Hernia crural 12

RAYMOND C. READ

La hernia crural es una protrusión de una víscera abdominal o pelviana a través del anillo crural, en el trayecto del conducto crural. Las hernias de este tipo suelen tener un saco asociado. Puede haber por deslizamiento, pero son muy raras y en ellas la vejiga aparece con mayor frecuencia que el intestino delgado. La hernia de tipo Richter se produce con mayor frecuencia en la región crural que en otras zonas y tiene gran tendencia a la estrangulación. Las hernias crurales suelen ser unilaterales y aparecen a la derecha con una frecuencia doble que a la izquierda. Sin embargo, también pueden ser bilaterales.

Son menos comunes que las inguinales, con una relación que se encuentra entre 1:17 y 1:50. Cerca del 5 al 7% de todas las hernias son crurales. Las hernias crurales aparecen en ambos sexos pero son bastante más comunes en la mujer que en el hombre. Watson ha publicado que el 97% de las hernias crurales del adulto se encuentran en mujeres y sólo el 3% en hombres,[13] pero otros autores han encontrado que esa incidencia llega a seis mujeres por cada hombre. En ambos sexos, este tipo de hernia es menos común que la inguinal. Cerca del 32% de todas las hernias aparecidas en las mujeres y cerca del 2% de todas las hernias en el hombre, son crurales. Los datos conflictivos respecto a la incidencia pueden deberse al origen de los pacientes. En la Clínica Shouldice, a la que concurren pacientes de una amplia zona, se encuentran más hombres que mujeres con hernias crurales.[4] En la mayor parte de las series, se sospecha que los pacientes viven en zonas cercanas al cirujano autor de la publicación.

Las hernias crurales son raras en los lactantes y poco comunes en niños antes de la pubertad. Cuando aparecen en este grupo de pacientes jóvenes existe poca diferencia en su incidencia en ambos sexos. En los pacientes de más de 20 años de edad, afecta a las mujeres con frecuencia creciente, en especial a las que han tenido embarazos.

Etiología

La causa de la hernia crural no es bien conocida. Las dos teorías propuestas se basan en la consideración de un origen congénito o adquirido.

CONGÉNITO

La hernia crural puede deberse a la existencia de un saco preformado. Esta teoría se apoya en los siguientes hechos:

1. Se han encontrado hernias crurales en embriones de 3 meses.[2]
2. Se han encontrado hernias crurales en fetos.[11]
3. Los divertículos peritoneales crurales fueron descritos por Murray en 52 de 200 autopsias consecutivas y en 14 de ellas el saco era bilateral.[10] Keith encontró una incidencia mayor de sacos crurales.[6]
4. McCorkle y Bell[9] publicaron el caso de un hidrocele en un saco herniario crural. Shepler y Smith revisaron la aparición de las hernias crurales en los lactantes y también apoyan esta teoría.[12]

ADQUIRIDO

Esta teoría se apoya en los siguientes hechos:

1. Las hernias crurales son raras en los lactantes y niños y poco frecuentes en los jóvenes.

Por otra parte, tal como han señalado Zimmerman y Anson, no existe una protrusión peritoneal a través del conducto crural análoga al saco de la hernia inguinal.[14]

2. Las hernias crurales se presentan con mayor frecuencia en pacientes añosos y adultos y, entre las mujeres, son mucho más comunes en las que han estado sometidas a los esfuerzos del parto que en las nulíparas.

3. La palpación de rutina de los anillos crurales desde adentro del abdomen, cuando se realiza una hernioplastia inguinal o una apendicectomía en los niños o adultos jóvenes, rara vez muestra evidencias de un saco crural o de un anillo crural dilatado, mientras que eso es más frecuente en los pacientes de mayor edad.

Creemos que las hernias crurales de los adultos han sido adquiridas como resultado del aumento de la presión intraabdominal, la relajación del anillo femoral o por la combinación de ambas. La causa de la hernia crural aparecida en los lactantes y niños es menos cierta. Algunas pueden ser congénitas y otras adquiridas.

Anatomía

En la hernia crural, la víscera abdominal herniada se acompaña de un saco peritoneal, que está rodeado de grasa preperitoneal y tejido areolar. Esta masa herniaria ingresa al anillo crural para dirigirse hacia abajo por el conducto crural y emerger en la fosa oval (abertura safena) en el tejido subcutáneo de la zona interna del muslo, justo por debajo de la arcada inguinal.

Una vez que la hernia ha alcanzado el espacio celular laxo de la parte media interna del muslo, la masa puede extenderse hacia arriba, para apoyarse sobre el ligamento inguinal, en cuya posición puede ser confundida con facilidad con una hernia inguinal, o puede crecer enteramente por debajo de la arcada inguinal. A medida que la hernia progresa por debajo del conducto crural, empuja hacia adelante la débil fascia del septum crural (que en condiciones normales ocluye el anillo crural) y también la vaina crural.

El contenido del saco presenta grandes variaciones. El epiplón y el intestino delgado son las estructuras que con más frecuencia se encuentran, pero el colon, la vejiga, las trompas de Falopio, los ovarios y otras vísceras intraabdominales han sido encontradas en algunas ocasiones. Con poca frecuencia se halla una acumulación quística de líquido, que forma un hidrocele como consecuencia de la obliteración del cuello del saco.

La hernia crural, que protruye en el tejido subcutáneo, está cubierta por las siguientes capas:

1. Piel y grasa subcutánea.
2. La fascia superficial (de Camper) del muslo con sus vasos y nervios propios.
3. La parte anterior e interna de la vaina crural, que es continuación de la fascia interna de revestimiento dc la musculatura abdominal y pelviana. La primera deriva de la fascia transversalis y la restante de la fascia ilíaca retroperitoneal.
4. El saco seroso, que es un proceso de tipo diverticular del peritoneo que contiene un espacio que se continúa con la cavidad peritoneal.
5. El contenido del saco.

Cuando se utliza el abordaje crural directo, las estructuras afectadas durante las operaciones para las hernias crurales son las estructuras superficiales que corresponden a la parte interna de la zona superior del muslo. Son descritas a continuación, desde afuera hacia adentro, en el mismo orden con que son encontradas (fig. 12-1).

El *tegumento* no requiere descripción.

La *fascia superficial* consiste en dos capas. La *capa externa* es continuación de la fascia de Camper de la fascia superficial del abdomen, que continúa hacia abajo sobre la arcada inguinal y cubre el muslo. La *capa profunda (cribiforme)* de la fascia superficial de la zona alta del muslo, es continuación de la fascia profunda del abdomen (fascia de Scarpa) que, a partir del abdomen, se continúa hacia abajo sobre la arcada inguinal para fijarse en forma muy firme sobre la fascia lata, en una línea ubicada por debajo y paralela a la arcada de Poupart. Esta línea de fijación corre hacia abajo e incluye el borde inferior de la fosa ovalis. Considerando que las hernias crurales emergen a través de la parte superior de la fosa oval para encontrarse con esta capa fascial, esta fijación de la fascia de Scarpa juega un papel especial dirigiendo la hernia hacia arriba a medida que se va agrandando. Imediatamente distal al ligamento de Poupart, esta fascia se engrosa para contener el tejido graso, vasos sanguíneos y linfáticos superficiales y ganglios. Por afuera, adentro y abajo, más allá de los límites del triángulo femoral, la capa profunda de la fascia superifical del muslo se adelgaza para hacerse casi indistinguible. Los ganglios linfáticos y la mayor parte de las arterias superficiales allí encontradas convergen en la fosa oval, que se encuentra dentro de los confines de la capa profunda de la fascia superficial.

Las *arterias superficiales* son la pudenda externa, la epigástrica y la circunfleja ilíaca superficiales, todas ramas de la arteria femoral.

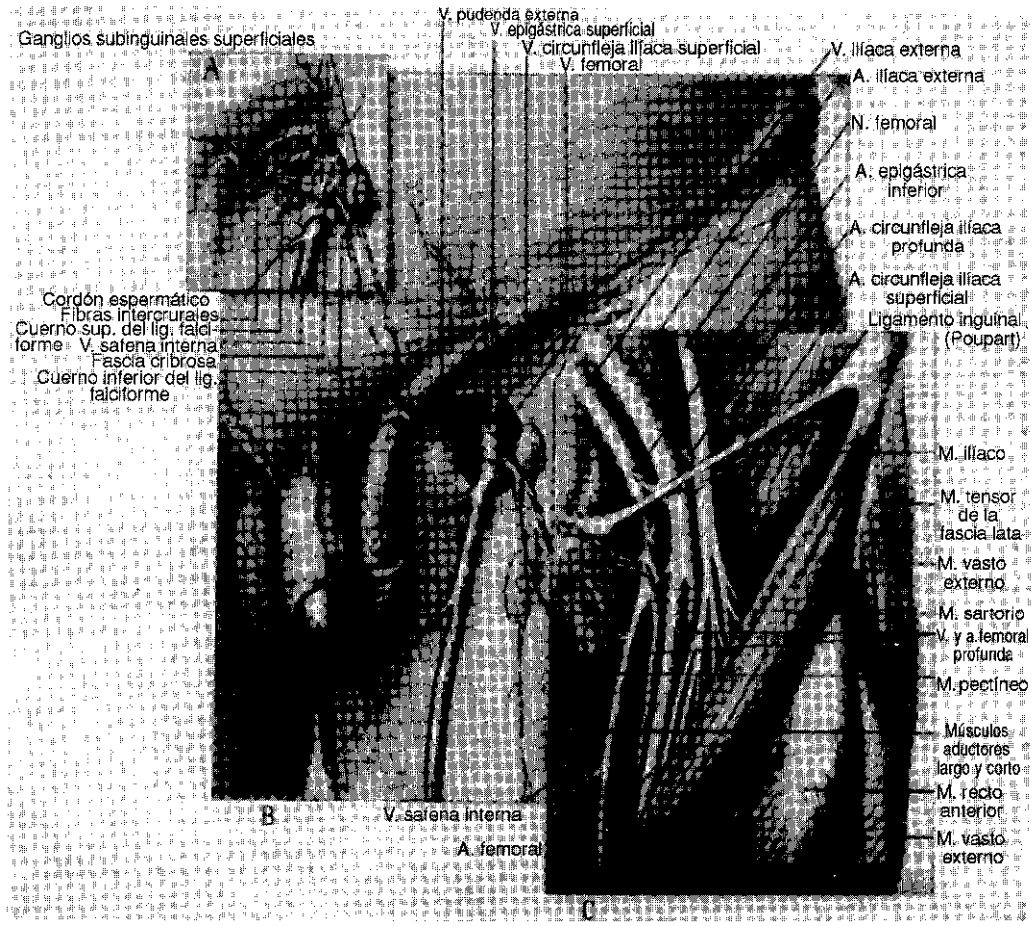


Fig. 12-1. Planos de disección de la región inguinocrural. **A**. Relaciones de la fosa oval con la fascia profunda del muslo, el ligamento inguinal y los vasos superficiales. **B**. Se ha eliminado de la fosa oval el contenido linfático y la fascia cribiforme. **C**. Exposición del triángulo de Scarpa luego que se han extirpado todas las estructuras superficiales y la fascia profunda.

Las *venas superficiales* son la safena interna y sus ramas: la pudenda externa, la epigástrica y la circunfleja ilíaca superficiales.

Existen dos grupos de *ganglios linfáticos superficiales*: el *superior*, que se encuentra sobre la arcada de Poupart y el *inferior (crural)*, sobre la entrada de la safena.

Los *nervios superficiales* son el abdominogenital mayor, que emerge del anillo inguinal superficial junto con el cordón inguinal en el hombre, o con el ligamento redondo en la mujer, que alcanza el escroto o el labio de la vulva y la rama crural del nervio genitocrural, que corre a 1 cm por fuera de la arteria femoral.

La *fascia profunda* de esta porción del muslo es la *fascia lata*, que es la aponeurosis que envuelve los músculos en esa zona. Está fijada al ligamento inguinal por encima y se divide en una porción ilíaca (externa) y otra pubiana (interna). La fascia lata contiene un orificio oval, la fosa oval (abertura safena) en donde se unen la porción ilíaca y la pubiana. Es a través de esta abertura que la vena safena atraviesa la fascia lata para desaguar en la vena femoral. En condiciones normales, la fosa oval está cerrada alrededor de la vena safena mediante una fascia débil, que se fija en sus bordes. El borde externo de la fosa oval presenta una clara definición dada por el ligamento falciforme, que yace sobre el compartimento venoso del conducto crural.

El *ligamento falciforme* es el borde inferior engrosado de la fascia ilíaca. Termina justo por encima de la unión de las venas safena y femoral y forma el límite externo de la abertura safena y, al cruzar por debajo de ese orificio, conforma el ligamento falciforme (de Hey); éste se une con el extremo interno del ligamento inguinal y, a través de él, con el ligamento de Gimbernat.

El borde interno de la fosa oval está formado por la fascia profunda, que cubre el pectíneo y tiene una pobre definición.

La hernia crural, luego de atravesar el conducto crural, escapa hacia el tejido subcutáneo a través de la fosa oval.

El *ligamento inguinal (de Poupart)* corresponde al borde inferior de la aponeurosis del oblicuo mayor del abdomen. Se encuentra plegado hacia arriba y sobre sí mismo, presentando una superficie convexa que apoya sobre el muslo y otra cóncava que apunta hacia el abdomen. Por fuera, está fijo a la espina ilíaca anterior y superior; por dentro se fija en el tubérculo del pubis y, a través del ligamento de Gimbernat y su porción refleja, se apoya sobre la línea iliopectínea en la rama superior del pubis. Su curso es algo curvo, con una concavidad dirigida hacia arriba y adentro, en dirección al abdomen.

El espacio entre el ligamento inguinal y la línea iliopectínea está dividido en dos compartimentos por una banda de fascia ilíaca, que se extiende desde el ligamento inguinal hasta la eminencia iliopectínea, en la zona externa de la arteria femoral (figs. 12-2 y 12-3). El más externo de esos dos compartimentos *(lacuna musculorum)* está ocupado por el músculo psoasilíaco y el nervio crural. En compartimento más interno y más pequeño *(lacuna vasorum)*, está ocupado por el músculo psoasilíaco y el nervio crural. El compartimento más interno y más pequeño *lacuna vasorum* se encuentran los vasos femorales y el conducto crural. La parte más externa de la *lacuna vasorum* está ocupada por la arteria femoral y la rama crural del nervio genitocrural. La vena femoral se encuentra algo más interna y, mucho más adentro, está el conducto femoral, que sirve de comunicación entre la cavidad abdominal y el muslo.

A su paso por detrás del ligamento inguinal, la posición relativa de estas estructuras es la siguiente, desde afuera adentro: nervio, arteria, vena, espacio crural vacío, ligamento lacunar. (Las primeras letras de esos elementos anatómicos conforman la regla mnemotécnica NAVEL).

El *triángulo femoral (de Scarpa)* es un espacio triangular que se encuentra inmediatamente distal al ligamento inguinal (fig. 12-1C). Este ligamento forma la base de un triángulo, cuyo límite externo es el borde interno del músculo sartorio y el interno el borde externo del pectíneo. El techo de este triángulo está conformado por la fascia lata, que cubre el espacio anterior y su piso consiste en dos planos inclinados que forman un surco en su unión. El plano inclinado externo está formado por el psoasilíaco, revestido por una delgada capa de fascia. El plano inclinado interno está formado por el aductor largo y el músculo pectíneo, ambos cubiertos por la fascia lata.

El triángulo de Scarpa contiene los vasos y nervios femorales con sus grandes ramas, que

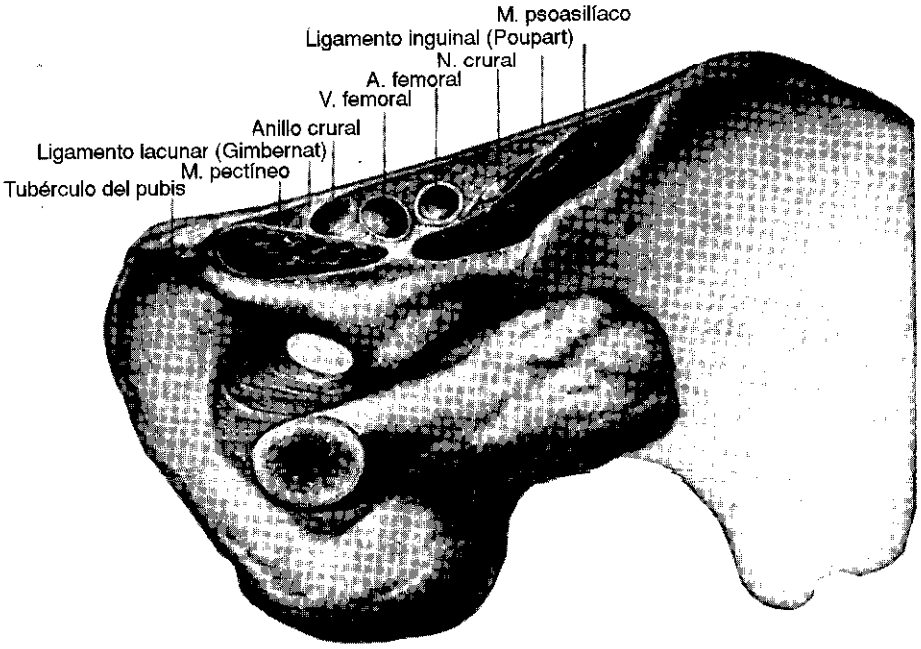


Fig. 12-2. Contenido de la arcada femoral vista desde el muslo.

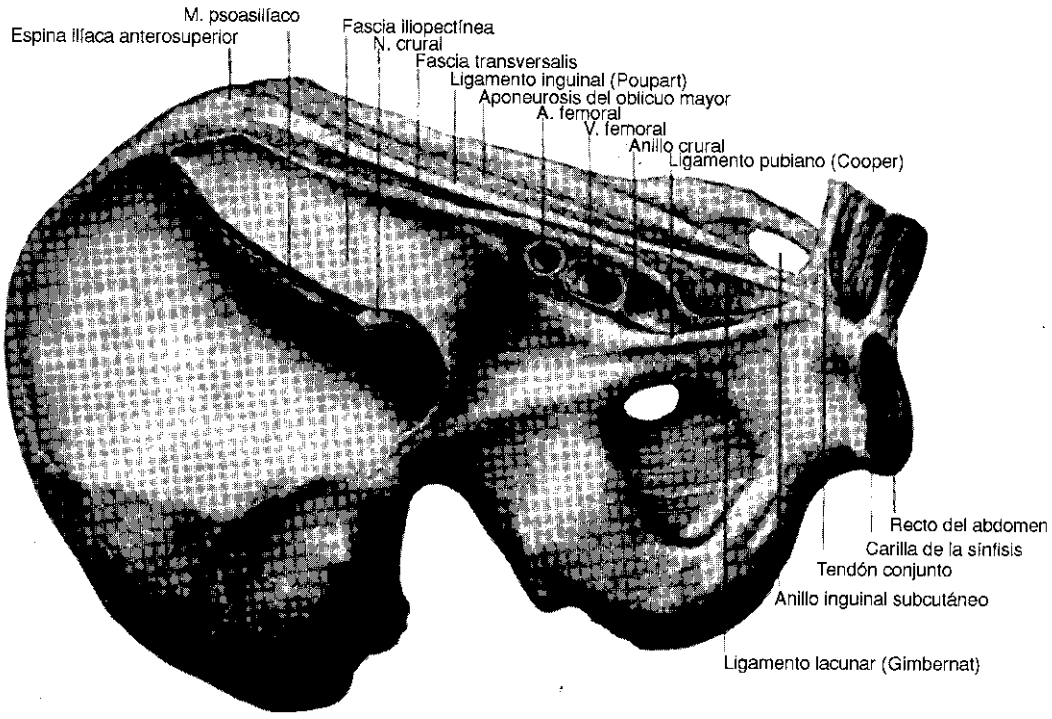


Fig. 12-3. Contenido de la arcada femoral izquierda vista desde la pelvis.

incluyen la terminación de la safena interna y también el paquete de los ganglios linfáticos subinguinales profundos. Estas estructuras están rodeadas por tejido celular laxo. Este espacio comunica con el abdomen a través de la lacuna vasorum.

El *ligamento lacunar (Gimbernat)* (figs. 12-2 y 12-3) es la parte más interna de la aponeurosis del oblicuo mayor. Está situado por detrás del cordón inguinal o el ligamento redondo del útero. Es de forma triangular y su vértice está fijado al tubérculo del pubis; su borde superior continúa con la parte interna del ligamento inguinal y el borde inferior se inserta a 2,5 cm sobre la línea iliopectínea, en la rama superior del pubis. La base de este ligamento de forma triangular ofrece un aspecto en creciente, es libre y forma el borde interno del anillo crural. (De acuerdo con Condon, el borde interno del anillo femoral es la reflexión iliopubiana del ligamento de Cooper. El ligamento de Gimbernat está cerca pero más superficial que la inserción del tracto iliopubiano.[1])

El ligamento pubiano de Cooper es la parte engrosada de la fascia pectínea que cubre el reborde pectíneo hasta el pubis. Forma el borde posterior del anillo crural (figs. 12-2 y 12-3).

La *vaina crural* reviste a los vasos femorales y está formada por la continuación hacia abajo, a través de la lacuna vasorum, de la fascia transversalis, por delante, y por la fascia ilíaca por detrás. Estas capas de fascia están unidas y se continúan sobre los bordes laterales de los vasos, aunque por dentro de la vena femoral no se encuentran en contacto y dejan un espacio que suele estar ocupado por un ganglio linfático (de Cloquet), que se ubica entre la vena femoral y el ligamento de Gimbernat. La vaina crural se extiende hacia abajo alrededor de los vasos, hasta el origen de la arteria femoral profunda, donde se fusiona con las capas externas de los vasos femorales. Existen dos tabiques que dividen la lacuna vasorum en los compartimentos arterial, venoso y linfático.

El *conducto crural* es un estrecho espacio limitado, por delante, por la fascia cribiforme y el ligamento inguinal; por detrás, por la fascia lata que cubre el músculo pectíneo y el ligamento de Cooper; por fuera, por la vena femoral y por dentro, por el ligamento de Gimbernat. Tiene una longitud que varía entre 0,7 a 1,25 cm. La abertura proximal, o entrada del conducto, es el anillo femoral, que está orientado hacia abajo y ocluido por un débil tabique de fascia (septum crural). La abertura inferior, o salida, es la fosa oval, que mira hacia adelante. El conducto es angulado y describe una franca curva hacia adelante. Esta curva es la que, con toda probabilidad, dirige la hernia crural hacia adelante y abajo. El conducto está

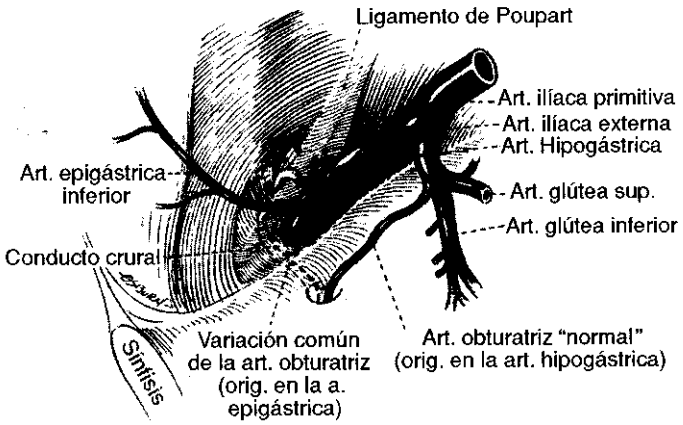


Fig. 12-4. Arteria obturatriz con una anomalía frecuente de su origen.

ocupado por los vasos linfáticos subinguinales profundos, tejido celular laxo y uno o dos ganglios linfáticos que corresponden al compartimento linfático de la vaina femoral. La arteria femoral está por fuera de la vena femoral y el nervio crural se ubica en posición externa en relación con la arteria.

En su curso desde la cavidad abdominal la hernia crural, pasa a través del conducto crural, desde el anillo hasta la abertura safena. Avanza hacia adelante, a través de la fascia cribiformis, y hacia arriba en dirección al ligamento de Poupart, guiada por el proceso falciforme de la fascia lata. Se pueden producir estrecheces, una a nivel del borde de la abertura safena debida al ligamento falciforme de la fascia lata y otra, en el anillo crural, sobre el borde libre del ligamento de Gimbernat. En general, la estrechez es más frecuente sobre el ligamento lacunar.

El *cordón espermático* se encuentra por encima y adentro del anillo crural. Entre el cordón y ese anillo se encuentra el *tubérculo pubiano*, que es un punto de reparo quirúrgico de gran importancia. La protrusión herniaria que aparece sobre ese tubérculo y por fuera de él se debe, en general, a una hernia inguinal, mientras que una masa que se hernia por debajo del tubérculo pubiano casi seguramente lo ha hecho a través del orificio crural.

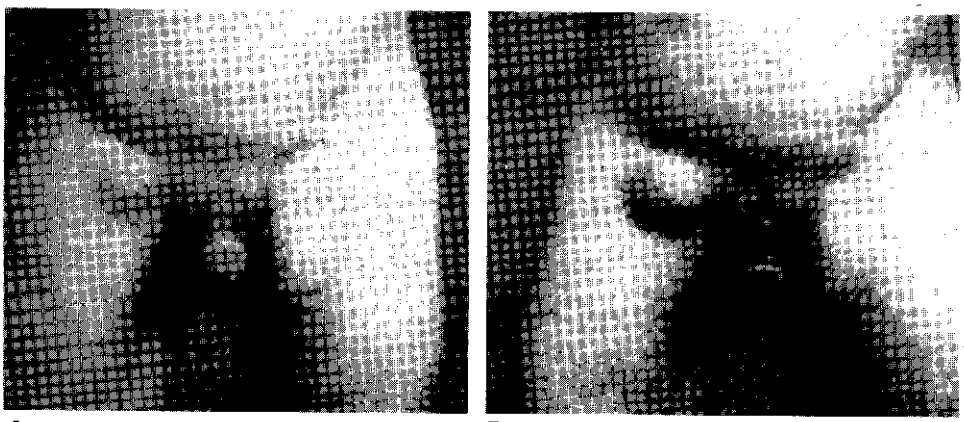
En condiciones normales, la arteria obturatriz nace en la hipogástrica y no está muy cerca de la hernia crural; sin embargo, en algunas ocasiones proviene de la arteria epigástrica profunda (fig. 12-4) y, en ese caso, desciende por detrás del pubis hasta el agujero obturador, aunque no siempre en la misma dirección. Puede pasar por dentro del anillo crural o por fuera de él. Cuando una hernia crural coexiste con una arteria obturatriz anómala, que proviene de la epigástrica, esta arteria suele encontrarse por dentro del anillo crural, muy cerca de la cara interna del cuello del saco herniario y puede ser lesionada cuando el ligamento de Gimbernat se secciona para aliviar la constricción ejercida sobre el saco.

El nervio crural nace de los nervios lumbares segundo, tercero y cuarto e ingresa en el muslo cruzando por detrás del ligamento inguinal (fig. 12-1C) a través de la lacuna musculorum, 1 cm por fuera de la arteria femoral. En el muslo, el nervio se encuentra por debajo de la fascia lata y desprende ramas para el sartorio, el pectíneo y el cuadríceps. Una rama del nervio crural (el nervio safeno) corre hacia adentro y abajo, acompañando a la arteria femoral por debajo del conducto de los aductores (conducto de Hunter).

Síntomas y diagnóstico

Las hernias crurales tienden a ser de pequeño tamaño y asintomáticas o a producir sólo síntomas menores hasta que se complican con el atascamiento o la estrangulación. El signo habitual de la hernia crural es la aparición de una tumefacción redondeada y lisa, que se ubica en la zona alta del muslo, justo por debajo del ligamento inguinal (fig. 12-5). En general, el cuello herniario no es palpable y raramente es reductible.

En los sujetos obesos, las hernias crurales pueden no detectarse. Más aun, dada su tendencia a progresar hacia arriba hasta ocupar una posición por encima del ligamento inguinal, pueden confundirse con una hernia inguinal. La hernia obturatriz, la várice de la safena interna en la fosa oval, los ganglios linfáticos agrandados, los abscesos del psoas y los lipomas, son todos procesos que han sido confundidos con la hernia crural y deben ser diferenciados de ésta. Entre ellos, la várice sacular importante es el proceso de más difícil diferenciación; la masa puede ser fluctuante y blanda y suele desaparecer cuando el paciente se acuesta. Por otra parte, el saco varicoso suele estar asociado con vá-



A B

Fig. 12-5. Hernia crural de 3 años de duración en un varón de 30 años de edad. **A.** La hernia sigue reducida cuando el paciente adopta la posición erecta. Se observa una hernia inguinal izquierda. **B.** Cuando el paciente hace fuerza o tose, aparece la hernia. (Tomado de Watson L. F.: Hernia, 3rd ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1948.)

rices del muslo y la pierna. Con el paciente en posición de pie, la percusión sobre una várice distal transmite una onda palpable sobre la várice femoral y permite efectuar el diagnóstico diferencial.

En el hombre, un procedimiento aceptable para diferenciar la hernia crural de la inguinal, es invertir el escroto con un dedo, que trata de ingresar al conducto inguinal a través del anillo inguinal superficial, para establecer si allí se ubica la hernia. El diagnóstico clínico es más difícil en las mujeres, porque el conducto inguinal está atrófico y la grasa del labio mayor oculta la anatomía.

Complicaciones

La estrangulación es la complicación más importante y aparece con una frecuencia ocho a diez veces superior en las hernias crurales que en las inguinales. De acuerdo con Zimmerman y Anson, entre el 25 y el 40% de las hernias crurales informadas han sido estranguladas y en el 25 al 33% de ellas se trataba de estrangulación del tipo Richter.[14] La estrangulación de Richter es proclive a escapar a los procedimientos de detección. Koontz ha analizado pacientes con hernias crurales que habían sido operados en el Hospital Johns Hopkins durante un lapso de 21 años.[7] De 139 pacientes estudiados, 93 (67%) eran mujeres. El 84% tenían edades entre 30 y 70 años. Sólo 5 mostraban hernias bilaterales y 8 tenían hernias inguinales concomitantes. Tres pacientes presentaron hernias por deslizamiento, donde se encontraba la vejiga. Cinco pacientes presentaron hernias crurales recidivadas. En los 136 pacientes sin deslizamiento, salvo en dos casos, el saco contenía epiplón e íleon en todos los restantes. En los dos casos mencionados, en uno el saco contenía el apéndice y en el otro el sigmoides. En la serie completa la hernia estaba atascada en el 10% y estrangulada en el 26,6%. Entre las 37 estrangulaciones, el íleon estaba comprometido 33 veces, el epiplón 3 veces y el apéndice en una. El íleon debió ser resecado en 8 pacientes. Cinco de las 139 hernias fueron del tipo Richter y en todos los casos estaban estranguladas.

Tratamiento quirúrgico

El único tratamiento satisfactorio de la hernia crural es la cirugía. Rara vez se puede conseguir la contención de la hernia mediante un braguero; los tratamientos con inyecciones locales están contraindicados debido a la proximidad de los vasos femorales.

Se debe realizar la operación de la hernia crural en cuanto se haya hecho el diagnóstico y el paciente pueda ser preparado en la forma conveniente. Esta urgencia se debe a la elevada incidencia de estrangulación que ofrece esta hernia. La hernia estrangulada, requiere la operación inmediata, en forma independiente de la condición o edad del paciente.

Para el tratamiento de la hernia crural se dispone de diferentes tipos de operaciones, a saber: operación por vía crural, en la que el procedimiento se realiza a través de un abordaje ubicado por debajo del ligamento inguinal; la operación por vía inguinal, en la que la operación se efectúa a través de un abordaje por encima del ligamento inguinal y que puede ser intraperitoneal o extraperitoneal, o una combinación de ambas. Muchas veces, se pueden combinar los abordajes crural e inguinal permitien-

do que el cirujano trabaje por debajo y por encima del defecto herniario. Cada abordaje presenta ciertas ventajas y puede ser el preferible para un paciente dado. El abordaje crural es más simple, requiere menos disección y es menos chocante y por lo tanto puede estar indicado en pacientes de alto riesgo. A la inversa, las hernioplastias por vía inguinal han alcanzado un mayor porcentaje de curaciones que la vía crural y ofrecen una mejor exposición en los casos en que, por la presencia de gangrena intestinal, resulta necesario efectuar una resección intestinal con anastomosis. Por ello, la vía inguinal se ha convertido en electiva para la plástica de las hernias crurales, salvo en pacientes seleccionados.

Los objetivos de la operación para la hernia crural son la reducción de la hernia, la resección del saco y el cierre del anillo crural, por dentro de los vasos femorales, para evitar la recidiva.

El peligro principal que aparece en la plástica de la hernia crural es la lesión de las vísceras contenidas en el saco herniario de la vena femoral, de una arteria obturatriz anómala o de la vejiga. Se pueden evitar esos accidentes disecando con cuidado toda la grasa y el tejido celular laxo a fin de indentificar y aislar en forma precisa todas las estructuras anatómicas antes de resecar o ligar el saco o colocar los puntos de la plástica.

La hernia crural puede estar asociada con una hernia inguinal directa o indirecta y los lugares de ubicación de esas hernias pueden ser palpados. Si la condición del paciente lo permite, la hernia asociada, si se encuentra, puede ser tratada en la misma operación.

HERNIOPLASTIAS CRURALES

La hernioplastia crural, realizada por la vía crural, es la operación más directa, rápida y simple disponible. Conlleva la menor alteración de los tejidos normales y escasos peligros. Está indicada en forma especial cuando la operación debe ser efectuada bajo anestesia local infiltrativa. La objeción principal para este tipo de intervención es que no permite una exposición tan completa del anillo crural, ni tampoco una plástica satisfactoria del defecto herniario como la que ofrece la vía inguinal o combinada. En consecuencia, se considera que los índices de recidiva con esta vía son algo mayores que con la inguinal.

ANESTESIA. La anestesia raquídea es la preferida por muchos. La anestesia general también se utiliza en forma amplia. La infiltración local o la anestesia regional es de elección para los pacientes que tienen un riesgo quirúrgico elevado, como sucede en los cardiópatas o en los pacientes muy añosos. Puede ser de uso muy difícil en los pacientes obesos.

INCISIÓN. Se puede utilizar alguna de las siguientes incisiones:

1. *Incisión oblicua*, que se traza en dirección paralela al ligamento de Poupart y 3 cm por debajo de él. Suele medir alrededor de 8 cm de largo (fig. 12-6A). Es satisfactoria para las hernias pequeñas y reductibles.
2. *Incisión vertical*, que comienza 4 cm por encima del ligamento de Poupart y se extiende 8 cm hacia abajo, en dirección paralela a los vasos femorales y sobre el conducto crural. Es preferible a la incisión oblicua cuando se trata una hernia crural estrangulada.
3. *Incisión inguinal combinada con una incisión vertical.* En este abordaje, se practica una incisión oblicua de 6 cm de largo a 2 cm por encima y paralela al ligamento de Poupart. Cuando el extremo interno de la herida ha llegado al conducto crural, se desplaza hacia abajo sobre el conducto crural y sigue paralela a los vasos femorales en un trayecto de 6 cm de largo. Esta incisión proporciona una excelente exposición de la hernia por debajo del ligamento inguinal y también permite, si fuera necesario, la abertura de la aponeurosis del oblicuo mayor para poder exponer la superficie superior del conducto crural, tal como sucede con frecuencia en la reducción o plástica de las grandes hernias crurales estranguladas. En algunos pacientes se desarrollan cicatrices queloides en el pliegue de la ingle.
4. *Incisión abdominal mediana o transversa*, que ofrece acceso a la hernia (abordaje de Henry) a través del espacio preperitoneal, tal como ha sido aconsejado por McEvedy.

HERNIOPLASTIA CRURAL POR VIA CRURAL (BASSINI)

En la hernioplastia crural por vía crural, se expone el saco herniario, se libera su contenido y luego se lo liga y reseca. El cuello del saco es devuelto a la cavidad abdominal. El conducto crural se cierra mediante la sutura del ligamento de Poupart y el ligamento falciforme de la fascia lata con la fascia pectínea.

TÉCNICA. Luego de haber trazado la incisión (fig. 12-6A), se abre el tejido subcutáneo hasta llegar al saco y la fascia lata. El saco herniario se encuentra rodeado por varias capas, cada una de las cuales debe ser abierta con cuidado, separada del saco y empujada hacia arriba o abajo hacia el cuello del saco hasta que el cuello verdadero haya quedado limpio de grasa y de otros tejidos cercanos. Se abre el saco herniario con todo cuidado, evitando lesionar los órganos en él contenidos. Si el contenido del

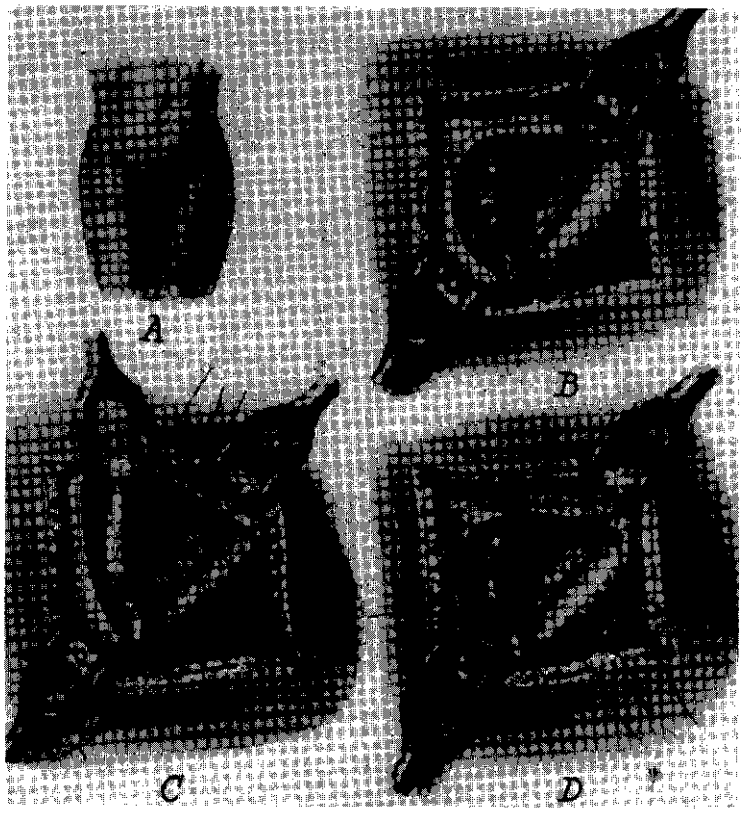


Fig. 12-6. Técnica para la hernioplastia crural. **A.** Incisión. **B.** Se ha liberado, ligado y extirpado el saco herniario. Están expuestos la vena femoral, el ligamento falciforme y la fascia pectínea. **C.** Puntos colocados entre el ligamento de Cooper y la arcada inguinal. **D.** Puntos aplicados entre el ligamento falciforme y la fascia pectínea. (Tomado de Orr T.J.: Operations for general surgery. 2nd ed. Philadelphia, Saunders, 1949.)

saco es viable, es reducido de inmediato. Las vísceras no viables son tratadas en la forma que convenga y luego son reducidas. En general, el anillo crural es demasiado pequeño para permitir la reducción de la hernia y debe ser ampliado mediante la sección del ligamento lacunar (Gimbernat). Esa maniobra puede ser efectuada desde abajo pero, sin duda, se trata de un gesto realizado a ciegas. En estos casos, se debe abir la aponeurosis del oblicuo mayor por encima del ligamento de Poupart para luego separar el oblicuo menor, el transverso y el peritoneo hacia arriba, con lo que se expone el anillo femoral y el ligamento de Gimbernat desde arriba, haciendo posible su sección bajo visión directa y con seguridad. Algunas veces, puede ser deseable ingresar a la cavidad peritoneal a través de una divulsión muscular (véase hernioplastia inguinal o crural de La Roque) que expone el anillo crural desde el peritoneo. Todas estas incisiones adicionales son luego suturadas en forma apropiada.

Luego que el contenido del saco ha sido reducido, se libera el saco en forma completa y tan alto como sea posible. Se tracciona hacia abajo el cuello, se transfixiona y liga tan cerca de su abertura interna como sea posible. Se reseca la parte del saco distal a la ligadura para luego dejar que el muñón ligado se retraiga o sea empujado por encima del anillo crural (fig. 12-6**B**).

Para cerrar la parte superior del conducto crural se colocan tres o más puntos de seda gruesa mediante una aguja curva y redonda, que pasa a través del ligamento de Poupart y la fascia pectínea a nivel de la línea del mismo nombre (fig. 12-6**C**). Cuando es posible, esos puntos deben incluir el ligamento de Cooper. El primer punto se coloca cerca de la espina del pubis, el siguiente 0,5 por fuera del primero y luego se sigue colocando puntos de esta misma forma hasta que el punto más externo quede 1 cm por dentro de la vena femoral. Estos puntos se dejan reparados, sin anudar. Se colocan tres o cuatro puntos parecidos entre el ligamento falciforme y la fascia pectínea para obliterar la parte inferior del conducto crural (fig. 12-6**D**). Se anuda la primera línea de puntos llevando el ligamento de Poupart sobre la línea pectínea. Luego se anuda la segunda tanda de puntos, que aproxima el ligamento falciforme a la fascia pectínea. Se cierra el tejido subcutáneo con puntos separados y, la piel, con puntos separados o una sutura continua. Algunos cirujanos han utilizado tiras de fascia lata autógena, o de fascia conservada de bovino, para reforzar los

puntos de seda que cierran el conducto crural. Aunque esta maniobra agrega resistencia al cierre, las suturas de la fascia son difíciles de realizar en forma apropiada en esa zona restringida y presentan el riesgo de lesión de la vena femoral.

Comentarios. Para las situaciones difíciles o complicadas, la operación por vía crural es menos satisfactoria que la efectuada por vía inguinal o la combinada. El abordaje crural es difícil si el contenido herniario está atascado o estrangulado. En esas condiciones, se alivia la constricción del cuello herniario, siempre que sea posible, seccionando el borde del ligamento de Gimbernat sobre el borde interno del anillo. Esta sección representa siempre una maniobra ciega cuando se realiza desde abajo; en el abordaje inguinal, sin embargo, esa sección se efectúa bajo visión directa. Si resulta imposible seccionar el ligamento de Gimbernat con seguridad o si su sección no alivia la constricción en forma suficiente, se puede seccionar el ligamento inguinal, que forma el borde anterior del anillo. Esta maniobra aporta la máxima relajación y exposición del cuello. Luego se deberá efectuar la adecuada reparación de los extremos seccionados del ligamento. *La reparación de la sección del ligamento inguinal* puede ser efectuada en forma satisfactoria suturando sus extremos y reforzando esa sutura con un colgajo de aponeurosis del oblicuo mayor (figs. 12-7 y 12-8). La sección del ligamento inguinal es un paso poco deseable ya que aumenta las posibilidades de la recidiva y por lo tanto debe ser evitada siempre que sea posible. Sin embargo, Zimmerman y Anson han encontrado que ella no ofrece un mayor aumento de las recidivas posoperatorias en los pacientes en que fue realizada.[14] Muchos cirujanos vasculares, que realizan bypass aortofemorales seccionando el ligamento inguinal para acomodar las prótesis en ese lugar, no han observado hernias prevasculares como secuela del procedimiento, por lo que señalan que el ligamento inguinal no es la principal barrera de contención que impide la hernia inguinal.

No se debe efectuar ningún intento para operar una hernia crural atascada o estrangulada a través de la vía crural. Ella no ofrece la suficiente exposición que permita manejar las urgencias. Esas hernias se tratan en forma más satisfactoria por la vía inguinal o por una vía combinada inguinocrural.

En algunas situaciones no complicadas, puede no ser posible alcanzar el ligamento inguinal desde abajo para suturarlo a la fascia pectínea. Aun cuando esa maniobra pueda ser posible, el ligamento inguinal debe ser suturado, muchas veces, sobre la fascia pectínea a alguna distancia por debajo del anillo crural, dejando abierto el introito del conducto, lo cual es un hecho poco deseable. En general, la hernioplastia por vía crural se efectúa sólo cuando se ha cometido un error de diagnóstico y el paciente, que en realidad sufre de una hernia crural, es operado con la intención de resecar un ganglio linfático. Por lo tanto, es importante conocer la técnica de modo que se pueda efectuar la plástica desde abajo cuando se enfrenta esta situación.

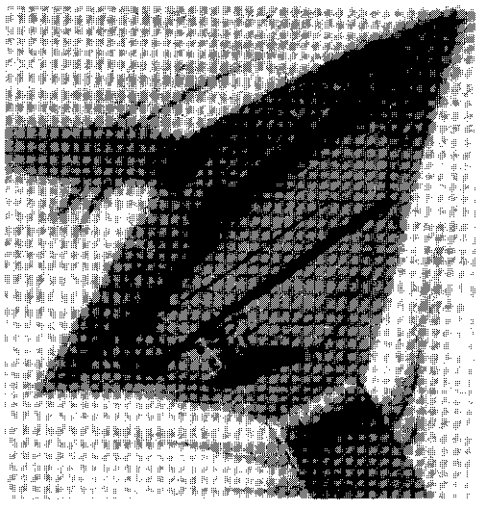


Fig. 12-7. Cuando es necesario seccionar el ligamento de Poupart se debe reconstruir la arcada con un colgajo de la aponeurosis del oblicuo mayor. El dibujo muestra el trazado de la incisión para obtener ese colgajo. (Tomado de Horsley G. W. and Bigger I. A.: Operative surgery, vol. 2, 6th ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1953.)

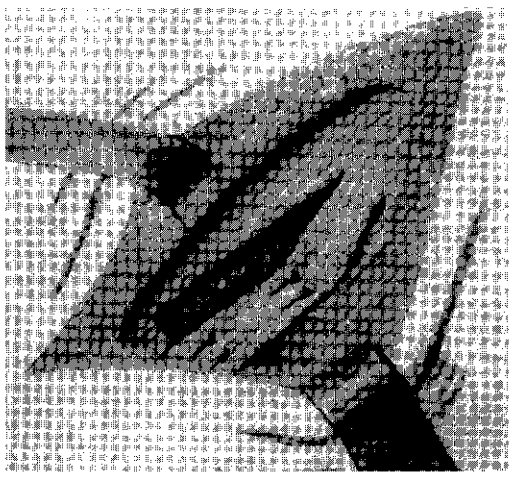


Fig. 12-8. Se ha suturado el colgajo como elemento de refuerzo del ligamento de Poupart. (Tomado de Horsley G. W. and Bigger I. A.: Operative surgery, vol. 2. 6th ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1953.)

HERNIOPLASTIAS CRURALES

El abordaje inguinal es el más satisfactorio para reducir y reparar las hernias crurales difíciles. Adquiere especial importancia en el tratamiento de las hernias crurales atascadas o estranguladas. Se utiliza con mayor frecuencia en esas situaciones y se considera que está seguido por menos recidivas que la vía crural. Muchas veces se combina en forma ventajosa con la vía crural.

ANESTESIA. Es la misma que se utiliza para la vía crural.

HERNIOPLASTIA CRURAL POR VÍA INGUINAL

TÉCNICA. Se traza una incisión paralela a la arcada de Poupart y a 1,5 cm por encima de ella, que se extiende desde el anillo inguinal interno hasta el hueso pubiano. Puede ampliarse en forma vertical hacia abajo, en una longitud de 6 a 8 cm sobre la zona crural, por dentro y paralela a los vasos femorales.

Se abre la aponeurosis del oblicuo mayor en dirección de sus fibras y se separan los bordes de sección. Se exponen el tendón conjunto y los músculos así como el cordón espermático o el ligamento redondo que son separados hacia arriba. Se abre la fascia transversalis sobre el cuello de la hernia crural. Se diseca la grasa que cubre el peritoneo de la zona. Si existe una hernia crural, se observa una formación peritoneal tubular que pasa directamente a través del anillo interno del conducto crural. Esta formación puede ser sentida con la palpación digital en el tejido extraperitoneal una vez que la fascia transversalis ha sido abierta. Se abre el peritoneo justo por delante y proximal a la entrada del saco (fig. 12-9**A**) y se tracciona su contenido a través de la incisión para proceder a su inspección. Se abre el ligamento lacunar bajo visión directa, si el contenido atascado no puede ser retirado. En este paso puede ser necesario ligar una arteria obturatriz anómala.

Se coloca una pinza curva en el saco vacío a través de la incisión efectuada en el peritoneo abdominal. Esta pinza sirve de guía mientras el

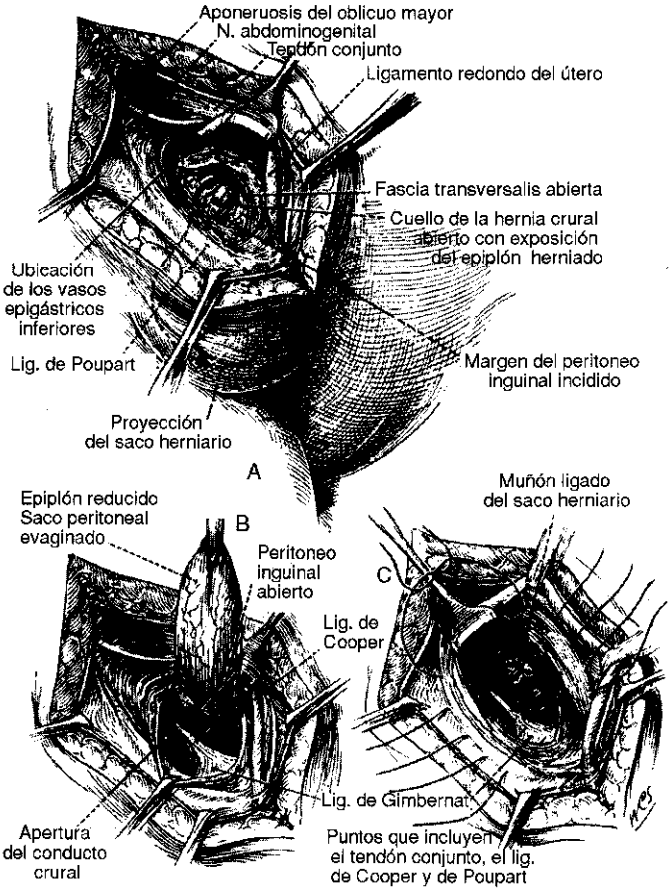


Fig. 12-9. Hernioplastia crural por vía inguinal. **A**. Se ha expuesto el triángulo de Hesselbach y su suelo y se ha abierto la fascia transversalis dejando expuesto el peritoneo proximal al anillo inguinal interno. Se reconoce y abre el peritoneo que pasa a través del anillo crural dejando a la vista el contenido del saco herniario. **B**. Una vez extraído el epiplón, se evierte el saco a través del conducto crural mediante la tracción efectuada con una pinza aplicada sobre su base interna (en general el fondo del saco debe ser liberado de sus adherencias a través de una incisión realizada por debajo del ligamento inguinal). **C**. El saco ha sido ligado por transfixión y se ha resecado la parte redundante distal a la ligadura. (Éste es el cierre que se utiliza cuando se aplica un plano de puntos para cerrar los conductos crural e inguinal). Los puntos incluyen los bordes de la fascia transversalis abierta.

fondo del saco es liberado de sus fijaciones por debajo del ligamento inguinal. Se tracciona el saco a través del conducto crural y se lo lleva hacia arriba por encima del ligamento inguinal (fig. 12-9**B**) donde es disecado para formar una protrusión con forma de dedo que sale de la cavidad peritoneal. Se liga por transfixión el cuello del saco junto con el peritoneo normal y se reseca la porción redundante distal del saco. Se cierra la incisión peritoneal a cuyo través fue abordado el saco.

La abertura del conducto crural se cierra desde arriba, suturando el ligamento de Poupart y el tendón conjunto, o ligamento iliopubiano, con el ligamento de Cooper, que ha sido expuesto y disecado con antelación. Estos puntos se aplican con seda 00, montada en una aguja redonda curva. El primero de esos puntos se coloca cerca de la espina del pubis y los otros se van acercando a la vena femoral. Cada punto incluye una buena toma del ligamento de Cooper y también del ligamento inguinal, tendón conjunto o tracto iliopubiano. Mientras se van colocando esos puntos, el cirujano coloca su dedo sobre la vena ilíaca externa para evitar su lesión. Ningún punto es anudado hasta que se han colocado todos los necesarios. El punto más externo es el que primero se anuda y luego se procede con los restantes, en dirección interna. En la mayor parte de los casos se cierra la incisión efectuada sobre la fascia transversalis.

Se refuerza el conducto inguinal colocando puntos que unen el tendón conjunto con el ligamento inguinal. Se cierra la abertura de la aponeurosis del oblicuo mayor de la misma forma que en la hernioplastia inguinal. El tejido celular subcutáneo se sutura con puntos separados y la piel con puntos separados o una sutura continua.

Se puede efectuar un conjunto de puntos que permiten el cierre del conducto inguinal y crural y, luego, los puntos que toman el ligamento de Cooper y Poupart, en los cuales se incluye el tendón conjunto. El cordón espermático o el ligamento redondo se colocan sobre esa nueva pared posterior y luego se cierran los colgajos de la aponeurosis del oblicuo mayor.

COMENTARIO. Esta técnica es útil para la plástica de una hernia inguinal concomitante con otra crural en el mismo lado.

HERNIOPLASTIA CRURAL POR VÍA INGUINAL CON EL LIGAMENTO DE COOPER (TÉCNICA DE MCVAY)

En la operación de McVay, luego que el saco ha sido extirpado, se repara la hernia crural liberando el colgajo superior de la fascia transversalis, que ha sido abierta, de la porción muscular del tendón conjunto para luego suturar ese borde fascial sobre el ligamento de Cooper, de la misma forma que se realiza en la plástica de la hernia inguinal.

Ésta es una operación que se efectúa con gran frecuencia. La fascia transversalis de esa zona no siempre se presenta tan resistente como suele mencionarse; muchas veces es el tendón conjunto el que debe ser suturado al ligamento de Cooper. Cuando se realiza esta maniobra y si se aprecia una tensión excesiva, el tendón conjunto debe ser relajado mediante una incisión de descarga.

HERNIOPLASTIA CRURAL POR UNA INCISIÓN MEDIANA INFRAUMBILICAL (TÉCNICA DE HENRY)

La hernioplastia crural por una incisión mediana infraumbilical está aumentando su popularidad. Hull y Ganey publicaron una extensa experiencia con esa técnica.[5] Esos autores consideraban que las hernias crurales deben ser operadas por un abordaje inguinal, con independencia de que la hernia sea o no reductible o atascada. Hull y Ganey señalaron que el abordaje de Henry ofrece una exposición excelente, unilateral o bilateral, para el conducto crural y las estructuras adyacentes, así como un libre acceso a la cavidad peritoneal para el examen del intestino o la ejecución de una operación definitiva.[5] Con esta técnica fueron operados 16 casos de hernias crurales.

TÉCNICA. Una vez anestesiado el paciente, se lo coloca en posición de Trendelenburg y luego se prepara la pared abdominal en la forma habitual. Se traza una incisión en la línea media inferior. Luego que los músculos rectos anteriores han sido separados en la línea media, mediante disección manual, se los separa con suavidad del peritoneo subyacente y de la vejiga. El cuello del saco herniario y los vasos pueden ser vistos con facilidad (fig. 12-10**A**) mientras el ayudante separa el recto y el cirujano deprime el peritoneo y su contenido con sus manos.

Cuando se encuentra una arteria obturatriz anómala se procede a su ligadura. Se abre el ligamento de Gimbernat para liberar el saco y los tejidos atascados en la hernia (fig. 12-10**B**). Cuando, debido a su gran tamaño, el contenido atascado no puede ser reducido a través del orificio crural, se puede seccionar el ligamento inguinal, para luego proceder a su sutura en el momento de la plástica herniaria. Si es posible, se cierra el conducto crural uniendo el ligamento inguinal al de Cooper mediante suturas no absorbibles (fig. 12-10**C**). Si los ligamentos no pueden ser suturados, se utiliza un colgajo de fascia del pectíneo para cerrar el defecto. Como la vena ilíaca se encuentra bajo control visual

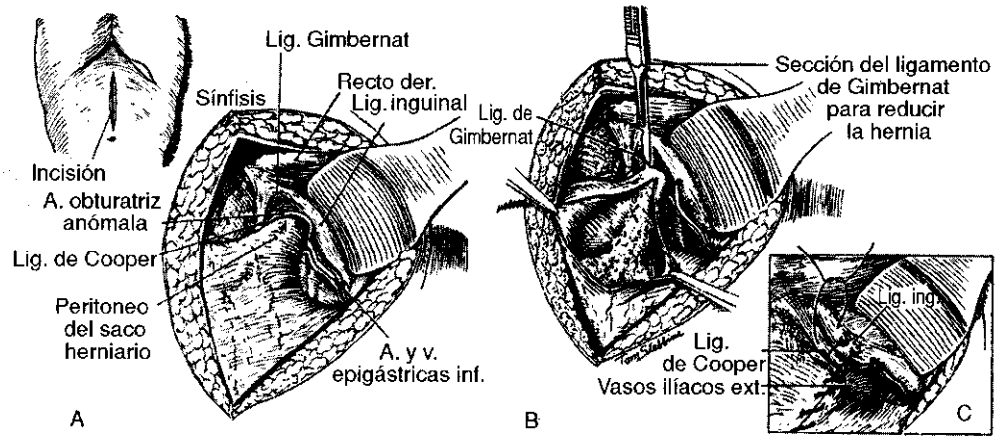


Fig. 12-10. Hernioplastia crural por una incisión mediana infraumbilical (Henry). **A.** Incisión cutánea y exposición obtenida luego de la separación hacia afuera del músculo recto anterior. El saco peritoneal aparece ingresando en el conducto crural. **B.** Sección y ligadura de una arteria obturatriz anómala; sección del ligamento de Gimbernat. La ilustración muestra el peritoneo parietal abierto, cerca del orificio interno del conducto crural. **C.** Se ha reducido la hernia; la plástica se realiza con la sutura del ligamento inguinal con el de Cooper. Se cierra la abertura peritoneal. (Atención de Harry C. Hull.)

directo, la plástica del conducto puede hacerse con toda comodidad.

Luego que el conducto crural ha sido reparado, se abre el saco herniario para establecer la viabilidad de su contenido. Si es necesario, la operación se continúa con la abertura del peritoneo, tan amplia como se juzgue conveniente. Si no hay necesidad de realizar ninguna otra operación, el saco disecado se reseca para cerrar el peritoneo. Si la inspección del lado opuesto revela la presencia de un conducto permeable o de otra hernia, se procede a efectuar el mismo tipo de plástica. La incisión mediana se cierra con la técnica habitual.



Fig. 12-11. Incisión transversal modificada, de McEvedy, que muestra el músculo oblicuo mayor seccionado junto con la aponeurosis del oblicuo menor y el transverso, que forman la vaina del recto.

CUIDADOS POSOPERATORIOS. Hull y Ganey han comunicado la ausencia de inconvenientes en el posoperatorio. Cuando no está contraindicado, el paciente puede abandonar el lecho a las 24 o 48 horas después de la operación y es dado de alta del hospital de acuerdo con el criterio del cirujano.[5]

Aunque es una operación satisfactoria para los raros casos de hernia crural bilateral, la operación de Cheatle-Henry ha sido suplantada, tal como se detalla en el capítulo 10, por la incisión transversa unilateral de McEvedy y Nyhus. En esta operación, se traza una incisión transversal dos o tres traveses de dedo por encima de la sínfisis pubiana, desde la línea blanca hasta 2 o 3 cm de una línea vertical que pasa por la espina ilíaca anterosuperior. Se abre la vaina anterior del recto siguiendo la línea de la incisión junto con las capas aponeuróticas de los músculos oblicuos y transverso que se encuentran por fuera (fig. 12-11). La parte inferior de la vaina del recto (si está presente) y el músculo piramidal son disecados con el dedo hasta la cresta del pubis. Por fuera, se pasa un dedo por debajo de la musculatura del transverso y dentro del espacio subperitoneal. Entre ese dedo y el espacio de la línea media, ocupado por el pulgar, se encuentra la fascia del recto (de McVay), que fija el borde externo de ese músculo y que nace de la superficie profunda de la aponeurosis del músculo transverso y en estrecha relación con la fascia transversalis.

Se secciona esta capa avascular (fig. 12-12) en dirección inferior y siguiendo el borde externo del recto hasta alcanzar la espina del pubis. Este paso permite liberar el músculo recto de modo que puede ser separado hacia adentro



Fig. 12-12. Se observa un dedo colocado en el plano extraperitoneal que muestra la fascia rectal de McVay, que es una derivación de la fascia transversalis que fija el borde externo del músculo recto a la superficie profunda de la aponeurosis del transverso.

y permite que la operación pueda ser realizada en el espacio extraperitoneal que está por detrás de ese mismo músculo. Se amplía este espacio observándose el curso que siguen en él los vasos epigástricos inferiores (fig. 12-13), que vienen de la arteria femoral en dirección a la vaina del recto. Esos vasos cursan en la capa grasosa, que se encuentra más profunda que la fascia preperitoneal bien definida, hasta hace poco ignorada, que fue señalada en 1975 por Fowler[3] (fig. 12-14). Esta capa fascial, ubicada por encima de los vasos epigástricos, así como la capa grasa, si es importante, deben ser abiertas. Se separa la capa grasa hacia arriba con el paciente en posición de Trendelenburg. Con esta maniobra se identifican el cordón y todas las estructuras herniarias que cursan la zona inguinal por encima y por debajo de ligamento inguinal. Las fijaciones sobre el cordón de esta capa fascial preperitoneal conforman un embudo sobre cualquier hernia extraperitoneal en el cordón, en especial si hay persistencia del conducto vaginal. La exposición es la misma para las hernias inguinales que para las crurales. En estas últimas, el contenido del anillo crural es disecado en forma extraperitoneal para reducir la hernia. Como con frecuencia esas hernias suelen estar atascadas, puede ser necesario efectuar alguna incisión sobre el ligamento de Gimbernat. La grasa extraperitoneal atascada puede requerir su resección para permitir la reducción herniaria.

La hernia crural puede o no poseer un saco peritoneal (fig. 12-15) con contenido de intestino delgado o epiplón, apéndices epiploicos o colon sigmoide o sin él. Todos esas estructuras son conducidas a la herida y tratadas a través de una incisión efectuada sobre el peritoneo que se ubica por encima del saco. La grasa extraperitoneal que lleva el saco cuando es liberado suele estar fija a un seudosaco que se forma en la fascia cribiforme del muslo y en la vaina femoral, que se invierte de la misma forma que los seudosacos que acompañan las hernias directas inguinales. Esa grasa se reseca. La plástica del defecto crural se realiza con el ligamento de Cooper (fig. 12-16) y con la técnica de McVay, llevando hacia abajo el arco transverso (tendón conjunto). No se efectúan incisiones de relajación ya que ellas no pueden realizarse a través del abordaje preperitoneal.

El reemplazo protésico rara vez resulta necesario ya que el defecto es pequeño, circunstancia que justifica la frecuencia del atascamiento.



Fig. 12-13. Espacio extraperitoneal disecado para demostrar en forma separada los vasos espermáticos, el deferente y los vasos epigástricos inferiores.

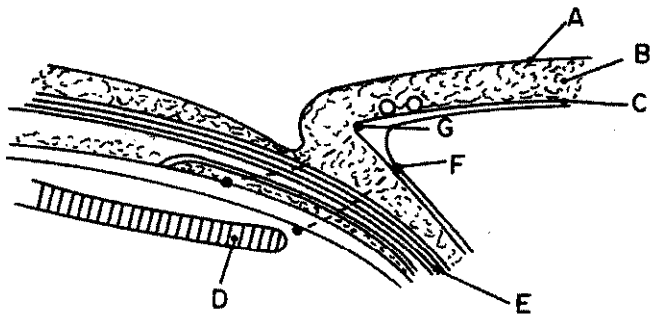


Fig. 12-14. Diagrama de los anillos inguinales profundo (**G**) y superficial (**F**) tal como fueron descritos por Lytle (1945) y Fowler (1976). Se observa que el anillo superficial (o interno) (**F**) se encuentra sobre la fascia transversalis por fuera de los vasos epigástricos. El anillo profundo (**G**) se encuentra en la capa preperitoneal (**B**), en donde los vasos espermáticos y el deferente se desplazan. La ligadura alta del proceso vaginal debe efectuarse junto con parte del peritoneo que se encuentra por dentro del anillo preperitoneal (**B**). **D** corresponde a la musculatura abdominal transversa. El peritoneo (**A**) limita con la capa grasosa preperitoneal (**B**) en su cara profunda; el componente fibroso (**C**) de la capa preperitoneal se encuentra por fuera de los vasos epigástricos y suele ser confundido con la fascia transversalis.



Fig. 12-15. Saco herniario crural que se está liberando a través de una incisión de McEvedy. Se aprecia la excelente accesibilidad que existe para el contenido intraperitoneal.



Fig. 12-16. Luego que se ha reducido una hernia crural a través de una incisión de McEvedy se puede observar, en la profundidad de la misma, la rama superior del pubis y el ligamento de Cooper.

Se debe tener cuidado para descartar la presencia de un proceso vaginal colocando el dedo desde la posición intraperitoneal hacia el cordón. Además, el problema de la resistencia del suelo del conducto inguinal puede ser resuelto palpando el triángulo de Hesselbach. En muchos casos, la hernia crural no está acompañada de otra inguinal, excepto en las recidivas inguinales, que pueden ser o bien una nueva hernia desarrollada por la elevación del ligamento inguinal o una simple recurrencia de la hernia inguinal original. Luego de la plástica, la herida es cerrada por planos con la técnica habitual y sin dificultades.

Las ventajas de este abordaje inguinal son: 1) el cirujano no está forzado a resolver los problemas que puede ocasionar el abordaje crural y 2), no trabajando sobre el conducto inguinal, no se daña la fascia transversalis que forma su suelo y por lo tanto se previene o se reduce el riesgo de la aparición de una ulterior hernia inguinal. Hemos realizado la mayoría de estas técnicas con anestesia raquídea. El curso posoperatorio es casi siempre benigno. En la actualidad, este abordaje debe ser considerado el método de elección cuando se diagnostica una hernia crural.

HERNIOPLASTIA DE UNA HERNIA CRURAL DE RICHTER

La hernia de Richter constituye una rareza, pero la falla en su reconocimiento puede producir graves consecuencias. Aunque la hernia de Richter es sólo una forma especial de hernia estrangulada, ella se manifiesta clínicamente por una obstrucción intestinal parcial más que por otra completa. La parte comprometida se asemeja a un divertículo. Puede llegar a la gangrena con mucha rapidez aun cuando la luz del tubo intestinal permanezca permeable. La hernia suele aparecer sobre el anillo crural derecho y el íleon terminal es la zona del intestino que con mayor frecuencia resulta afectada. El diagnóstico es difícil.

Por cierto, el tratamiento de las hernias de Richter es quirúrgico y para evitar la gangrena. la operación debe ser efectuada tan pronto como sea posible. El abordaje de la hernia de Richter en el conducto crural debe ser por una incisión inguinoabdominal, a través de la cual la hernia puede ser reducida con mayor seguridad. Si, bajo observación directa, la circulación del intestino afectado parece adecuada, la reducción simple del intestino es suficiente y la hernia se repara por cualquiera de los métodos ya descritos.

Si la pared intestinal parece no viable, la zona afectada puede ser invaginada, a menos que ello reduzca el calibre de la luz intestinal en forma peligrosa. El compromiso gangrenoso de grandes porciones del intestino obliga a la resección del asa comprometida. Puede ser aconsejable relizar una enterostomía transitoria proximal a la zona invaginada o al sitio de la anastomosis, en especial cuando existe una obstrucción intestinal importante.

En los pacientes casi moribundos, se puede utilizar alguno de los dos procedimientos siguientes. El primero consiste en una enterostomía proximal a través de la cual la parte gangrenada del intestino se deja en el saco. Este planteo es sugerido por la observación de que, cuando se forma la fístula fecal en forma espontánea en las hernias de Richter, una tercera parte de los pacientes se recuperan sin operación. La segunda opción es la exteriorización del asa afectada y la confección de una doble enterostomía en espolón. La continuidad intestinal se restablece cerrando la fístula remanente luego que el asa exteriorizada ha sido resecada. Ambos procedimientos han sido muy objetados pero pueden ofrecer menos riesgos en pacientes muy graves. El segundo procedimiento es el preferido. Durante la operación inicial la hernia puede ser reparada por vía inguinoabdominal si la condición del paciente lo permite, o más tarde, cuando el paciente se encuentre en mejor estado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Condon, R.E.: The anatomy of the inguinal region and its relation to groin hernia. *In* Nyhus, L.M., and Condon, R.E. (eds.): Hernia, 3rd ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1989, p. 18.
2. Cushier, E.M.: Med. Rec., April 23, 1892 (quoted by Iason, A.H.: Hernia. Philadelphia, Blakiston, 1941).
3. Fowler, R.: The applied surgical anatomy of the peritoneal fascia of the groin and the "secondary" internal inguinal ring. Aust. N.Z. J. Surg., *45*:8, 1975.
4. Glassow, F.: The surgical repair of inguinal and femoral hernias. Can. Med. Assoc. J., *108*:312, 1973.
5. Hull, H.C., and Ganey, J.B.: The Henry approach to femoral hernia. Ann. Surg., *137*:57, 1953.
6. Keith, A.: The "saccular theory" of hernia. Lancet, *2*:1398, 1906.
7. Koontz, A.R.: Femoral hernia. Arch. Surg., *64*:298, 1952.
8. Lytle, W.J.: Internal inguinal ring. Br. J. Surg., *32*:441, 1945.
9. McCorkle, H.J., and Bell, H.G.: Hydrocele of the femoral hernia sac. Ann. Surg., *113*:264, 1941.
10. Murray, R.W.: Is the sac of a femoral hernia of congenital origin or acquired? Ann. Surg., *52*:668, 1910.
11. Picquet: Bull. Anat. Soc., Paris 1846 (quoted by Iason, A.H.: Hernia. Philadelphia, Blakiston, 1941).
12. Shepler, N.B., and Smith, C.W.: Femoral hernia in infancy. Am. J. Surg., *49*:375, 1940.
13. Watson, L.F.: Hernia, 3rd ed. St. Louis, C.V. Mosby, 1948.
14. Zimmerman, L.M., and Anson, B.J.: Anatomy and Surgery of Hernia. Baltimore, Williams & Wilkins, 1953.