



## **El abordaje inferior en la reparación de las hernias crurales. *Plastia del septum crural por colgajo aponeurótico de oblicuo mayor***

Dres. WASHINGTON LIARD, RUBEN PORTOS y ALBERTO VALLS \*

### **INTRODUCCION**

No es el propósito de este trabajo discutir un criterio de selección entre el abordaje superior (inguinal) e inferior (crural) para el tratamiento quirúrgico de las hernias crurales. La mayoría de los autores reconoce las evidentes ventajas del acceso inguinal que permite una completa reparación de la crítica región inguino-crural.

Sin embargo, dejando de lado una conducta rígida, es necesario reconocer que el abordaje crural, menos ambicioso, puede alcanzar una solución satisfactoria en determinadas situaciones:

1) En pacientes ancianos, debilitados o con afecciones cardiorrespiratorias severas, con indicación formal de una intervención menor, de acceso simple, directo y rápido, sencilla de realizar con anestesia local.

2) Cuando no hay coexistencia de hernia inguinal, directa u oblicua externa.

3) En la hernia crural estrangulada como abordaje preliminar exploratorio, complementado siempre por una laparotomía en caso de tener que actuar sobre el contenido abdominal; o como intervención definitiva en ausencia de complicaciones iscrales. Además de las ventajas señaladas aleja en este caso la posibilidad de una con aminación innecesaria del canal inguinal y del riesgo consiguiente de recidiva como hernia directa (2-13).

Frente a estas situaciones se nos ofrecen una gran variedad de técnicas de reconstrucción por vía crural que, por su mismo y por las discusiones que provocan, imponen una valoración crítica (cuadro 1).

El problema fue enunciado por Langenbeck en 1888 cuando escribió que "no es posible insertar suturas adecuadas de reparación como en la hernia inguinal", afirmación posteriormente defendida por Ochsner que se conformaba con tratar el saco sin intentar la reconstrucción parietal (7).

La dificultad esencial consiste en obliterar un canal de tránsito vascular, amurado por estructuras dispares como el músculo pectíneo y su fascia, frágiles y de escasa resistencia; o el ligamento de Cooper y la arcada femoral. ele-

mentos semirrígidos y elásticos que divergen en diferentes planos espaciales —hasta una distancia de 30 mm.— y que se pueden aproximar solo por suturas colocadas a excesiva tensión.

### **CUADRO 1**

#### *Procedimientos de hernioplastia crural por abordaje inferior*

- A. *Ligadura del saco sin reparación parietal.*  
(Socin 1879 - Langenbeck 1888 - Ochsner 1906)
- B. *Aproximación directa de la arcada crural al ligamento de Cooper.*  
(Ruggi 1892)
- C. *Técnicas con sección de la arcada crural.*  
(Fabricius 1894 - Delagénière 1896)
- D. *Sutura de la arcada crural al pectíneo.*  
(Bassini 1892 - Marcy 1892)
- E. *Procedimientos de plastia del orificio crural superficial por colgajos rotados.*  
(Watson Cheyne, 1892, con el pectíneo seccionado - Salzer, 1892, con fascia y fibras del pectíneo - Schwarz, 1893, con el abductor medio - De Garay, 1903, con el sartorio - Wilms, 1911, con fascia lata - Marion, 1917, con vaina del recto - Hoffman, 1921, con vena safena interna - Trendelenburg, 1890 y Herzen, 1903, con colgajo osteoperióstico.)

### **CUADRO 2**

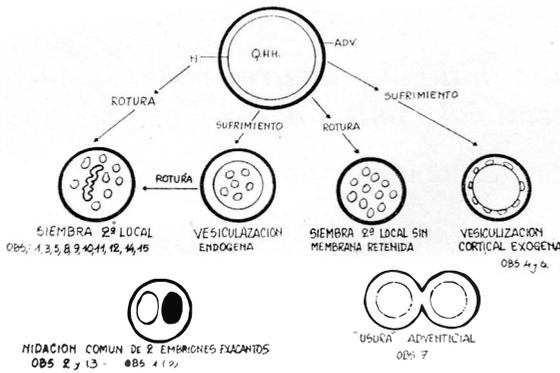
#### *Porcentaje de recidivas luego de reparación por hernia crural sin discriminar el procedimiento*

Autor	Nº casos	Tiempo de observación	Porcentaje de recidivas
DEA (1942)	191 (1)		12 %
TELLE (1957)	50	5 años	21 %
BURTON (1958)	165	1 a 10 a.	15.8 %
TANNER (1962)	97	5 a 7 a.	14.2 %

\* Asistente de Clínica Quirúrgica, Adjunto de Cirugía, Profesor Adjunto de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" (Prof. Dr. H. Ardao), presentado el 6 de octubre de 1971.

(1) Referido a intervenciones por hernia no complicada.



hidatoptosis. El intervalo transcurrido entre los antecedentes y el hallazgo operatorio hacen pensar que la siembra se produjo durante el acto operatorio y que las hidatoptosis correspondieron a la expulsión de hidatides de siembra, puesto que el promedio de tiempo posoperatorio fue de 2 años, mientras que el poshidatoptosis en 2 casos fue solamente de 50 y 70 días respectivamente.

Por último en la Obs. 14 no había antecedentes claros de hidatoptosis pero el hallazgo en la cavidad adventicial de una membrana grande rota rodeada de varias hidatides pequeñas hace plantear este mecanismo de siembra local.

**B) Vesiculización cortical exógena (exovesiculización):** las hidatides hijas se originarían en islotes de la germinativa situados en el espesor de la cuticular que progresivamente se rodean de láminas quitinosas y se exteriorizan de la hidatide madre (Deve 4).

Los casos de Deve y los citados por este autor correspondían a Q. H. de hígado.

Como única referencia de que esta posibilidad exista en el pulmón hemos encontrado una observación publicada por Aguilar (1) en la que se encontró en la cavidad adventicial una membrana grande y una hidatide más pequeña unida a ella en su periferia. Esta observación es discutible si se tiene en cuenta que la paciente había sido intervenida anteriormente por Q. H. pulmonar y había tenido además una hidatoptosis.

La vesiculización exógena tendría el mismo significado que la endógena en el sentido que representaría una forma de resistencia y supervivencia parasitaria, hecho que parece apoyado por lo sostenido por Küchenmeister y Leuckart (citados por Deve 4) de que estas vesículas se muestran precozmente escoliferas.

En esta situación la extirpación de la vesícula madre si no se acompaña de una completa inspección de la cavidad adventicial puede dejar alguna de estas hidatides hijas, sobre todo teniendo en cuenta que a veces se alojan en saculaciones de tipo diverticular de la adventicia. Esto sería para Deve 4 una causa posible de recidiva parasitaria.

Creemos que a este tipo de patología hidática pertenecen 2 de nuestras observaciones (4 y 6); en ellas no había antecedentes ni de Q. H. ni de hidatoptosis; en ambas se halló

una vesícula madre grande y entera rodeada en un caso por 3 y en el otro por 4 vesículas pequeñas. No se constataron otros elementos clínicos, RX ni operatorios que demostraran el sufrimiento del parásito. (Fig. 1).

**C) Nidación común de 2 embriones hexacantos:** Aguilar (1) en la observación señalada la plantea como posibilidad patogénica.

No hemos encontrado referencias bibliográficas sobre este aspecto tan interesante de la biología hidática pero es lógico suponer que el pulmón sería el órgano más propicio para este tipo de desarrollo.

Piaggio Blanco y García Capurro (7, 8) hacen referencia a 4 observaciones de este tipo; 3 de ellas recogidas con H. García Lagos y V. Pérez Fontana (2 hallazgos operatorios y 1 de autopsia). Existía en estos casos 2 ó 3 vesículas hidáticas dentro de la misma adventicia pulmonar. Hacen referencia estos mismos autores a otra observación similar de Morquio, Bonaba y Soto (6) donde como hallazgo de autopsia se encontraron 2 hidatides en la misma cavidad quística.

No hacen en cambio estos autores ninguna referencia en cuanto al mecanismo patogénico, que en nuestro conocimiento no ha sido descrito para este otro órgano.

Creemos que se plantea esta posibilidad en presencia de una adventicia ocupada por 2 hidatides de tamaño similar en pacientes sin antecedentes de hidatoptosis ni de operaciones por Q. H. pulmonar.

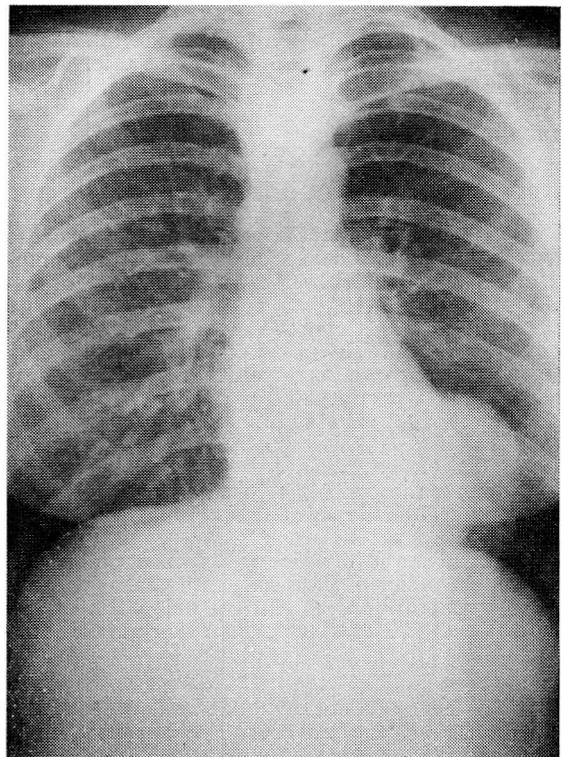


Fig. 1 (Obs. 4) Cavidad adventicial con 4 hidatides sanas: 1 de 10 cms. y 3 de 3 cms.

La aplicación clínica se hizo en muy escaso número de pacientes, con buen resultado inmediato pero sin entidad para una estimación valedera.

**Descripción de la técnica propuesta**

Nos referiremos directamente a la reconstrucción parietal prescindiendo de los tiempos quirúrgicos iniciales (figs. 2 y 3).

1. Exposición del ligamento de Cooper levantando firmemente la arcada con un separador de Farabeuf. Con aguja de Reverdin o una aguja recta común con la cabeza afilada, como enseñaba Finochietto, se pasan cuatro puntos de lino al ligamento de Cooper. El primero tomando también fibras del Gimbernat y el último lo más afuera posible, desplazando y protegiendo con el dedo la vena femoral. Debe cuidarse de no lesionar el vaso anastomótico de la epigástrica con la obturatriz.

2. En la aponeurosis del oblicuo mayor, por encima del anillo crural superficial y por fuera del pilar externo, se moviliza un colgajo con forma triángulo-rectangular, de 20 a 30 mm. de altura, extendiéndose su base desde el Gimbernat hasta sobrepasar el límite interno de la vena femoral. La sección aponeurótica se detiene a 1 o 2 mm. del borde inferior o reflexión de la arcada, para conservarla como estructura tensa y evitar lesionar la bandaleta iliopúbica.

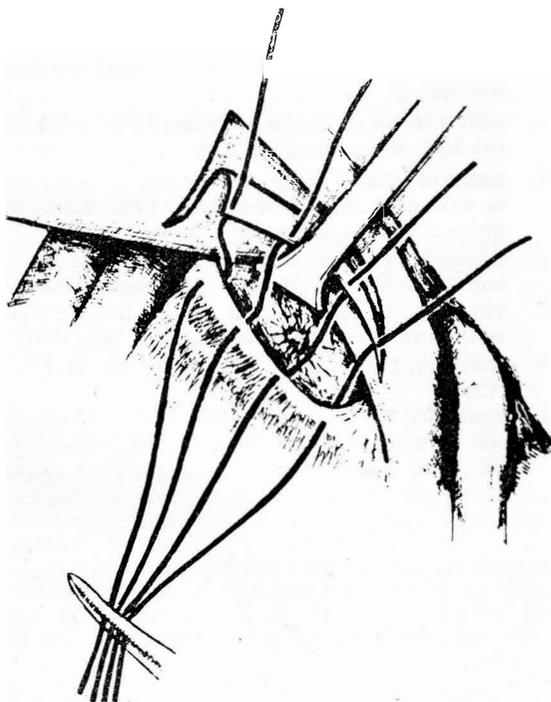


FIG. 2.—Esquema de la región inguinocrural derecha, vista anterior, que resume los diferentes tiempos de la técnica propuesta.

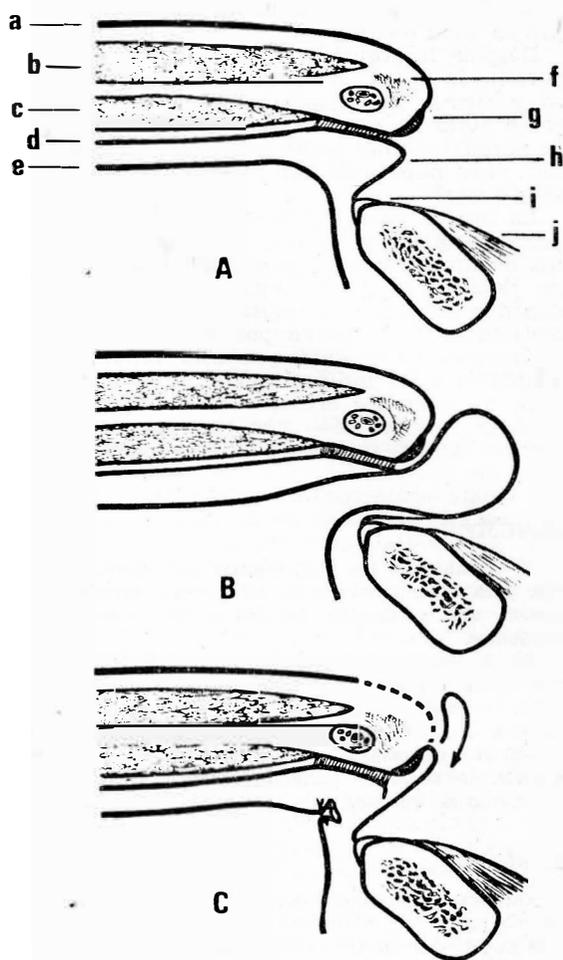


FIG. 3.—Corte sagital de la región inguinocrural a nivel del oriificio superior del infundíbulo: A. Esquema de la anatomía normal: a) oblicuo mayor, b) oblicuo menor, c) transverso, d) fascia transversalis, e) peritoneo, f) haz externo del cremáster, g) arcada femoral, h) fascia transversalis refleja (septum crural de Cloquet), i) ligamento de Cooper, j) músculo pectíneo. B. El mismo corte mostrando la hernia crural constituida. C. Se ha realizado la exéresis del saco peritoneal y rotado el colgajo de oblicuo mayor, como se describe en el texto.

3. Los puntos que salen del Cooper se enhebran nuevamente, se pasan a la hipotenusa del triángulo aponeurótico y se atan cuidadosamente haciendo girar el colgajo sobre su base, transfiriéndolo a la profundidad del infundíbulo.

El colgajo de oblicuo mayor sustituye con similares relaciones anatómicas a la implantación de la pared posterior en toda la extensión del ligamento de Cooper formando un nuevo septum crural aponeurótico de firme consistencia (fig. 1-B).

La intervención es sencilla y rápida, fácilmente practicable con anestesia local, no siendo necesario extender el abordaje ya que la mo-

vilización requerida se hace con tejidos de la propia zona operatoria.

Respetada la arquitectura y dinámica regional: persiste la arcada femoral como ligamento tenso y firme, sin desplazamientos forzados, así como evita lesionar la bandeleta iliopubiana y la pared inguinal posterior (fascia transversalis). Los puntos de sutura se colocan sin tensión excesiva.

La brecha en la aponeurosis del oblicuo mayor es pequeña y factible de cerrarse con puntos de aproximación; pero aún abandonándola no debilita el canal inguinal cuya fortaleza depende en forma absoluta de la integridad y resistencia de su pared posterior.

Creemos finalmente que esta reparación se adaptaría a las indicaciones clínicas requeridas para un abordaje crural —facilidad técnica y mínima agresividad— con una mayor aproximación a un fundamento anatómico quirúrgico correcto.

## RESUMEN

Se establecen las indicaciones del abordaje inferior para el tratamiento de las hernias crurales y se realiza una valoración crítica de las técnicas más corrientes.

Se fundamentan las bases anatómico-quirúrgicas en que se debe apoyar la vía de acceso crural.

Se propone un procedimiento de reparación consistente en el cierre del orificio profundo del canal crural por un colgajo aponeurótico de oblicuo mayor, transferido al plano parietal posterior y suturado al ligamento de Cooper.

## RÉSUMÉ

On établit les indications de la voie d'abord inférieure pour le traitement des hernies crurales et l'on fait une valoration critique des techniques les plus courantes.

On y présente le fondament anatómico-chirurgical de la voie d'abord crural.

Une nouvelle technique est proposée dans laquelle on ferme l'orifice profond du canal crural avec un lambeau aponeurotique du grand oblique suturé au ligament du Cooper.

## SUMMARY

The use of the lower (femoral) approach in the treatment of femoral hernia is discussed and the most common technics are reviewed.

The anatomic basis of the femoral approach are considered.

A new technic is proposed that basically consists in the rotation of an aponeurotic flap of the external oblique sutured to Cooper's ligament therefore closing the internal aspect of femoral passage.

## BIBLIOGRAFIA

- BURTON, C. C. and BAUER, A. R. (Jr.). Femoral hernia: a review of 165 repairs. *Ann. Surg.*, 148: 913, 1958.
- CHIFFLET, A. Hernia inguinal recidivada. Temas para Graduados, Clínica Quirúrgica Prof. Piquinela, pág. 27. Imp. Centenario, Montevideo, 1961.
- DEAN, G. O. Strangulated femoral hernia. *Arch. Surg.*, 44: 933, 1942.
- FRUCHAUD, H. La région de l'aîne. Travaux du Laboratoire D'Anatomie de la Faculté de Médecine D'Alger, pags. 13-28; Imp. Imbert, Alger 1953.
- KOONTZ, A. R. Femoral hernia: operative cases at the John Hopkins Hospital during a 21, years period. *Ann. Surg.*, 147: 684, 1958.
- McVAY, C. B. and SAVAGE, L. E. Etiology of femoral hernia. *Ann. Surg.*, 154 (suppl. 6): 25, 1961.
- MONRO, A. Hernia Crural: el acceso inferior, en Nyhus y Harkins (9), pags. 269-279.
- MUSSO, R., QUINTERO, A., FRANCESCO, D. y RUIZ-LIARD, A. Nuevo procedimiento para la cura quirúrgica de las hernias inguinocrurales. *XIV Congr. Urug. Cir.*, 138, 1963.
- NYHUS, L. M. y HARKINS, H. N. Hernia. *Ed. Inter-Médica*, Bs. As. 1967.
- PEREZ-FONTANA, V. Anatomía quirúrgica de las hernias abdominales. Monografía N° 1; Facultad de Medicina de Montevideo, Imp. Rosgal, Montevideo 1951.
- RUIZ-LIARD, A. Pared anterolateral de abdomen. *Dia Méd. Urug.*, 26: 2698, 1959.
- SANTOS-DUBRA, A. Hernia Crural. 1ª Sesión para Graduados, Clínica Quirúrgica Prof. Piquinela; Gráficos Unidos, Montevideo 1968.
- TANNER, N. C. El acceso inferior para la hernia crural, en Nyhus y Harkins (9), pags. 284-288.
- TELLE, L. D. Inguinal and femoral hernia: a review of 1694 cases. *Am. J. Surg.*, 93: 433, 1957.
- WATSON, L. F. Hernia. C. V. Mosby Co., St. Louis 1924.
- ZIMMERMAN, L. M. and ANSON, B. J. Anatomy and Surgery of Hernia. Williams and Wilkins Co., Baltimore 1953.