

HERNIAS: UNA VISIÓN SIMPLIFICADA DE UN PROBLEMA ANATOMO QUIRÚRGICO

Por: Efraín Rodas Abad

Me atrevo a decir que no me equivoco, cuando, apoyándome en los muchos años del quehacer quirúrgico, digo que, en algún momento de nuestra vida, todos los médicos hemos tenido un problema con las hernias. Cuando empezábamos nuestros estudios, la anatomía de la región inguinal, nos dio más de un dolor de cabeza, no la entendíamos, memorizábamos los innumerables elementos anatómicos, sin comprender bien en donde estaban, ni para que servían; nunca entendimos bien o simplemente no estudiamos su fisiología. Luego en años superiores al estudiar Cirugía, los que teníamos tendencia a ella, hacíamos muchos esfuerzos para, por lo menos capear el temporal, aunque no lo teníamos del todo claro, los demás simplemente se olvidaron de ellas.

Luego, en el internado rotativo, al llegar a ellas en la rotación por Cirugía, volver a los esfuerzos por comprenderlas sin tener clara idea de la anatomía de la región, era un verdadero vía crucis. Yo tuve la suerte de tener un maestro que se preocupó de enseñarme todo desde el principio y por fin vi luz al final del túnel. Esto me ha servido para comprender en su real magnitud el problema al que se enfrenta el joven residente y el estudiante de medicina cuando tiene que estudiar, tratar de comprender y más aún resolver, el espinoso asunto, cuando lo tiene entre sus manos.

El largo enfrentamiento con las hernias, durante el también largo trajinar quirúrgico, me ha permitido, ir desechando una serie de conceptos, que en realidad no tenía la importancia que le daban en anatomía. Otra serie de elementos, que estando presentes siempre, nunca me había dado el trabajo de buscarlos cuando operaba ¿servían acaso?, y más aún, muchos otros que tanto me había costado memorizarlos, aprenderlos y comprenderlos, nunca, ni lejanamente, me sirvieron para reparar una hernia. Entonces, el reto: describamos la Anatomía, solamente con los elementos anatómicos que sirven para comprender la estructura de la región y que,

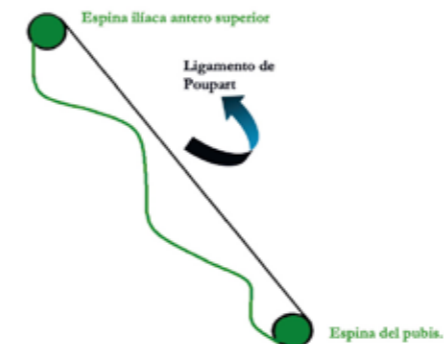
en la práctica, sirvan para reparar la hernia, que es el objetivo que enfrentamos; y con tantas técnicas quirúrgicas descritas, escojamos una que tenga sostenibilidad anatomofuncional de la región inguinocrural, o mejor aún, con nuestra "nueva anatomía" apliquemos nuestra "nueva" concepción y reparemos la pared de acuerdo con ello y con las obvias modificaciones de la técnica, que esa situación exige. Permítaseme entonces, presentar nuestro trabajo, las crítica sana y constructiva es muy bienvenida, el consejo del amigo, la reflexión del maestro y el llamado de atención del colega, tendrán especial espacio en nuestra consideración.

Hernia inguinal, anatomía y fisiología

Describamos sencillamente la anatomía de la región inguinal. Vamos a prescindir de detalles anatómicos, que son reales, constantes, que siempre están presentes en la región, pero que creemos, no son necesarios ni para comprender la estructura de la región, ni para reparar una hernia, cuando nos vemos abocados a ello. Necesitamos, eso sí, un conocimiento anatómico básico, que todo médico o estudiante de medicina debe tener.

Partamos estableciendo dos puntos de referencia fundamentales de la región: hacia arriba y afuera una eminencia ósea muy prominente, la espina ilíaca anterosuperior, y hacia abajo y adentro, la espina del pubis, que igualmente, es fácilmente identificable junto a la sínfisis del pubis en su borde superior y que son las dos partes más equidistantes del borde anterior del hueso ilíaco o coxal. Los dos elementos están unidos por medio de un tracto ligamentoso potente, fuerte al que conocemos como ligamento femoral, arco femoral, arco de Douglas, o arco de Poupart. Permítanme utilizar esta última denominación, que es a la que me he acostumbrado en el diario quehacer. El arco de Poupart es una dependencia de la aponeurosis de inserción del músculo oblicuo mayor u oblicuo externo: es su borde inferior engrosado, acintado, se lo ve, brillante y nacarado en la visión directa de la disección.

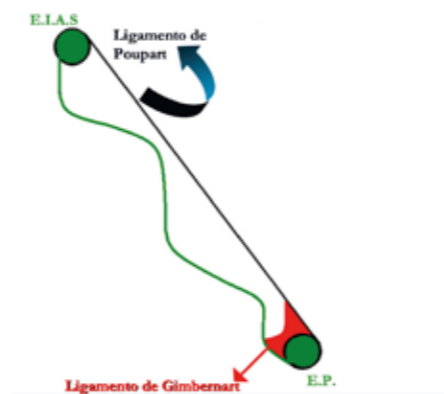
Figura #1



Fuente: el autor

Cuando el Poupart se inserta en la espina del pubis, sufre una reflexión hacia atrás formando un nuevo ligamento de forma semilunar de borde cóncavo externo, el ligamento de Gimbernat, (Fig. 2) obviamente, siempre dependencia de la aponeurosis del oblicuo externo, de especial importancia para comprender luego, las hernias crurales.

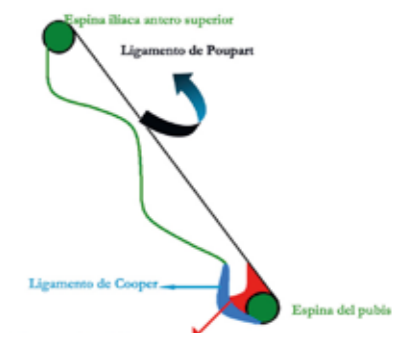
Figura # 2



Fuente: el autor

El ligamento de Gimbernat, se continúa hacia fuera, tapizando la rama ileopubiana del coxal y uniéndose firmemente al periostio del hueso, lo que conforma el siguiente elemento anatómico dependiente de la aponeurosis de inserción del oblicuo externo o mayor y que nos será útil para nuestro estudio, el ligamento de Cooper. (Fig. 3). En todas las técnicas quirúrgicas modernas, las llamadas, anatómicas, se utiliza esta formación para la reparación de las hernias por su firmeza y su estratégica localización.

Figura #3



Fuente: el autor

Posteriormente el ligamento de Cooper se adelgaza ostensiblemente y sigue tapizando hacia arriba y hacia fuera la rama ileopubiana del coxal y toma el nombre de cintilla ileopubiana. (Fig.4) Este elemento, para otros autores, es la iniciación hacia fuera y arriba, de lo que luego, hacia abajo y hacia adentro, serán los ligamentos de Cooper y de Gimbernat y por tanto lo consideran el límite interno del anillo crural. (Ver anillo crural más adelante).

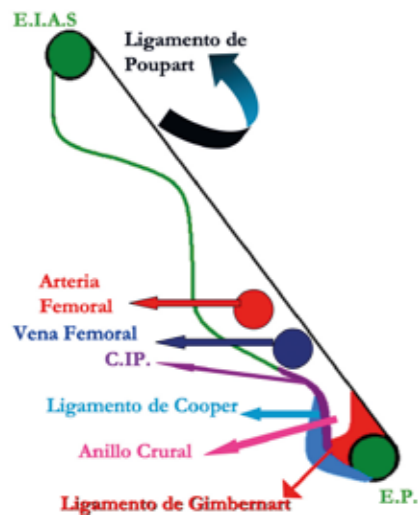
Figura #4



Fuente: el autor

Por detrás del ligamento de Poupart y por fuera del ligamento de Gimbernat, pasa la vena femoral y más externamente la arteria femoral, lo cual determina la formación de un espacio limitado: hacia delante por el ligamento de Poupart, hacia atrás por el ligamento de Cooper, hacia adentro por ligamento de Gimbernat y hacia fuera por la vena femoral: el anillo crural, (Fig.5) por donde protruyen las hernias crurales, como se describirá luego, en detalle.

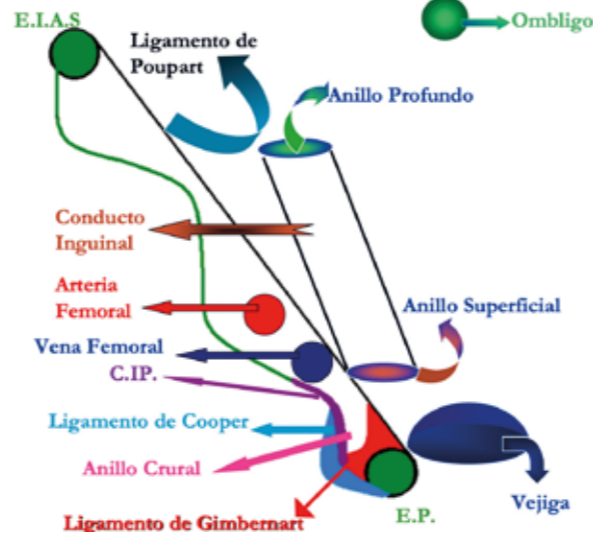
Figura # 5



Fuente: el autor

A los elementos hasta ahora descritos, tenemos que sumar, en este momento, el conducto inguinal, que es órgano de paso del conducto deferente, desde el epidídimo en el escroto, hasta las glándulas seminales en el abdomen y de los vasos y nervios del testículo y sus anexos que en conjunto forman el cordón espermático. Es un conducto aplanado de adelante hacia atrás, de dirección oblicua, que va de arriba hacia abajo, de atrás hacia delante y de fuera hacia adentro. Posee una pared anterior, otra posterior, dos bordes, uno inferointerno y otro superoexterno, resultantes de la unión de las dos paredes y dos agujeros llamados anillos. La pared anterior está formada por la aponeurosis del oblicuo mayor, se la llama también techo, nombre común pero más popular y comprensible, pienso yo, una pared posterior, constituida por otro elemento anatómico importante de la región, la aponeurosis de revestimiento del músculo transverso del abdomen y que tiene nombre propio: la fascia transversalis. El anillo superior, dada la oblicuidad de la dirección del conducto, es además posterior, externo y profundo, este último nombre el más utilizado; el anillo inferior, por la misma razón, es también anterior, interno y superficial, igualmente, esta última denominación, la más comúnmente usada. Por dentro y por debajo del conducto se localiza la vejiga urinaria, (Fig.6) otro elemento fundamental para la comprensión de otro tipo de hernias, las supravesicales, sobre las que volveremos a su debido tiempo.

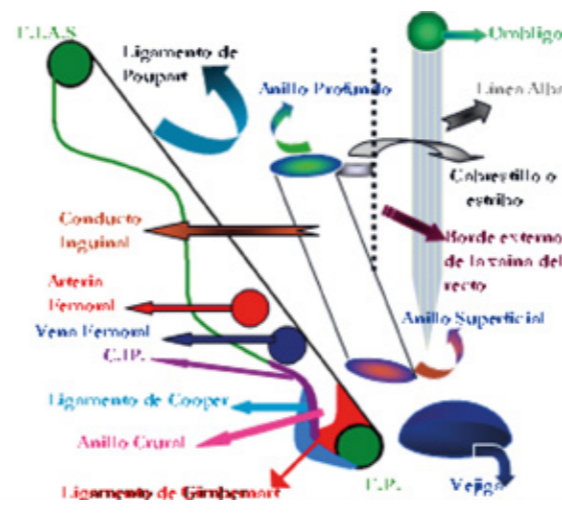
Figura # 6



Fuente: el autor

Para complementar este sencillo esquema anatómico de la región, nos quedan por mencionar algunos otros accidentes anatómicos que son necesarios para la correcta comprensión: como un nuevo punto de referencia tenemos hacia arriba y en la línea media la cicatriz umbilical, desde ella descendiendo verticalmente el rafe medio de la vaina del músculo recto anterior mayor del abdomen, la línea alba, en superficie; asimismo y paralelo a ella, encontramos, paramedial, el borde externo de la misma vaina, de donde parte como una expansión lateral el ligamento de Henle, que avanza verticalmente hasta insertarse en la cresta pectínea. Este ligamento emite hacia arriba una prolongación lateral que se fusiona con la fascia transversales, y luego avanza hasta el agujero profundo del conducto inguinal, es el cabrestillo profundo o estribo, que nos explica la fisiología del conducto, que la trataremos luego. (Fig. 7) Vale la pena insistir en no confundir este cabrestillo profundo, con el superficial, que pertenece al anillo superficial; este último es dependencia de la aponeurosis del oblicuo mayor o externo y tiene pobre función o casi nula, pues solo es órgano de paso y pone en comunicación el conducto con el escroto y permite el ingreso del cordón espermático hacia la bolsa escrotal.

Figura # 7



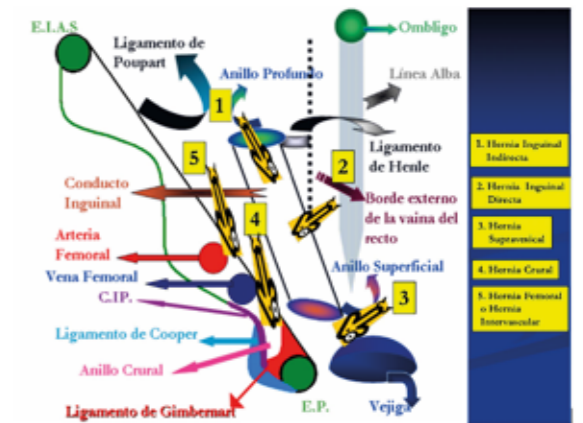
Fuente: el autor

No debería ser este el momento de hablar de las hernias, pues estamos enfrentando solamente el problema anatómico; sin embargo, en honor a que este tratado está dirigido a estudiantes de medicina y a jóvenes residentes, me permitiré, rápidamente, enfocar someramente la presencia de los diferentes tipos de hernias de la región, aprovechando del sustento anatómico que acabamos de esquematizar.

Por encima del arco de Poupart, pueden presentarse tres tipos de hernias, aparte por supuesto de variedades, que cada una de ellas, pueda tener. La hernia inguinal indirecta, se insinúa a través del agujero profundo del conducto inguinal, acompañando al cordón espermático, la hernia inguinal directa, protruye a través de una debilidad de la fascia transversalis, pared posterior del conducto y las hernias supravesicales, su nombre lo dice, salen por el espacio que cada limitado entre la vejiga urinaria que está por debajo y por dentro y el conducto que está localizado hacia arriba y hacia fuera. (Fig.8) Por debajo del ligamento de Poupart, son posibles dos tipos de hernias, una la hernia crural, que sale por el anillo crural, que, repitamos, está limitado hacia delante por el Poupart, hacia atrás por el ligamento de Cooper, hacia adentro por el ligamento de Gimbernat y hacia fuera por la

vena femoral; el otro tipo es la hernia femoral o intervascular, que se insinúa entre los dos vasos femorales, vena por dentro y arteria por fuera. (Fig. # 8) A manera de explicación mencionemos, que hasta 1984, Skandalakis, da aún sinonimia entre la hernia crural y a la inguinal; sin embargo, en una posición más moderna, se distinguen, estas dos variedades diferentes, nuevas y que incluso, determinan maniobras semiológicas para distinguirlas y hacer su diagnóstico diferencial.

Figura # 8



Fuente: el autor