

Hosp. Rosario. Sala I. Serv. de Cirugía General
de Hombres. Jefe: Prof. Dr. RAUL E. PARODY

Por el Doctor

CARLOS ERNESTO ECHESORTU

HERNIA LATERAL DEL ABDOMEN CONSECUTIVA A UNA LUMBOTOMIA

EL caso que se presenta a la consideración de esta Sociedad, pertenece más bien a los dominios de la cirugía general que a los de la Urología, pero es debido a la circunstancia de existir una relación de causa a efecto, entre una incisión lumbar para la realización de una nefrectomía, y la aparición casi inmediata de un laterocele, lo que me ha determinado a tratar de considerar algunos factores etio-patogénicos en la producción de las mencionadas hernias.

Historia clínica. — J. S., árabe, de 53 años, soltero. Ingresó en este Servicio por otra afección, en abril de 1940.

Antecedentes hereditarios y familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Operado de apendicitis y hernia inguinal bilateral, hace 20 años; blenorragia más o menos en esa época sin complicaciones, y tratada; ingresa en este servicio, por grandes várices de la pierna derecha y úlcera varicosa concomitante; se le practicó una safenectomía; acentuado déficit mental, enfermo agresivo y sumamente rebelde. No hay otros antecedentes de importancia.

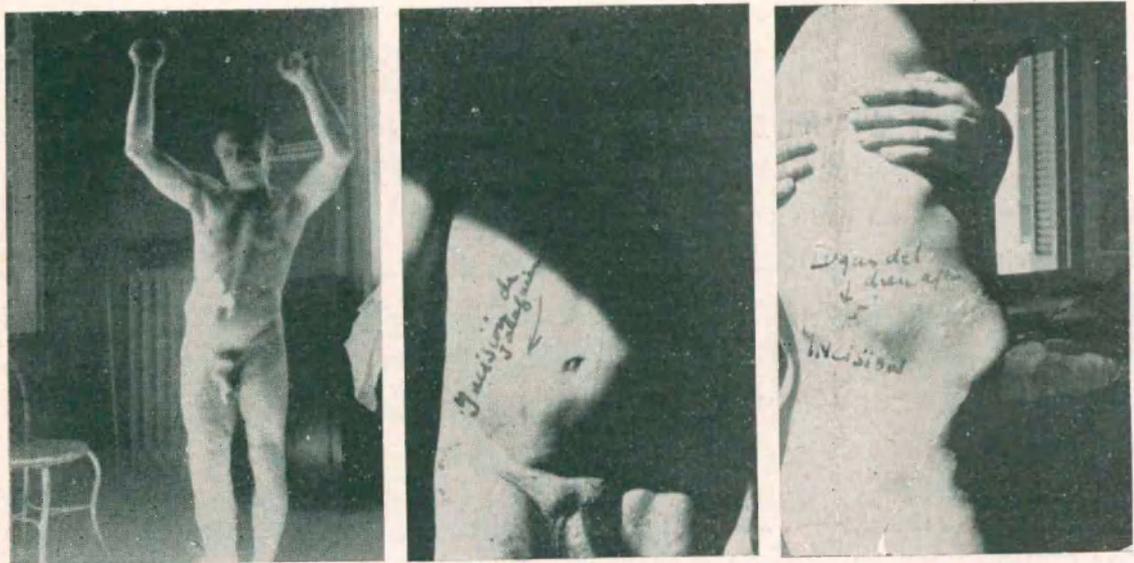
Enfermedad actual. — Comienza más o menos hace 2 años. Acusa dolores en la región lumbar derecha, con irradiación hacia el epigastrio y a la escápula correspondiente, de tipo discontinuo, que se ponen más en evidencia con los esfuerzos y movimientos; siempre han sido tolerables, y no han tomado nunca el carácter de verdaderos cólicos. Piuria acentuada en los tres vasos. Hematurias en varias oportunidades de tipo total y muy abundantes. No ha habido trastornos miccionales más que un ligero tenesmo algunas veces.

Examen clínico. — Estado general regular; enfermo febril, 37 ½; pulso 100 de frecuencia, rítmico y tenso; decúbito indiferente. *Examen general.* Sin particularidades. *Aparato urinario.* A la palpación lumbo-abdominal, se percibe el riñón aumentado de tamaño y doloroso, son igualmente dolorosos, todos los puntos reno-ureterales derechos, como asimismo la puño-percusión de Murphy.

Examen endoscópico. A la cistoscopia se constatan las eyaculaciones del uréter derecho francamente purulentas. A la cromocistoscopia, las eyaculaciones del índigo-carmín del lado izquierdo comienzan a los tres minutos intensamente coloreadas, en el lado derecho, a los 20 minutos todavía no se han constatado eyaculaciones que eliminen el colorante.

Examen radiográfico. — Del estudio de las placas directas como de las pielografías por contraste, se constata la presencia de dos grandes imágenes calcúlosas en la proyección reno-piélica derecha, y una gran dilatación de las cavidades excretoras.

Examen funcional. — Por la cromocistoscopia y por la separación de orinas



Figuras 1, 2 y 3

se constata la integridad funcional del riñón congénere, y la insuficiencia del riñón enfermo; lo que nos decide a intervenir con el objeto de practicarle una nefrectomía.

Diagnóstico. — Pionefrosis calcúlosa.

Operación. — 25 de julio de 1940. Cirujano: Dr. Echesortu, ayudantes: Dr. Paz y practicante de la sala. Anestesia: eternarcosis. Incisión lumbar, desde el ángulo costo muscular, hasta tres traveses de dedo por encima y por fuera de la espina ilíaca.

Se trata de efectuar una lumbotomía de Ekehorn y se divulsiona el espacio entre el dorsal ancho y el oblicuo mayor; se separan las fibras del pequeño oblicuo del serraco menor y se incinde la aponeurosis posterior del transversario y la fascia de Zuckerkandl, llegando a la celda renal. Liberación dificultosa, por acentuado proceso de perinefritis esclerolipomatosa. Gran bolsa pionefrótica a través de la cual se perciben los cálculos. Es necesario, para exteriorizar el riñón, el debrida-

miento amplio de todos los planos musculares, y la resección de la XIIª costilla que estorba las maniobras operatorias. Después de esto es posible exteriorizar el riñón. Ligadura en masa del pedículo. Nefrectomía. Drenaje de la celda con tubo y gasas. Sutura por planos. Se retira el drenaje a las 72 horas.

Post-operatorio. — Se hace un absceso de la pared que es necesario incidir y drenar. Curación a los 10 días. El enfermo evoluciona favorablemente y el cierre completo de la herida se hace a los 18 días de la intervención.

Desde la primera semana después de operado, el enfermo acusa un dolor discreto y tolerable pero persistente, a nivel del flanco derecho, y percibe la presencia de una tumoración más o menos del tamaño algo mayor que un huevo de gallina, que se hace evidente en los esfuerzos de tos o de defecación, situada algo por debajo del ombligo y por fuera del borde externo del recto anterior. A la inspección se constatan esos datos, y a la palpación se percibe dicha tumoración como reductible y coercible: no se puede sin embargo delimitar el contorno de un anillo; es ligeramente dolorosa.

Esta hernia ha aumentado paulatinamente algo en su tamaño hasta hacerse estacionaria, no habiendo modificado sus características.

Se conocen por hernias látero-ventrales o láteroceles, a todas aquellas que emergen de la pared abdominal, con exclusión de las que lo hacen a través de la línea alba o a nivel de los orificios inguinales; quedando también excluidas las eventraciones que proceden a través de incisiones operatorias. Se las llama también hernias de la línea semilunar de Spigel. Esta última denominación, como veremos más adelante es errónea.

A pesar de ser muy raras, su conocimiento data desde hace mucho tiempo. En el extranjero comienza su estudio por La Chausse (1746) siguen Klinkosch (1764), Astley Cooper (1804), Mollière (1877), Mackrocki (1879), Ferrand (1881), Mac Ready (1890), Thévenot y Gaubourd, Terrier y Lecène (1907), Stühmer (1910), Baudoin (1912), Petrivalsky (1915), Barthelemy (1919), Augé y Simon (1921), Holloway (1922), Koljubakin (1925), Mac Glannan (1927), Angeletti (1927), Duke (1928), Ayzenstein (1928), Dick (1930), Rödin (1930), Bérard y Desjacques (1931), Pozzi (1931), Alberti (1932), Orator (1932), Costa (1933), Fournier (1933), Brandtner (1933), Reeke (1933), Pampari (1934), Lobello (1934), Papin (1936), Greco (1936), Odes (1936), Juvet (1937), Bachy (1938), y Anzilotti (1938). En nuestro país se han publicado las observaciones de Goyena (1926), Scopinaro (1935), y Leoni Iparraguirre (1938).

Hay disquisiciones sobre quien fué el primero, si Klinkosch, o D. Mollière. Lo que no he podido encontrar en la bibliografía es un caso exactamente similar al objeto de esta comunicación, aunque Greco en el año 1936, en un estudio de un caso de hernia ventrolateral de Spiegel derecha complicada con apendicitis crónica, dice textualmente: "... estas hernias no deben ser confundidas con las eventraciones traumáticas, ni con las paralíticas consecutivas a parálisis infantil o a secciones de un nervio de la pared, durante una operación quirúrgica de la vecindad, como por ejemplo durante una nefrectomía". Orator describe un caso de un soldado a quien se le extrajo un fragmento de granada del costado izquierdo del abdomen y de la cintura, trayendo aparejada una parálisis de los músculos de la región, con hernia consecutiva, que fué operada por autoplastia del sartorio no consiguiéndose reducir por completo la hernia. Berard y Desjacques en 1931, mencionan un caso parecido al presente, de una eventración también extracicatricial, a nivel del hipocondrio, en un operado de fístula pleural, a su vez consecutiva a otra intervención anterior por pleuresía purulenta, en el que se hicieron varias resecciones costales. Esta intervención trajo aparejada también una parálisis del hemidiafragma derecho. Terminan los autores diciendo: "La eventración observada en este sujeto es evidentemente debida a la sección de los nervios intercostales inferiores que se le ha debido practicar, cuando se hizo la intervención por su fístula, por sección vertical de las partes blandas (músculos intercostales, pleura parietal), después de las resecciones costales. Se trata de una eventración paralítica, y ningún tratamiento quirúrgico se encuentra indicado. Se ha aconsejado llevar una faja."

En el caso presente la eventración extracicatricial se produce más inferiormente, es decir a nivel del flanco. Ahora bien, ¿cabe la designación aquí de hernia o de eventración? El uso nos ha hecho denominar como hernia a la saliencia de un órgano o parte de él a través de un orificio preformado, reservando el nombre de eventración, cuando estas saliencias o hernias ocurren en la pared abdominal, consecutivamente a una laparotomía y a nivel de la cicatriz operatoria. En el presente caso no ocurre ni una ni otra cosa, pues la hernia no es consecutiva a una laparotomía, ni tampoco se hace a nivel de la cicatriz. Si esto hubiera ocurrido como es común, podría

haberle correspondido el término de "elumbación". Sin embargo en el diccionario terminológico de León Cardenal, vemos que la acepción de eventración es más amplia, pues dice: "Hernia congénita o adquirida de los intestinos en masa, por un punto cualquiera de las regiones anterior y laterales del abdomen"; y en cuanto al término de hernia dice: "Tumor formado por la salida o dislocación de un órgano o parte del mismo a través de una abertura natural o accidental", definición esta última, bastante parecida a la primera, es decir a la usual. De acuerdo pues a las definiciones últimas, eventración sería simplemente "hernia del abdomen", espontánea o traumática, cicatricial o extracicatricial. Luego este caso, estaría encuadrado dentro de las eventraciones, pero de acuerdo al sentido usual, que solo considera tales hernias post-laparotomía, y a nivel de la cicatriz esto sería una hernia del abdomen, que por estar fuera de la línea media se trata de una hernia lateral del abdomen, como ya las designara La Chausse en 1746; o una hernia látero-ventral. Se las llama también láteroceles. A esta palabra le falta algo. El sufijo "cele" significa simplemente hernia, y para que el término fuese exacto y completo, debería ser ventrolaterocele. Otra designación es la de laparoccele.

Se las ha designado también desde Klinkosch en 1764, hernias de la línea semi-lunar de Spigel; lo que ha sido y es muy discutido. En efecto, se entiende comunmente como línea semi-lunar de Spigel, el límite entre las fibras musculares y aponeuróticas del músculo transversal límite que está constituido por una línea curva de concavidad hacia adentro. Leoni Iparraguirre, hace notar que Lecène y Terrier, se procuraron la obra original del anatomista holandés Spigel, impresa en Venecia en el año 1627, en donde se describe como línea semi-lunar "una región de la pared abdominal, bastante vaga y mal delimitada, que corresponde al punto donde todos los músculos anchos del abdomen: oblicuos y transversal, dejan de ser carnosos, para tornarse tendinosos, y formar esos tendones planos falsamente llamados aponeurosis". Este límite no se superpone en los distintos planos abdominales, de manera que la línea sería más bien una zona. Quiere decir que la denominación de línea de Spigel es confusa y que para denominar así estas hernias habría que aclarar este punto. Lo que es evidente es que hernias laterales del abdomen

se han producido varias veces por fuera o por dentro de la línea de separación de las fibras musculares y aponeuróticas del transverso, como lo demuestra el esquema de Stühmer.

El caso que traigo a consideración, sugiere inmediatamente que es debido a una disminución del tonismo muscular del hemiabdomen derecho, como consecuencia de la sección de filetes del último intercostal o de los abdominogenitales. Hay que tener en cuenta también que este sujeto, tiene otra causa de falta de tónus en esa región, cual es la extensa cicatriz de Jalaguier, que se le practicara hace muchos años por apendicitis. Sin embargo la tumoración herniaria, apenas rebasaba dicha cicatriz, a nivel de la cual, por otra parte, no se había hecho nunca ninguna prociencia, hasta el momento de la intervención.

Los nervios mencionados siguen el siguiente trayecto en la región. El duodécimo intercostal, sigue al borde inferior de la XIIª costilla, se coloca entre el transverso y el oblicuo menor, luego entre este y el mayor. A la mitad de su trayecto da un ramo perforante lateral; al llegar al borde externo del recto, da su primer ramo perforante anterior, que atraviesa de atrás a adelante dicho borde externo; después de dar este ramo, penetra en la vaina del recto, dando muchos filetes a este músculo y finalmente perfora su borde interno del cuadrado lumbar, se colocan entre el transverso y el pequeño oblicuo, siguen la cresta ilíaca, y al llegar a la parte anterior de esta cresta se dividen en sus dos ramas terminales abdominal y genital. Los ramos abdominales se dirigen transversalmente de fuera a adentro, primero entre el transverso y el pequeño oblicuo y luego entre los dos oblicuos; la terminación, como los intercostales es decir con dos ramos perforantes anteriores a nivel de ambos bordes del recto; en su trayecto han suministrado los ramos motores a los distintos músculos que atraviesan.

Se encuentran pues estos filetes en plena región operatoria, y por consiguiente existe el riesgo de herirlos, lo que es común, cosa que ha sucedido en este caso sin duda al efectuar el debridamiento de los planos musculares y a la resección de la XIIª.

Sobre la etiopatogenia en la producción de las hernias ventrolaterales, los diversos autores que se han ocupado han llegado a distintas conclusiones. En 1804, Astley Cooper, designó la unión

de las fibras musculares y tendinosas del transverso, como el sitio fijo de producción de estas hernias, y emitió la teoría de que éstas se producían a nivel de los forámenes vasculares que existen en la pared, para dar paso a las colaterales de la epigástrica, cuando esos orificios eran congénitamente mayores que los normales, y los vasos se hallaban rodeados de un ambiente de tejido adiposo. Mollière en 1877, en una prolija descripción, da también importancia, a los

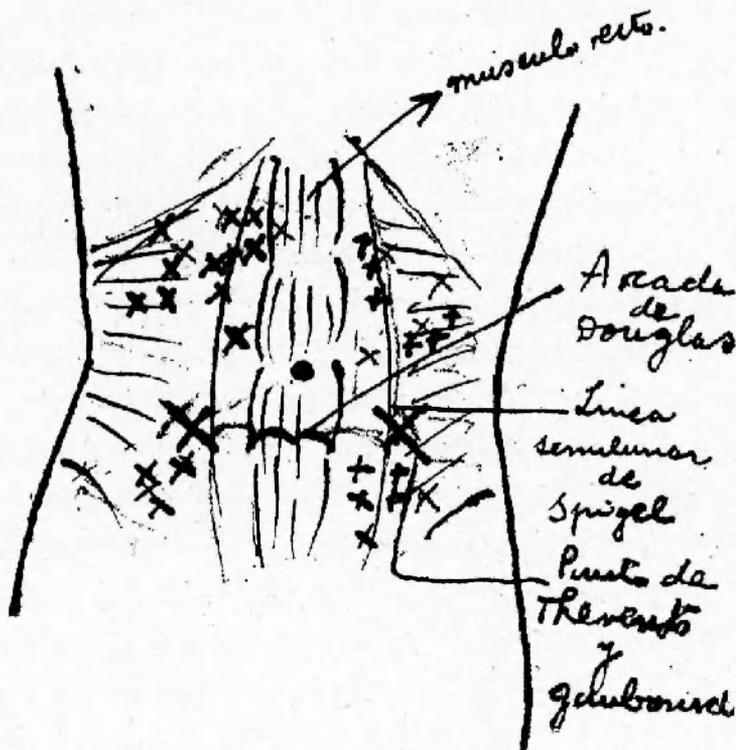


Figura 4

orificios vasculares, y afirmó que el lugar de menor resistencia, era a nivel de la arcada de Douglas, es decir, el lugar donde las aponeurosis de inserción de los músculos abdominales, cambian brusca-mente de disposición, cesando de proporcionar al músculo recto la pared posterior de su vaina. En 1879, Mackrocki refirmó el concepto de Astley Cooper. En 1881, Ferrand da importancia a la separación de las fibras aponeuróticas del transverso, separación de-bida, según él también, a las colaterales de la epigástrica. Dice también textualmente: "podría suceder que la hernia se produjese al nivel de los orificios situados cerca del músculo recto, sigue de adentro a afuera el trayecto de esas arterias, para hacer saliencia bajo la aponeurosis del gran oblicuo que atraviesan entonces". Thévenot

y Gabourd, experimentando en 10 cadáveres, para estudiar las modalidades de ramificación de la epigástrica, describen como sitio constante, el situado fuera del músculo recto, en una línea que une el ombligo con la espina iliaca antero-superior; a ese nivel describen un orificio para la rama perforante de la epigástrica de hasta 4 mms. de diámetro. Da importancia por último a los distintos factores determinantes. Stühmer en 1910, confecciona un esquema que reproduce, de las diversas localizaciones herniarias, designando como más frecuentes el punto de Thévenot y Gabourd. Stühmer reclama como factor etiológico, "las lagunas congénitas de la parte constitutiva muscular o aponeurótica de la pared o los forámenes vasculares aumentados de diámetro por cualquier agente". Petrivalcky en 1915, en investigaciones anatómicas, se refiere también a las lagunas congénitas del pequeño oblicuo; describe orificios de $\frac{1}{2}$ centímetro, por 4 mms., por el cual, no pasan elementos vásculo-nerviosos, pero que están "colmados de grasa", formando lipomas que arrastrarían tras sí los sacos peritoneales herniarios. Barthélemy emite en 1919, su teoría propia que dice que cuando la vaina posterior del recto, no es adherente, y no está reforzada por los ligamentos de Hesselbach y de Henle, y cuando la arcada de Douglas es alta, en el ángulo de esta última con el borde del recto, se produce un nicho por donde emergería la hernia. Koljubakin da como causas de hernia los orificios vasculares anormalmente agrandados, a los defectos congénitos músculo-aponeuróticos, procesos inflamatorios destructivos, procesos degenerativos de origen central, cicatrices post-operatorias. Siguen en los últimos años ocupándose de la etopatogenia, Angeletti, Pozzi, este último es partidario de la teoría de los orificios vasculares, pero bajo determinadas *circunstancias coadyuvantes*. Mac Nealy y Lichtenstein, consideran a la fascia transversalis, como el verdadero cinturón de contención de la pared abdominal, contrariamente a la opinión de Costa, sobre todo en su mitad inferior; cualquier defecto congénito traumático u operatorio en esta fascia transversalis, sería la verdadera causa de la hernia.

De las distintas opiniones sustentadas, vemos que se atribuyen a los orificios vasculares, a los lipomas, y a las lagunas congénitas músculo-aponeuróticas, como las causas que hacen que se produzcan

espontáneamente las hernias ventro-laterales. Ahora bien, poco es lo que se ha dicho acerca de las causas coadyuvantes o determinantes.

En el caso presente, yo interpreto que el traumatismo accidental operatorio de los nervios XIIª intercostal o de los abdomino-genitales, ha venido a determinar en un sujeto muy probablemente portador de alguna o todas las condiciones anátomo-patológicas mencionadas por los autores citados anteriormente, la aparición de esta hernia de notable rareza, pues desde La Chausse en 1746 hasta ahora, hay publicadas escasas observaciones.

No quiero hacer hincapié sobre la descripción detallada en lo que concierne a anatomía patológica, sintomatología, etc., de estas hernias. He hecho notar que ellas constituyen, un capítulo de la cirugía general. Diré solamente que son hernias de orificio pequeño, por lo que la estrangulación es un accidente muy posible como en el caso publicado por Pampari. A veces la tumoración herniaria está constituida exclusivamente por el lipoma. El saco puede ser único o múltiple (Greco), intersticial o subcutáneo. El contenido es generalmente epiploico solamente o está incluida algún ansa delgada o el ciego; en un caso publicado por Petit, el estómago; en otro publicado por Giordano, un testículo ectópico. Mientras no se estrangulan, el dolor es variable, siendo generalmente muy discreto. En el caso publicado en nuestro país por Goyena, en 1926, relaciona la presencia de estas hernias con desórdenes gastro-intestinales, dispepsias secundarias que en el caso que relata fué lo que determinó la internación del enfermo. Goyena interpreta estos síntomas como trastornos reflejos debido al tironeamiento de la serosa por el lipoma pre-herniario.

En lo que se refiere al tratamiento, nos hemos limitado a recomendar una faja contentiva; nos hemos abstenido por varias causas de optar por el tratamiento quirúrgico, sobre todo porque los resultados de las autoplastias hasta ahora han sido aleatorios, como en el caso de Orator, máxime teniendo en cuenta la disminución del trofismo muscular.

BIBLIOGRAFIA

- Berard L. y Desjacques R. — Sur deux cas d'éventration progressive au niveau des hypocondres. Lyon chir. T. 28, pags. 373 - 374. May, Jun. 1931.
- Cardenal L. — Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. Salvat. Editores S. A. Barcelona. 1936.

- Costa G.* — L'ernia spontanea della linea semilunare di Spigelio. Arch. ital. di chir. T. 34, pags. 705 - 746, 1933.
- Ercole R.* — Lumbotomía anatómica. Posibilidades técnicas de la incisión de Ekehorn en cirugía renal. Rev. argent. de urol. T. 16, pags. 345 - 365. Jul. Ag. 1937.
- Goyena J. R.* — Hernia de la linea semilunar de Spigelio. Pericolitis adhesiva. Semana médica. T. 2, pags. 1324 - 1326. Nov. 18, 1926.
- Greco G.* — Su di un caso di ernia ventro-laterale di Spigelio a destra complicata ad appendicite cronica. Riforma med. T. 52, pags. 1309 - 1314. Set. 26, 1936.
- Leoni Iparraguirre C. A.* — Hernias de la línea de Spigel; su tratamiento quirúrgico. Rev. de cir. de Buenos Aires. T. 17, pags. 483 - 500. Oct., 1938.
- Mc Nealy R. W. y Lichtenstein M. E.* — Post-operative hernia; considerations of etiological factors. Am. J. Surg. T. 18, pags. 90 - 96. Oct., 1932.
- Orator V.* — Zur klinik der seitlichen Bauchbrüche. Deutsche Ztschr. f. Chir. T. 237, pags. 524 - 528, 1932.
- Pampari D.* — Su di un caso di ernia ventrale multipla (ernia dello Spigelio) e di concomitante ernia ombelicale strozzata; contributo allo studio dello strozzamento nelle ernie a perduto diritto de domicilio. Arch. ital. di chir. T. 37, pags. 619 - 634, 1934.
- Rouviere H.* — Anatomía humana descriptiva y topográfica. Casa Editorial Bailly-Bailliere S. A. Madrid, 1927.
- Scopinaro A. J.* — Hernia de la línea semilunar de Spiegel en un recién nacido. Semana med. T. 1, pags. 284 - 289. Enero 24, 1935.
- Spivack J.* — Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales. Unión tipográfica Editorial Hispano-Americana. México. D. F. 1939.
- Testut L.* — Tratado de Anatomía humana. Salvat Editores S. A. Barcelona, 1926.