

# Patogenia, profilaxis y tratamiento de las recidivas internas de la hernia inguinal

Dres. Fabio Croci, Ernesto Pérez Penco,  
Joaquín Rabellino, Carlos Tarabochia

Las recidivas de la herniorrafia inguinal representan alrededor de 1/3 del total de las mismas. Esta variedad es: a) comparativamente pequeña, b) usualmente dolorosa, c) dificultosa en su reparación. Ellas no son producto directo de la patología previa sino ocasionadas por defectos técnicos en el manejo del ángulo interno del triángulo inguinal, cuya configuración anatómica presenta numerosas variantes. Es excepcional la aparición de una hernia primitiva a su nivel, pero no la recidiva herniaria. Resulta fundamental el conocimiento anatómico y la indicación y ejecución exacta de los procedimientos técnicos para hacer su profilaxis.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:*  
*Hernia, Inguinal / Therapeutics.*

## SUMMARY: Pathogeny, prophylaxis and treatment of internal recidivation of inguinal hernia.

Internal recidivation of the inguinal herniorrhaphy represents about 1/3 of the total number of same. This variety is: a) comparatively small; b) usually painful; c) difficult to repair. They are not the direct of prior pathology but are due to technical defects in the internal angle management owing to technical triangle, the anatomic configuration of which presents numerous variations. The appearance of a primary hernia at that level

*Clinica Quirúrgica "A" (Prof. Director Dr. A. Aguiar).  
Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.*

is quite exceptional but is not so with hernia recidivation. The anatomic consciousness and the indication and exact performance of technical procedures are essential to its prophylaxis.

## RÉSUMÉ: Pathogénie, prophylaxie et traitement des récidives internes de l'hernie inguinale.

Les récidives internes de l'heniorraphie inguinale représentent à peu près 1/3 du total des récidives. Cette variété est: a) comparativement petite b) usuellement douloureuse c) difficileuse dans sa réparation. Elles ne constituent pas une conséquence directe de la pathologie préalable, mais des défauts techniques dans la manipulation de l'angle interne du triangle inguinal, dont la configuration anatomique présente de nombreuses variantes. L'apparition d'une hernie primitive à ce niveau est exceptionnelle, mais non la récurrence herniaire. La connaissance anatomique, l'indication et l'exécution exacte des procédés techniques sont indispensables pour faire une correcte prophylaxie.

## INTRODUCCION

Las recidivas internas de la hernia inguinal (RIHI) son una variedad de las mismas bien caracterizadas y de patogenia conocida<sup>(1, 7, 8, 11, 12, 13, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34)</sup> que se reconocen por su topografía cercana a la espina del pubis y por una triple característica: a) Comparativamente pequeñas, b) Usualmente dolorosas en el paciente con actividad física y c) Dificultosas para ser reparadas satisfactoriamente<sup>(7, 8, 21)</sup>.

Presentado como Tema Libre al 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. Adjunto, Asistente Clínica Quirúrgica, Médicos Auxiliares.

Dirección: Yaguarón 1581, apto. 302 (Dr. F. Croci).

**FRECUENCIA.** Las RIHI representan aproximadamente un 1/3 del total de recidivas. En un trabajo previo se encontró un 34.7% sobre 248 recidivas<sup>(7)</sup>. De ellas 1/3 son saculares<sup>(7)</sup>. Ya en 1945, Skinner y Duncan<sup>(28)</sup> reconocen esta situación como muy común. Thieme<sup>(31)</sup> en 1971 encontró un 22.4% de casos. Postlethwait<sup>(23)</sup> en su serie muestra que un 82.9% de las hernias inguinales directas recidivadas lo hacen en esta topografía. Ponka<sup>(21)</sup> en 1980 la encuentra en el 40.2% de este tipo de hernias recidivadas.

**ANATOMIA DEL ANGULO INTERNO.** El ángulo interno del triángulo inguinal está formado por varios elementos, de los cuales importa estudiar 6:

1) **Tendón conjunto anatómico:** Su existencia anatómica es discutible de acuerdo a la concepción original (“conjoined tendons” de Colles, 1831 y Morton Thomas, 1841). Sólo 1 caso cada 10 presenta ambos tendones fusionados a nivel de la inserción en la espina del pubis, aún cuando el transverso prácticamente siempre llega. Puede faltar o estar literalmente “obliterado”<sup>(4)</sup>. Lo más importante es la oblicuidad del arco del transverso<sup>(3, 5, 16, 17, 18)</sup>. Cuando el oblicuo menor llega a la espina del pubis hay ángulo interno<sup>(1, 9)</sup>, de lo contrario existe una “zona” débil y aparece esta zona como la base del triángulo de debilidad inguinal.

2) **Ligamento de Henle:** Esta estructura es la “llave” y pared del ángulo interno. No importa tanto la discusión sobre su origen (fibras desprendidas de la vaina del recto, o del propio recto, fibras del transverso, espesamiento fascia del transverso), sino sus características anatómicas: fibroso, fascial, muscular o mixto. Conceptualmente debe entenderse como un refuerzo entre la fascia transversalis y la fascia del transverso y de la fortaleza usual del mismo depende la resistencia espontánea del ángulo interno, lugar a través de donde excepcionalmente se produce una hernia espontánea (Cuadro I). Su conservación prácticamente garantiza la resistencia de esa región.

3) **Inserciones mediales del transverso:** El tendón del mismo pasa en general por delante del músculo recto, aunque excepcionalmente lo hace por detrás. En un 6% de los casos el tendón va a insertarse en el tendón del recto, entrecruzando sus fibras<sup>(15)</sup>. En un 15% de los casos<sup>(17)</sup> el tendón pasa fibras aberrantes al músculo piramidal. Otro elemento a recordar es la existencia de hiatos interfasciculares<sup>(35)</sup>.

4) **Músculo recto anterior:** Interesa destacar la disposición tendinosa variable en altura: alta (fre-

cuentemente asociada a un tendón del transverso terminando en el mismo), normal o baja. Este elemento fue empleado para reforzar el ángulo interno, sea por transposición del tendón<sup>(15)</sup> o por sutura del músculo al pubis<sup>(4, 14, 30)</sup>.

5) **Músculo piramidal:** Interesa más su logia que el propio músculo. Según Anson<sup>(2)</sup> se encuentra presente en el 90% de los casos. Su logia puede guardar vinculaciones íntimas con el transverso (fibras retropiramidales).

**PROFILAXIS.** Se realiza en base a dos condicionantes:

1) Respecto de estructuras anatómicas inviolables: No trasponer el tendón rectal, no suturar el músculo recto en el triángulo inguinal y no seccionar el ligamento de Henle.

2) Táctica y técnica adecuado y cuidadosa: a) Selección del procedimiento adecuado a cada situación particular (no prodigar el empleo del Cooper), b) En las hernioplastias pasar la prótesis ampliamente por detrás del punto crítico en dirección medial<sup>(7, 8)</sup>.

**Cuadro I**

**HERNIAS INGUINALES A TRAVES DE LA PARED POSTERIOR (506 casos)**

ATIPICAS	Nº Casos	%
H.V.L.E. TRANSMUSCULAR		0,20
H. A TRAVES TENDON CONJUNTO		0,20
H. SOBRE ANGULO INTERNO	4	0,79
H. POR FISURACION	5	0,99
TOTAL	11	2,17
<b>TIPICAS</b>		
H.I.D. SACULAR	287	56,72
H.I. EN PANTALON	56	11,07
DEBILIDAD PARIETAL	152	30,04
TOTAL	495	97,83

**CONCLUSIONES**

1º) Las RIHI son producto exclusivo de defectos técnicos, con o sin fundamento anatómico.

2º) Es fundamental para evitarlas el conocimiento de la anatomía del ángulo interno y sus variaciones.

3º) La profilaxis de esta situación se basa en un correcto conocimiento anatómico y en la elección cuidadosa del procedimiento a emplear en cada caso particular.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALLENDE C.L. — Hernias recidivadas, inguinales y crurales. Congreso Argentino Cirugía, 23°, 1941, p. 199.
2. ANSON B.J., BEATON L.E., McVAY C.B. — The pyramidalis muscle. *Anat. Rec.* 52: 405, 1938
3. ANSON B.J., MORGAN E.H., McVAY C.B. — Surgical anatomy of the inguinal region based upon a study of 500 body-halves. *Surg. Gynecol. Obstet.* 111: 707, 1960.
4. BLOODGOOD J.C. — Operations on 459 cases of hernia in the John Hopkins Hospital from June 1889 to June 1899. The special consideration of 268 cases operated by the Halsted method, and the transplantation of the rectus muscle in certain cases of inguinal hernia in which the conjoined tendon is obliterated. *Johns Hopkins Hosp. Rep.*, 7: 223, 1899.
5. CONDON R.E. — Surgical anatomy of the transversus abdominis and transversalis fascia. *Ann. Surg.* 173: 1, 1971.
6. CROCI F. — Hernia Ventral Lateral Espontánea. Monografía. Fac. Med. Montevideo, 1983 (Inédita).
7. CROCI F., GASTAMBIDE C., TERRA E. — Recidivas herniarias inguinales. *Cir. Urug.* 51: 507, 1981.
8. CROCI F., GASTAMBIDE C., TERRA E., CORDAL A. — Recidivas de hernia inguinal. Aspectos patógenicos y terapéuticos. Presentado Soc. Cir. Urug. 26/5/82 (En prensa).
9. CHIFFLET A. — Fisiopatología de la región inguinal. Congreso Uruguayo de Cirugía, 14°, 2: 63, 1963.
10. DOWNES W.A. — Management of direct inguinal hernia. *Arch. Surg.* 1: 53, 1920.
11. FALLIS L.S. — Recurrent inguinal hernia. An analysis of 200 operations. *Ann. Surg.* 106: 363, 1937.
12. IASON A.H. — Hernia. Philadelphia. Blakeston, 1941.
13. KOONTZ A.R. — Inguinal hernias: Some causes of recurrence. *Am. J. Surg.* 82: 474, 1951.
14. LUSK W.C. — Rectus transplantation by a special technique. *Ann. Surg.* 58: 675, 1913.
15. McVAY C.B. — The anatomy of the relaxing incision in inguinal hernioplasty. *Quart. Bull. Northwest U. Med. Sch.* 36: 245, 1962.
16. McVAY C.B. — The normal and pathologic anatomy of the transversus abdominis muscle in inguinal and femoral hernia. *Surg. Clin. North Am.* 51: 1251, 1951.
17. McVAY C.B., ANSON B.J. — Composition of the rectus sheath. *Anat. Rec.* 77: 213, 1940.
18. McVAY C.B., ANSON B.J. — A fundamental error in current methods of inguinal herniorrhaphy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 74: 726, 1942.
19. MARTIN J.D., STONE H.M. — Recurrent inguinal hernia. *Ann. Surg.* 156: 713, 1962.
20. MATHEWS F.S. — Hernia through the conjoined tendon or hernia of the linea semilunaris. *Ann. Surg.* 78: 300, 1923.
21. PONKA J.L. — Hernias of the Abdominal Wall. Philadelphia, Saunders, 1980.
22. POSTLETHWAIT R.W. — Recurrent inguinal hernia. *Am. J. Surg.* 107: 739, 1964.
23. POSTLETHWAIT R.W. — Causes of recurrence after inguinal herniorrhaphy. *Surgery* 69: 772, 1971.
24. QUILLINAN R. — Repair of recurrent inguinal hernia. *Am. J. Surg.* 118: 593, 1969.
25. RAMOS R.L., BURTON C.C. — Results of treatment of bilateral and direct inguinal hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 70: 953, 1940.
26. RYAN E.A. — Recurrent hernias; analysis of 369 consecutive cases of recurrent inguinal and femoral hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 96: 343, 1953.
27. SEELIN M.G., CHOUKE K.S. — A fundamental factor in recurrence of inguinal hernia. *Arch. Surg.* 7: 553, 1923.
28. SKINNER H.L., DUNCAN R.D. — Recurrent inguinal hernia. *Ann. Surg.* 122: 68, 1945.
29. STEIN H.E., CASTEN D. — Study of recurrences following inguinal hernioplasty. *Surgery* 14: 819, 1943.
30. TAYLOR A.S. — The results of operations for inguinal hernia. *Arch. Surg.* 1: 382, 1920.
31. THIEME E. — Recurrent inguinal hernia. *Arch. Surg.* 103: 238, 1971.
32. WATSON L.F. — Hernia. St. Louis, Mosby, 1948.
33. WEINSTEIN M., ROBERTS M. — Recurrent inguinal hernia: Follow-up study of 100 postoperative patients. *Am. J. Surg.* 129: 563, 1975.
34. ZIMMERMAN L.M., ANSON B.J., MORGAN E.H., McVAY C.B. — Ventral hernia due to normal banding of the abdominis muscles. *Surg. Gynecol. Obstet.* 78: 535, 1944.
35. ZIMMERMAN L.M., ANSON B.J., MORGAN E.H., McVAY C.B. — Ventral hernia due to normal banding of the abdominis muscles. *Surg. Gynecol. Obstet.* 78: 535, 1944.