose una oclusión postoperatoria. Este decolamiento lo iniciamos por la incisión abdominal y después lo continuamos por el saco abierto quedando un puente de pared muscular respetado.

Queda el saco y el peritoneo parietal posterior con 2 zonas netas peritoneales interna y externa y una zona media más débil que corresponde a la zona de decolamiento. En todos nuestros casos hemos procedido a suturar las zonas fuertes peritoneales interna y externa con surget de lino empezando por arriba en el abdomen, en el peritoneo parietal posterior, puntos que toman la fascia ilíaca al principio y después, al venir hacia abajo, continuamos el surget por la vía inguinal, con lo que hacemos un neo saco fuerte con un cuello fuerte. Por arriba los labios de sutura quedan abiertos en V en la fosa ilíaca interna.

En tercer lugar es necesario fijar el colon o el ciego porque si conservan su movilidad pueden venir a actuar como un ariete sobre la zona inguinal y reproducirse la hernia. La fijación se debe hacer sin acodaduras del colon o el ilion.

Laderannois lo hace al peritoneo parietal posterior alto, tomando la fascia ilíaca. Lenormant lo fijaba a una brecha peritoneal realizada a propósito, rectangular oblicua abajo y afuera. Nosotros lo hemos fijado con puntos separados de lino a la fascia ilíaca y a la brecha peritoneal en V que queda en la fosa ilíaca interna.

En cuarto lugar se cierra el cuello del saco, si es amplio por surget de lino y si no por transfixión.

En quinto lugar, se cierra el peritoneo de la incisión abdominal. A veces, cuando el cuello del saco es muy grande, se puede hacer el tiempo abdominal de decolamiento y fijación por esa zona.

Finalmente se trata la pared. En una ocasión en que la pared era débil hicimos el procedimiento de Schmidel, haciendo pasar el cordón espermático por la zona de disociación parietal realizada para abordar la cavidad abdominal. Los demás son problemas comunes a todas las hernias.

Llama la atención que autores modernos americanos, hagan descripciones de técnicas donde se hace la invaginación del saco con el colon por arriba, como La Roque, en el cual usamos sólo la idea del abordaje abdominal por una disociación parietal, cuando lo lógico es

— basarse en lo fundamental en los conceptos de Lardennois y Ockinczyk y que ni siquiera son citados en esos trabajos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CARRINGTON, WILLIAMS. — Anales de Cirugía. 147, 6:1435
- 2) LA ROQUE. — Arch. Surg., 1932, 24:189.
- 3) LA ROQUE. — Ann. Surg., 1924, 29:375.
- 4) LARDENNOIS, G. et OKINCZYK, J. — Etude sur les hernies du gros intestin. Masson et Cie, París 1910.
- 5) SCHENA, ANTONIO T. — Acad. Arg. Cir. Bol. Trab. 1951, 35:216.

Dr. Gilardoni: Voy a felicitar al Dr. Valls por su excelente trabajo, y sobre todo por la experiencia personal que es difícil de alcanzar por un solo cirujano, en este tipo de hernias. Voy a tratar de decir en dos palabras la experiencia quirúrgica de la clínica del Dr. Piquinela y, sobre todo, el criterio que se sigue con este tipo de hernias. Yo tengo un estudio casuístico incompleto, ya que no hemos tenido tiempo de realizar los estudios del año 1960 para atrás. Los distintos cirujanos de dicha clínica, en el año 1960, 61, 62 y lo que va del 63, operaron 17 casos. En estos 17 casos hay algunos casos nuestros operados en el interior; 14 de estos casos fueron hernias inguinales izquierdas, 3 fueron derechas. 4 fueron estranguladas. Variedades desarrolladas fueron 12.

Nosotros llamamos variedad desarrollada a aquella forma en donde el colon y su meso forma como mínimo toda la pared posterior del saco. Variedades iniciales fueron 5. Se siguió con la siguiente técnica. Se procedió con la técnica de Molestin-La Roque en 15 casos. En 2 se procedió con la técnica de Bevan. La evolución inmediata en todos ellos fue buena, salvo en un caso que tuvo un hematoma importante de las bolsas. En la evolución alejada, solamente tenemos referencia sobre 10 casos, que fue favorable. Al procedimiento de Bevan, que es la técnica de la vía baja exclusiva, se le han hecho serios reparos. Estas objeciones han sido pormenorizadas por Giusifi y Mc Swain hace unos años. Yo voy a tratar de concretarlas, diciendo lo siguiente: por ejemplo, es muy difícil, por el procedimiento de Bevan eliminar totalmente el saco con las jaretas realizadas, ya que queda un infundíbulo propicio a la recidiva. Además, la disección del intestino del meso es riesgosa, no es segura, ni es sencilla. La reducción del intestino por la vía baja, por el Bevan como decimos, se realiza a expensas de acodaduras y de torsiones, pudiendo aparecer problemas en el tránsito intestinal. Además, el intestino queda apoyado sobre la región inguinal, pudiendo ser incorporado posteriormente en las suturas. Incluso el intestino y su meso pueden ser tomados también por las jaretas que se realizan en el Bevan. Nosotros, por nuestra parte, conocemos o tenemos información sobre graves accidentes ocurridos por dicho procedimiento.

Así, por ejemplo, sabemos de dos pacientes que fallecieron después de un procedimiento por vía baja a consecuencia de desarrollo en la oclusión mecánica de colon. Sabemos también de otro paciente que debió ser reoperado en el post operatorio por una peritonitis, desarrolló una fistula de colon y debió ser sometido a sucesivas reintervenciones para tratar esa fistula de colon siendo dado de alta aproximadamente al año. Sabemos de otro caso en que durante la disección del intestino el cirujano penetró en la luz intestinal. El Dr. Muso nos ha informado de que realizando reintervenciones por eventraciones inguinales, ha encontrado puntos de sutura incorporados al mesocolon. Y nosotros, en técnicas de Bevan, incluso en formas parciales muy poco

desarrolladas, hemos visto que pese a una excelente disección del ciego, me estoy refiriendo a una hernia inguinal derecha, y luego de la reducción veíamos el ciego y sus vasos flexuosos emerger amenazantes a través del cuello herniario, y teníamos la idea de que podían ser tomados por la sutura y por la plastia posterior. Quiero decir una cosa al margen. Dentro de nuestras observaciones, tenemos un deslizamiento de mesocolon. Uno es un enfermo que operamos con el Dr. Priario y en donde existía un saco de hernia inguinal aparentemente común, y en la cara posterior de este saco un grueso paquete adiposo preherniario que no resultó ser otra cosa que el mesocolon deslizado, estando el colon en situación abdominal yusta inguinal. Nosotros, por todas estas razones, en el servicio del Dr. Piquinela, preferimos el Mol-estín-La Roque. Dicho procedimiento es de técnica sencilla, de ejecución fácil y que no tiene riesgos para el enfermo. Estamos en todo de acuerdo con lo que ha dicho el Dr. Valls, con respecto a la técnica. Reduce, a veces sorprende con la facilidad que se reduce el intestino, y desaparece completamente el saco, trabajando con una mano abdominal y ejerciendo una suave atracción. En otras ocasiones es necesario ayudarse por la vía inguinal también. Además es un procedimiento que evita la disección en el saco. Aleja el intestino, es decir que se realiza la plastia sin peligros. Es imposible que quede un infundíbulo, ya que el vértice del saco pasa a situarse en el borde intestinal del mesocolon reconstruido. Nada más.

Dr. Rafael García Capurro: Quería agregar sólo un detalle a las posibilidades en la hernia por deslizamiento. Hace poco tiempo operé una hernia inguinal con un deslizamiento total del ciego. Al levantar el ciego vi detrás un cordón, creyendo que era el apéndice. Creyendo hacer, una apendicectomía, corté el uréter. Era muy largo, muy largo, plegado sobre sí mismo varias veces. Realmente que yo no esperaba ni sabía que el uréter podía venir en esa abundancia debajo de un ciego que se había deslizado. Se había deslizado todo el retroperitoneo junto con el ciego. Eso pude solucionarlo perfectamente bien, con un tubito de polietileno adentro y una sutura directa, curó perfectamente bien, no hubo problemas. Este es el dato que quería pasarles. Yo ignoraba que pudiera aparecer un uréter, saliendo de una hernia por deslizamiento. Nada más.

Dr. Alberto Valls: Bueno, yo agradezco los comentarios a este trabajo, agradezco al Dr. Gilardoni las cifras de tipo estadístico presentadas, que coinciden con las que yo tengo. Con respecto al Dr. Otero le digo que yo en 5 oportunidades, ya lo digo en el trabajo, pude hacer la reparación por vía inguinal, es decir que en 5 veces se pudo hacer perfectamente bien, y las otras veces las hice por una vía de abordaje abdominal, que uno la puede hacer pero muy amplia; se puede hacer perfectamente bien. Nosotros nunca tuvimos ningún obstáculo en hacerla y proceder en esa forma por vía abdominal y por vía inguinal, prolongándola por la vía inguinal. Después, con respecto al decolamiento que hacemos del saco, nos fijamos muy bien que es lo que hay detrás, para no llevarnos elementos de retroperitoneo, que es una cosa que la hacemos previa, y después viendo que no hay nada detrás hacemos la sutura para cerrar ese peritoneo. Dejar una zona de peritoneo fuerte y no dejar la fascia de acolamiento que queda, que está allí, que es una lámina de plano de cubierta posterior. Y es en "V" que queda abierta arriba que nosotros fijamos el colon sigmoide o el ciego que han quedado arriba, pues es muy importante volverlo a suspender a la viscera porque si no puede volver a reproducir la hernia. Nosotros, con respecto al Dr. García Capurro, lo dijimos en el relato, habíamos tenido conocimiento, no sabemos si es el suyo, de una hernia por deslizamiento en la cual había venido por atrás el uréter,

lo decimos en la comunicación, de hace unos meses, no sabíamos quien era el cirujano, de manera que le agradecemos el dato.

Dr. José P. Otero: La hernia inguinal por deslizamiento constituye un capítulo que evidentemente merece ser agrupado separadamente sobre clasificación particular. Es decir que, además de que nosotros conservemos los grupos clásicos de hernia inguinal oblicua externa y de hernia inguinal directa, digo que la hernia por deslizamiento tiene suficiente entidad, presenta suficientes problemas especiales para que merezca separarse como un grupo particular, con una serie de problemas que le son propios y que deben ser resueltos y pensados porque ofrecen algunas dificultades. Nosotros hemos operado alrededor de 1.700 hernias hasta el momento, y hemos operado por lo tanto muchas hernias por deslizamiento, habiendo por lo tanto pensado en el problema.

En lo referente a la clínica se puede en general hacer el diagnóstico probable de hernia por deslizamiento antes de la operación.

El hecho clínico que más nos llama la atención o que más destacaríamos es el hecho de que las hernias por deslizamiento se pueden reducir sólo parcialmente, pues la adherencia anatómica del colon impide que pueda reducirse totalmente. Entonces, frente a toda hernia que no puede reducirse totalmente, hay que pensar en la posibilidad de hernia por deslizamiento. Naturalmente eso no es absoluto, puesto que las adherencias patológicas pueden también impedir la reducción total, no siendo por lo tanto obligatorio que corresponda a una hernia por deslizamiento. Pero es un elemento para pensar. El segundo para pensar en la hernia por deslizamiento es operatorio. Cuando nosotros abordamos una hernia inguinal y nos encontramos con problemas o con dificultades, porque el saco es muy espeso, porque contiene algo que parece una víscera que está dentro de él, ya entonces tenemos que andar con cuidado, porque muy posiblemente se trata de una hernia por deslizamiento y nosotros sabemos que el saco de la hernia por deslizamiento muchas veces es sumamente pequeño, es decir que hay mucho acolamiento y poco saco. Entonces, la otra cuestión en que yo quiero insistir, entrando ya en la técnica, es la manera de ir a buscar el saco en la hernia por deslizamiento. En todo saco oblicuo externo hay que ir a buscar el saco en el sitio donde ineludiblemente está, que es a nivel del anillo interno, es decir, lo más cerca posible del anillo interno. A ese nivel es donde se va a encontrar el saco. Por lo tanto, en este caso particular donde es difícil encontrarlo, es ahí donde hay que ir a buscarlo. Siempre hay que ir a buscarlo ahí, pero en este caso más particularmente.

Ahora, el Dr. Valls aconseja hacer una incisión abdominal, transperitoneal por un lado y por otro lado la incisión inguinal. Yo he hecho esa técnica, la técnica de Williams creo que es, la he hecho una o dos veces. No me convenció o tuve dificultades. No me resultó tan fácilmente o tan clara como desearía, o tal vez yo no la habré hecho suficientemente bien como para que me dejara convencido. De cualquier modo estoy convencido actualmente de que la hernia por deslizamiento se debe operar por vía inguinal pura, y que no hay necesidad en la inmensa mayoría de los casos de recurrir a la vía transperitoneal asociada. En el trabajo fundamental de Lardenois y Okinzyc tiene una figura con una enorme sección de los músculos pequeño oblicuo transverso. Eso tiene por fundamento el hecho de que para ver bien la disposición y para poder hacer bien el decolamiento del ansa cólica y restituirla al vientre, parecería que se requiriese esa amplia exposición. Sin embargo, estoy convencido de que se puede hacer perfectamente el decolamiento del sigmoide o del ciego del lado derecho, normalizando el colon desde el punto de vista de su relación embriológica, se puede hacer perfectamente por vía inguinal. Es decir que, reperando bien los bordes de la incisión del saco con pinzas hemostáticas, viendo bien donde está la línea para iniciar la incisión de decolamiento,

se puede llevar progresivamente bien hasta arriba la separación en el plano correcto, porque el anillo profundo es siempre sumamente grande en ese caso, estando sumamente agrandado el orificio interno. Tomando el peritoneo del saco por un lado y el colon por el otro, se puede llevar muy arriba y muy lejos el decolamiento, y para mí prácticamente puedo siempre revisar este decolamiento suficientemente arriba y suficientemente profundizado como para poder reintegrar totalmente el colon a la cavidad peritoneal.

Hay riesgos que hay que tener presentes al hacer el decolamiento, y el riesgo principal me parece ser el cordón mismo, que ahí está precisamente acolado contra la fascia de acolamiento. Y si uno no tiene cuidado, si no entra en el plano quirúrgico correcto, corre el riesgo el cordón de ser cortado. En el caso del Dr. García Capurro, se seccionó el uréter cosa que nunca me ha pasado, ni he visto el uréter en el campo, ni sabía que eso podía ocurrir; pero ese accidente demuestra que también el uréter debe ser vigilado porque puede estar acolado contra la cara posterior de la fascia de acolamiento, y viene al traccionar. Quiere decir, por lo tanto, que el decolamiento que uno lo hace en general con el cuidado, con el temor de los vasos sigmoides, es decir del meso sigmoides, también tiene que hacerse con la prevención o prolijidad suficiente para tener en cuenta las cosas que hay en el retroperitoneo, y no solamente en el meso-sigmoide.

Una vez que se reintegra totalmente y perfectamente el sigmoide a la cavidad peritoneal, condición esencial, condición "sine qua non", para poder curar la hernia, nos queda todavía el problema del área desperitonizada al practicar el decolamiento, porque al practicar este decolamiento queda un área desperitonizada, triangular, en cuña digamos, con base hacia el cirujano y con vértice hacia la profundidad. Entonces, ¿cómo hacer para cerrar el peritoneo? Ese es el problema que yo me planteo siempre y que lo resuelvo en esta forma. Tomo la hoja de un lado y la hoja del otro lado del peritoneo y le voy dando puntos progresivamente hacia mí, es decir desde la profundidad hacia el cirujano, hacia el anillo interno y más allá. De tal manera que reconstituye el peritoneo parietal posterior y por lo tanto tengo un saco para cerrar y para cerrar totalmente y peritonizar totalmente. En la serie de puntos que voy dando, puede ser que de más puntos de los necesarios para reconstituir el peritoneo, pero en esa forma consigo reconstituir un saco enteramente peritoneal con su cuello. Coloco una pinza sobre el cuello, corto el excedente de peritoneo y cierro completamente la brecha peritoneal sobre la pinza como guía. Es decir, por lo tanto, me queda el sigmoide bien rechazado hacia arriba, la cavidad peritoneal totalmente cerrada y el área de decolamiento peritonizada lo más posible.

Lo demás lo hago como todas las reconstituciones parietales de las hernias.