

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Héctor Ardao

HERNIA INGUINAL DIRECTA (*)

Tratamiento del tejido celular sub peritoneal y el peritoneo

Dr. Alberto Valls

Con motivo del tratamiento realizado a varios enfermos, expon-dremos los detalles de anatomía necesarios y los principios de técnica que usamos en ellos.

El peritoneo malformado, Fruchaud (1), y el tejido celular subperitoneal hipertrófico en la región inguinal, pueden oficiar como arietes sobre los planos reparados de la región inguinal y ser el origen de recidivas de hernias.

El tejido celular subperitoneal se dispone en una capa pegada al peritoneo, la fascia propia, y fuera una capa de tejido celular, la fascia celulosa.

La fascia propia es una lámina fibrosa, de envoltura urogenital. Atrás envuelve los órganos genito urinarios vaina supra reno reno ureteral, Paire Giraud y Dupret (2), que se dirige hacia adelante y abajo, recubriendo el saco peritoneal. A la altura de los vasos epigástricos, detrás del canal inguinal, por dentro del orificio inguinal profundo, a la altura de la arteria epigástrica se desdobra en dos hojas, formando como una bolsa serosa de la vejiga, Chifflet, Abel (3) que constituye el espacio de Retzius.

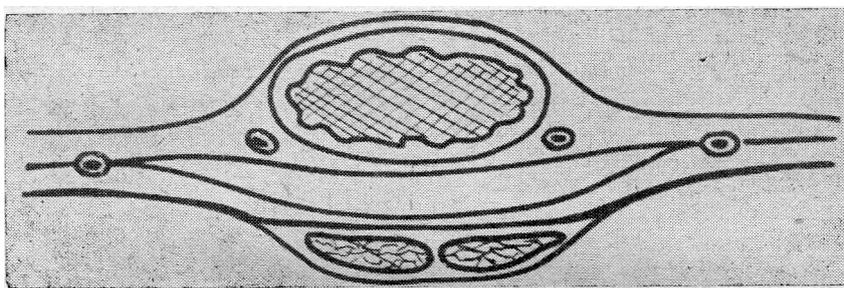
La hoja superficial está colocada detrás de la fascia transversalis y fue descripta por Fruchaud (4).

La hoja profunda (figs. 1 y 2) se dirige hacia adentro, se relaciona al cordón fibroso de la arteria umbilical que sube desde la pelvis hacia arriba y adentro, hasta el ombligo, flanqueando la vejiga. Es una grasa compacta formada por lóbulos redondeados (Zimmermann y Anson 5). Está muy desarrollada en las hernias directas y en los estrechados urinarios crónicos. Esta lámina recubre al peritoneo del receso inguinal medio y puede ser reclinada hacia adentro quedando fijada a la arteria umbilical. Recibe vasos desde adentro (Nozar 6) como se ve en la fig. 1, dos o tres vasos que proceden de las arterias vesicales anteriores, que se dirigen hacia afuera, uno encima de otro.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 9 de octubre de 1963.

En su parte inferior puede recibir algún ramúsculo de la arteria umbilical, aún permeable. El cordón fibroso de esa arteria, bien visible en el acto operatorio, como una cintilla nacarada a veces está hundido en un repliegue peritoneal, plica umbilical; pero se siente bien a la palpación y se puede liberar de la grasa que lo recubre. Por dentro de él, se palpa la vejiga muscular. La cintilla fibrosa de la arteria umbilical constituye un mojón por dentro del cual no se puede pasar, para no herir la vejiga.

Esta lámina célulograsosa, nosotros la decolamos del peritoneo por su parte externa, de entrada o más a menudo abriendo el saco



peritoneal de la hernia directa y haciendo el control desde afuera y adentro del peritoneo, de ese decolamiento.

La lámina queda prendida como una hoja de puerta por sus vasos a la arteria umbilical. Procedemos a pediculizarlos de arriba a abajo, los ligamos dos veces, cortándolos entre las dos ligaduras con lo que extirpamos totalmente la lámina.

3 veces hemos visto esa lámina grasosa, engrosarse a la altura de los vasos epigástricos, y formar una saliente en el peritoneo anterior, que se dirigía hacia arriba y adentro, en dirección al músculo recto anterior, constituye la plica epigástrica (Anson, Morgan y Mac Vay ⁷) y ya pediculizado entrar en el saco de una hernia oblicua externa formando un rodete que empujaba el peritoneo del saco. Hemos procedido a separar esa grasa, del peritoneo del saco herniario invaginado por esa grasa, para tratar a aquél después.

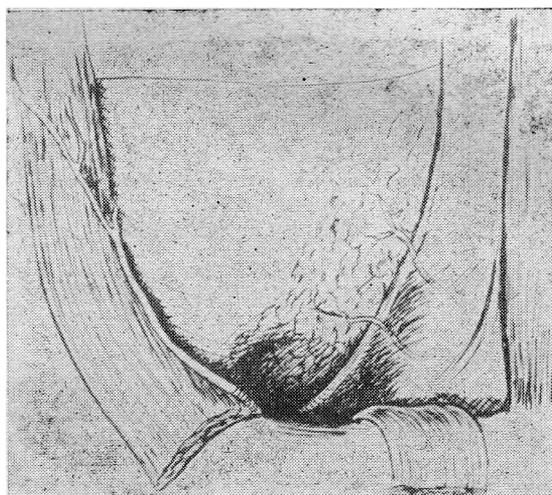
La facia propia se extiende hacia los elementos espermáticos y deferentes formando la lámina genital, que separa el espacio de Bogros del Retzius (Surraco ⁸).

En el Bogros, la otra hoja del tejido celular subperitoneal, la facia celulosa, permite los deslizamientos del peritoneo contra los planos parietales anterior y posterior (Zimmermann y Anson). Se carga de grasa por lugares y se vincula por sus vasos nutricios a la arteria circunfleja ilíaca y su rama la epigástrica externa. Ese tejido de vinculación nutricia parietal (Nozar) origina los pedículos grasos largos,

que se introducen en el cordón espermático por fuera y detrás del saco herniario, teniendo a veces prolongamientos a través de la fascia transversalis (Nozar).

El peritoneo como señala Fruchaud es asiento, en los portadores de hernias, de malformaciones a nivel del fondo de saco declive que cubre la unión de las paredes anterior y posterior del abdomen.

Las depresiones peritoneales descritas por Tillaux entre otros, colocada entre los vasos epigástricos umbilicales y el uraco originan sacos herniarios que se pueden asociar, de ahí la necesidad de abrir el peritoneo (Fruchaud) y buscar otro saco y en las hernias directas



de explorar siempre el cordón espermático buscando una hernia oblicua externa.

De Fruchaud aprendimos a resecar, en estas hernias, una ojiva de peritoneo en la zona de sacos herniarios. Al hacer la sutura queda este fondo de saco alejado y disminuído en profundidad.

Hace 2 años operamos un enfermo en el CASMU con una hernia inguinal directa derecha. Le hicimos el hundimiento del tejido grasoso de Retzius con dos jaretas sucesivas, sutura de la fascia transversalis y del tendón conjunto a la arcada crural. Al año recidivó, lo reoperamos y comprobamos la grasa hipertrófica, abrimos el peritoneo y se hizo evidente un saco diverticular en esa grasa. Resecamos la grasa del Retzius después de ver la arteria umbilical y la vejiga y reseca- mos el peritoneo con el peritoneo sobrante hacemos un surget. Volvimos a cerrar la fascia transversalis y tendón conjunto contra la arcada crural. Desde entonces el enfermo se encuentra bien.

Otro enfermo del CASMU 97692, operado en abril de 1963 tenía dos hernias, directa y oblicua externa. Seccionamos los vasos epigástricos, resecamos en ojiva el peritoneo que suturamos con surget después. Resecamos la grasa del Bogros y la del Retzius volviendo a unir los cabos seccionados de los vasos epigástricos.

En resumen, presentamos una técnica que consiste: primero en abrir el saco de la hernia directa lo más afuera posible, contra los vasos epigástricos, para evitar el peligro vesical. Segundo, identificación del mojón interno de la arteria umbilical. Tercero, decolamiento del tejido celuloso grasoso del Retzius desde afuera hacia adentro, hasta la arteria umbilical, quedando libre como una batiente de puerta. Cuarto, desinserción de la lámina grasosa de la arteria umbilical por ligadura y sección de sus pedículos vasculares. Quinto, resección del saco peritoneal por el peritoneo malformado de la fosa iliaca con sutura posterior.

Después se trata la pared posterior del canal inguinal.

B I B L I O G R A F I A

- 1) FRUCHAUD, HENRI. — Anatomie Chirurgicale des Hernies de l'Aine. G. Doin Cie - Paris, 1956.
- 2) PATRE, GIRAUD y DUPRET. — Práctica Anatómo Quirúrgica Ilustrada. Salvat, 1936 - 1941.
- 3) CHIFFLET, ABEL. — Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del recto. Montevideo, 1956. Pág. 76.
- 4) FRECUADT, HENRI. — Le traitement chirurgical des hernies de l'aine chez l'adulte. J. Doin Cie. Paris 1956.
- 5) ZIMERMANN, L. M. y ANSON, B. J. — Anatomy and Surgery of Hernies. The Williams & Wilkins Company. Baltimore 1953, pág. 85.
- 6) NOZAR, JOSE. — Anatomía quirúrgica del Tejido Celular subperitoneal en las hernias inguinales. Año 1957.
- 7) ANSON, B., MORGAN and MC VAY. — Surgery Gynec. and Obstet. 89: 417, 428. 1949.
- 8) SURRACO, LUIS. — Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. XIX. 121, 217. 1948.

Dr. Alberto Valls. — (Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. H. Ardao). Yo agradezco las palabras del Sr. Presidente. Nosotros, muchas veces que hemos operado hernias directas y muchas veces oblicuas externas, hemos visto que el tejido celular subperitoneal era muy abundante, sobre todo del Retzius, tejido que uno le tiene a veces miedo porque piensa que está la vejiga. Y cuando cierra el plano posterior se da cuenta que la está dejando aunque le ponga jaretas y lo hunda, está dejando allí un "ariete" que va a ser el que va a motivar la recidiva de una hernia. Por otro lado, en ese enfermo que me decidí a reseca el tejido celular subperitoneal me encontré que dentro del tejido celular del Retzius había un saco diverticular que fatalmente iba a llevar a la recidiva. Y la disección de esa grasa se facilita enormemente yendo a buscar la hoja, el cordón fibroso de la arteria umbilical que se ve maravillosamente bien siempre. Yo tuve ocasión de operar un enfermo con el Dr. Rubio. Le mostré perfectamente bien la arteria umbilical y pudimos reseca todo ese tejido celular que estaba sobrante. Yo decía que, por más que le hagamos

jaretas, va a quedar ahí como un "ariete", y va a terminar con la sutura que hacemos. Por otro lado, al hacer uno la resección del peritoneo malformado como señala Fruchaud y que muchas veces no es un solo saco, sino que todo el fondo del saco del peritoneo que va de la pared anterior a la pared posterior del abdomen está malformado, por la sola resección queda mucho más alto. Esa maniobra que indica Fruchaud, nosotros hemos operado unas cuantas hernias con la técnica de Fruchaud, y algunos debimos reoperarlos por vía alta, por eventración. Nos ha permitido ver cómo queda ese peritoneo suturado cuando uno lo reseca, queda más alto el de la fosa ilíaca suturado, más alto y menos profundo que el del otro lado. Es decir que no queda profundo, no se hunde en la unión de la pared anterior y la pared posterior del abdomen, que son las ventajas de la técnica de Fruchaud.