

Presentamos en este trabajo nuestra interpretación de la anatomía funcional de la región inguinal y la técnica que usamos para corregir sus debilidades. Se funda esta presentación en la Sociedad Argentina de Urología por estar habitualmente presente esta patología en las criptorquidias donde en el 91 por ciento de los casos se localiza también la persistencia del conducto peritoneo-vaginal con hernia o sin ella y en la cirugía vesíco-prostática donde se puede y debe, de acuerdo a nuestro criterio; en el mayor número de casos, resolverle al paciente ambas patologías: vesico-prostática y herniaria uni o bilateral cuando existe concurrencia de patologías.

Siendo la región inguinal una zona que es abordada por los cirujanos generales y los urólogos, dados los problemas que ambas disciplinas quirúrgicas deben resolver, nos hemos propuesto actualizar los conocimientos de la región para que el urólogo no sólo, resuelva la parte urológica digamos "estricta", sino que pueda completar su operación con una reconstrucción anatómica y funcional de la pared inguinal.

Dice Lloyd Nyhus en su completo libro sobre hernias "Hay cirujanos, cualquiera sea su nivel de experiencia, que conocen mal la anatomía quirúrgica de la ingle; no debiera ser así ya que su anatomía es relativamente sencilla. Se necesita un concepto tridimensional de las relaciones estructurales si se va a penetrar en su anatomía y en las características fundamentales del tratamiento de la hernia inguinal".

De acuerdo con Restano hemos agrupado a las múltiples técnicas quirúrgicas que se han usado para la reconstrucción de la pared inguinal, en tres eras perfectamente individualizables:

EN LA PRIMERA: trataban las hernias inguinales apoyándose sobre la arcada crural y la aponeurosis del oblicuo mayor.

EN LA SEGUNDA: viendo los múltiples fracasos de la primera, se apoyaban en el ligamento de Cooper, distorsionando aún más la anatomía, buscando el remedio a tan recidivante operación.

EN LA TERCERA: tratamos el problema apoyándonos en el ligamento iliopubiano de Alexander Thomson, la aponeurosis del transverso, la fascia transversalis y el oblicuo menor.

Haremos un breve repaso de algunos elementos anatómicos para poder, si coincidimos, hablar el mismo idioma sobre esta región sencilla pero todavía no correctamente interpretada por todos.

LIGAMENTO INGUINAL O ARCADA CRURAL: Es la porción inferior, engrosada y enrollada de la aponeurosis del oblicuo mayor.

ARCO DEL OBLICUO MENOR: Es la continuación músculo-aponeurótica de los fascículos inferiores que se dirigen transversalmente hacia la línea alba, vaina del recto, y el cuerpo del pubis formando un arco que abraza la parte superior del cordón a la altura del anillo inguinal profundo; forma conjuntamente con la vaina del recto y la arcada crural el triángulo de debilidad de William Hessert.

MUSCULO CREMASTER: Músculo dependiente del oblicuo menor; sus fibras son arrastradas por la emigración del testículo hacia la bolsa; está situado por delante del orificio inguinal profundo.

MUSCULO TRANSVERSO: Su aponeurosis termina en la línea blanca

y en el ligamento iliopubiano de Thomson hasta la altura de la emergencia del cordón, formando el borde del anillo inguinal profundo, teniendo distintas anomalías de inserción.

ARCO DEL TRANSVERSO: Es la condensación aponeurótica inferior que forma una línea curva hasta insertarse en la cintilla iliopubiana.

FASCIA TRANSVERSALIS: Es una fascia que separa la pared muscular abdominal de la grasa preperitoneal, se continua con la fascia obturatriz, lumbar, ilíaca y del psoas; de su integridad depende en parte importancia la prevención de las hernias inguinales.

VERDADERA ZONA DE DEBILIDAD: Es la comprendida y delimitada por el arco del transverso por arriba y la cintilla iliopubiana por debajo.

CINTILLA ILIO-PUBIANA: Es una banda aponeurótica de 0.5 mm de ancho, condensación y dependencia de la fascia transversalis, que va desde la espina ilíaca anterosuperior hasta el pubis, reflejándose hacia abajo sobre la rama horizontal del pubis formando el ligamento de Cooper.

Luego de esta breve reseña anatómica se extraen las siguientes conclusiones: 1) "Es muy importante la comprensión de la ruptura estructural de la capa músculo aponeurótica profunda como defecto básico en la producción de las hernias inguinales; será necesario entonces la reparación de esa contigüidad en el plano del transverso, cintilla iliopubiana y fascia transversalis para corregirlas eficazmente" (Nyhus).

2) El oblicuo mayor y el anillo inguinal superficial guardan escasa importancia con la patogenia de las hernias.

3) El concepto de la ligadura alta del saco como única medida en una hernia inguinal en lactantes y niños no siempre es correcta: debe explorarse la zona de debilidad y cuando existe reconstruir la anatomía ya que de no hacerlo, la recidiva aparecerá con mucha frecuencia en la edad adulta.

4) El tendón conjunto en la práctica no existe ya que se lo puede hallar en el tres por ciento de los casos solamente, hecho demostrable fácilmente en una disección medianamente cuidadosa.

5) Las variadas plicaturas de la aponeurosis del oblicuo mayor en el mejor de los casos, no benefician al paciente.

6) Las vías de Henry y de Nyhus no pueden completar la plástica de las hernias inguinales ya que no pueden bajar al pubis al arco del oblicuo menor, siendo este un segundo jalón de importancia.

7) El mejor drenaje de una incisión herniaria es una buena hemostasia.

8) En las grandes hernias inguino escrotales con hidroceles concomitantes o no, se deberá previa a su operación, evaluar el peso del paciente, la calidad de sus paredes y la posibilidad de reintroducción del contenido herniario en el abdomen: de no ser esto satisfactorio, previamente adelgazar al paciente, fortificar sus paredes con ejercicios y usar el neumoperitoneo de Ivan Goñi Moreno.

9) Levantar al paciente en el primer día de operado para que los distintos planos no se adhieran entre sí, manteniendo su individualidad funcional.

10) "En los esfuerzos las fibras del transverso y la fascia transversalis, que forman el borde inferior del anillo profundo, ascienden; el arco del oblicuo menor desciende apoyándose en la arcada crural, cerrando el diafragma; el cremaster al contraerse, asciende introduciendo al cordón en el abdomen, comportándose como una válvula orificial y la aponeurosis del oblicuo mayor al contraerse, forma una plancha protectora que apoya a los anteriores complejos anatómicos" (Restano).

La técnica quirúrgica que empleamos es la del Dr. Restano: se basa en los

conceptos de anatomía quirúrgica y funcional enunciados, ejecutándose en la forma siguiente.

Incisión en arco de círculo desde 2 cm por debajo de la espina ilíaca antero-superior hasta 2 cm por arriba del pubis con la concavidad hacia el ombligo. Se incide la aponeurosis del oblicuo mayor y por disección roma se descubre hacia afuera la arcada crural y la cintilla iliopubiana de Alexander Thomson; se levanta el labio medial de la aponeurosis poniéndose en evidencia a los arcos del oblicuo menor y del transverso. Queda evidenciada la verdadera zona de debilidad cuya base la forma la fascia transversalis. Disecando en el plano de la fascia laminar interparietal profunda se separa fácilmente el oblicuo menor descubriendo el arco del transverso, elemento fundamental para la reparación en la plástica herniaria. Se repara el cordón y abriendo la fibrosa común, se trata el saco herniario ligandolo a nivel de su cuello; de presentar una hernia directa se la umbilíca con jaretas escalonadas.

Hacemos la reparación del anillo inguinal profundo con puntos que toman al arco del transverso y a la cintilla iliopubiana, formando el borde inferior del anillo inguinal profundo, corrigiendo la zona de debilidad en forma sucesiva hasta el pubis. Cuando la debilidad es grande se puede además plegar la fascia transversalis con varios puntos separados. Realizamos un segundo plano con el oblicuo menor: con el punto de Felisset se baja la inserción del arco del oblicuo menor a la espina del pubis colocándose además 2 ó 3 puntos que toman sus fibras laminares y aponeuróticas hasta la arcada. Se deja el cordón medio-funicular, suturando los labios del oblicuo mayor. Puntos de Donati cuya lazada superficial penetre a 1mm del borde cutáneo y la profunda a 5 mm del mismo. No se colocan apósitos sino un spray antiséptico que forma una película aislante que nos permitirá controlar la evolución de la herida y separarla de la incisión mediana urológica cuando se use la vía combinada.

Agradecemos al Dr. Romeo y F. Restano habernos iniciado en esta etapa del estudio de la anatomía y plástica de la región inguinal no enseñada ni aprendida en la época de estudiante.