

Original

Actualización de la nomenclatura del orificio miopectíneo en la reparación endoscópica de las hernias de la región inguinal



Update of the nomenclature of the myopectineal orifice in the endoscopic repair of hernias in the inguinal region

Ezequiel Mariano Palmisano¹, Adolfo Brea Andrade²

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Español. Instituto Universitario Italiano de Rosario (IUNIR). Rosario (Argentina).

²Servicio de Cirugía General. Hospital Intercultural de Nueva Imperial. Nueva Imperial (Chile)

Recibido: 17-08-2020

Aceptado: 07-09-2020

Palabras clave:

Anatomía inguinal, Y invertida, TAPP, TEP, eTEP.

Resumen

Considerando aspectos técnicos y anatómicos del orificio miopectíneo en la reparación endoscópica de hernias de la región inguinal, proponemos reconsiderar la nomenclatura del triángulo femoral por *triángulo fémoro-obturatriz*, y en las mujeres, la de los triángulos de Doom y del dolor por *trapezoide del desastre*.

Keywords:

Groin anatomy, inverted Y, TAPP, TEP, eTEP.

Abstract

Considering technical and anatomical aspects of the myopectineal orifice in the endoscopic repair of hernias of the inguinal region, we propose to reconsider the nomenclature of the femoral triangle by the *fémoro-obturatriz* triangle, and in women, that of the Doom and pain due to *trapezoid of disaster*.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia: Ezequiel Mariano Palmisano. Servicio de Cirugía General. Hospital Español. Sarmiento, 3150. S2001SBL Rosario (Argentina)
Correo electrónico: ezequelpalmisano@yahoo.com.ar

Palmisano EM, Brea Andrade A. Actualización de la nomenclatura del orificio miopectíneo en la reparación endoscópica de las hernias de la región inguinal
Rev Hispanoam Hernia. 2021;9(1):46-49

«Cada vez que la cirugía aborda un nuevo campo quirúrgico, la anatomía debe ser retomada para aportar precisiones que faltaban. No es que se descubra algo desconocido, sino que cambiando la óptica aparecen detalles que el conocimiento de la anatomía descriptiva no los había apreciado o de los que solo se desconocía su interés».

Leriche, 1906 (citado por Alfonso R. Albanese).

INTRODUCCIÓN

La reparación endoscópica de las hernias de la región inguinal exige al cirujano familiarizarse anatómicamente con las distintas estructuras de la visión posterior del orificio miopectíneo (OMP) y una adecuada sistematización de los pasos técnicos con el fin de lograr un tratamiento con una tasa aceptable de morbilidad y recidiva¹⁻⁴.

Ambos aspectos han sido profundamente valorados. La descripción de la Y invertida, los conceptos de la visión crítica de seguridad y las diez reglas de oro constituyen en resumen el sendero por el que debemos transitar⁵⁻⁸.

La descripción de la Y invertida (fig. 1) divide el OMP en cinco triángulos: dos superiores al tracto iliopúbico⁵, separados por los vasos epigástricos inferiores y denominados *triángulo medial* (medial a los vasos epigástricos inferiores), proyección del triángulo de Hesselbach, donde visualizaremos las hernias mediales o internas, y el triángulo lateral (lateral a los vasos epigástricos inferiores), proyección del orificio inguinal interno o profundo donde visualizaremos las hernias laterales o externas.

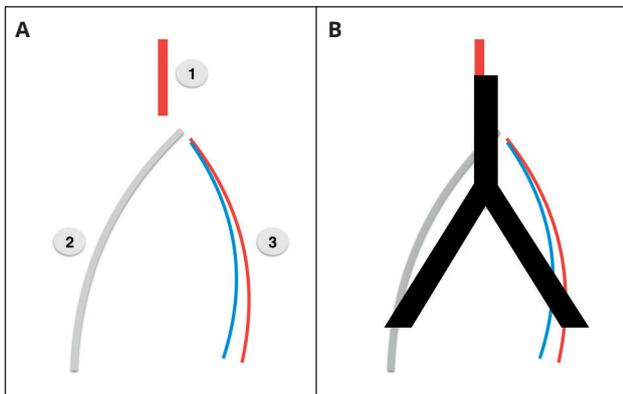


Figura 1. A. Elementos anatómicos del OMP en el varón que constituyen la Y invertida: 1. Vasos epigástricos inferiores 2. Conducto deferente 3. Vasos gonadales (vasos espermáticos) B. Superposición de la Y invertida con los elementos anatómicos del OMP en el varón.

Por debajo del tracto iliopúbico se describen⁵ el triángulo femoral (medial al conducto deferente), donde visualizaremos las hernias femorales, el triángulo de Doom⁹ (lateral al conducto deferente y medial a los vasos gonadales –vasos espermáticos en el varón–), donde atraviesan los vasos ilíacos, y, finalmente, el triángulo del dolor (lateral a los vasos gonadales –vasos espermáticos en el varón–), proyección de las estructuras nerviosas (fig. 2).

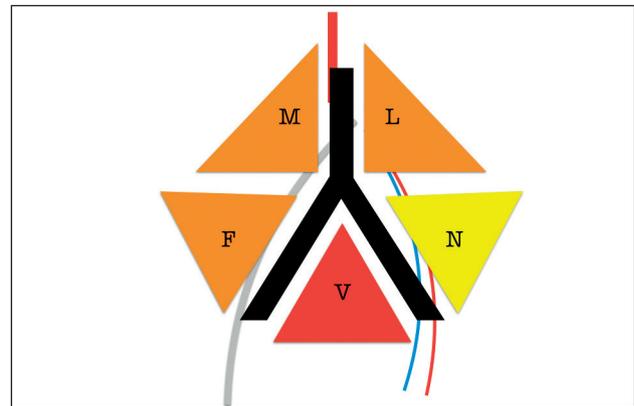


Figura 2. Distribución de los 5 triángulos en el OMP del varón. L: lateral; M: medial; N (nervios): dolor; V (vascular): Doom; F: femoral.

ACTUALIZACIÓN: PROPUESTA

En la práctica diaria nos encontramos ante dos situaciones puntuales que nos impulsan a proponer una actualización de la nomenclatura clásica previamente descrita:

1. Entre las ventajas atribuidas a la reparación endoscópica de las hernias de la región inguinal se describen:
 - a) Tratamiento de la hernia diagnosticada motivo de la indicación quirúrgica y prevención de las otras hernias que localizan sobre el OMP, y
 - b) tratamiento de hernias ocultas.

Teniendo en cuenta la exploración sistemática de todo eventual sitio factible al desarrollo de una hernia, debemos considerar la localización correspondiente a las hernias obturadoras (figs. 3A-C).

En la anatomía quirúrgica de la pared inguinal posterior, antes del desarrollo del acceso endoscópico, se describieron los espacios de Hesselbach^{10,11} y de Fruchaud¹². Ambos tienen una concepción más clínica y sirven para advertir la localización de las hernias y su etiología, pero no consideran la posibilidad de que la hernia se produzca por el canal obturador.

La cirugía por accesos mínimos nos ha demostrado que puede añadir este tipo de hernias al conjunto de las posibilidades a tratar desde el espacio retroperitoneal con visión endoscópica.

Por ello, nosotros, respetando las grandes aportaciones de nuestros predecesores, proponemos ampliar los límites del espacio actual para incluir las hernias obturadoras y pasar a llamar al triángulo femoral como *triángulo fémoro-obturatriz* (fig. 4).

2. La descripción clásica de la Y invertida y sus cinco triángulos, especialmente los tres triángulos descritos por debajo del tracto iliopúbico, se basan exclusivamente en estructuras anatómicas del OMP del varón. En la mujer por debajo del tracto iliopúbico, la única referencia anatómica macroscópica es el ligamento redondo, por lo que generalizar esta descripción para ambos sexos no sería totalmente adecuado (fig. 5).

Anatómicamente, lateral al ligamento redondo, el triángulo de Doom y el triángulo del dolor no poseen estructuras que los dividan y, como consecuencia, se hayan unificados conformando una misma área.

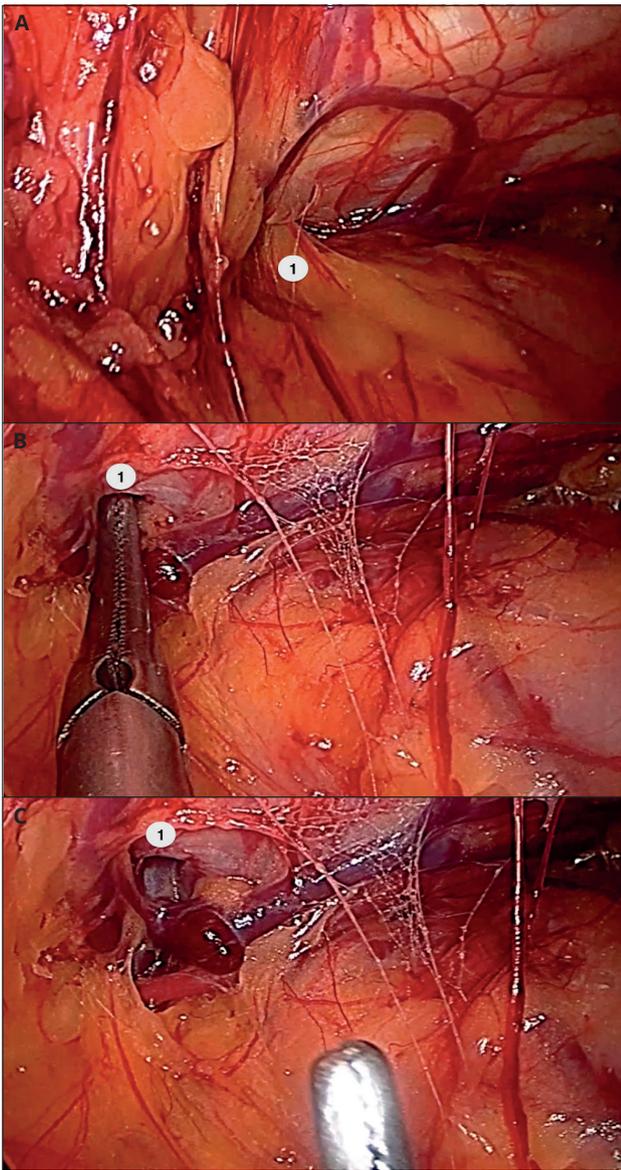


Figura 3A. Localización de las hernias obturadoras. **3B.** Señalización del defecto obturatriz. **3C.** Defecto obturatriz.

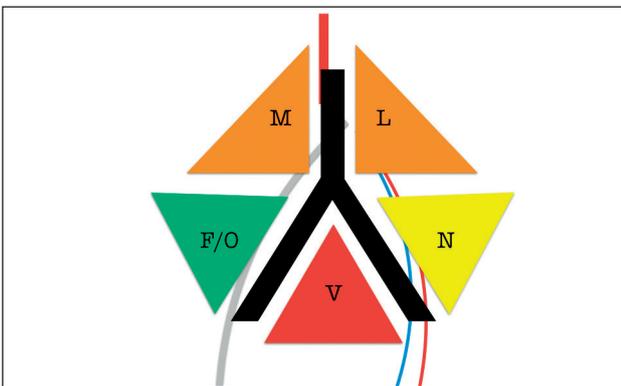


Figura 4. Denominación de *triángulo fémoro-obturatriz* a *triángulo femoral*. L: lateral; M: medial; N (nervios): dolor; V (vascular): Doom; F/O: fémoro-obturatriz.

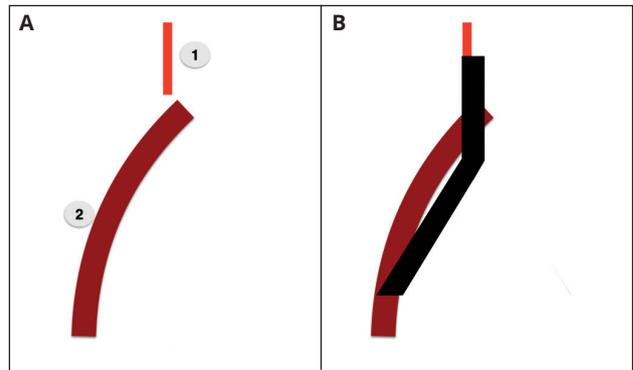


Figura 5. A. Elementos anatómicos del OMP en la mujer: 1. Vasos epigástricos inferiores. 2. Ligamento redondo. B. La Y invertida no se adecua a los elementos anatómicos del OMP en la mujer.

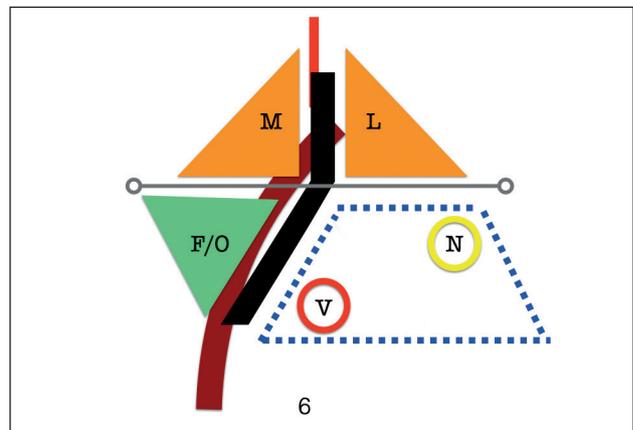


Figura 6. Trapezoide del desastre de Seid (1994) en la mujer. L: lateral; M: medial; V/N: trapezoide del desastre; F/O: fémoro-obturatriz.

Seid describe en 1994¹³ el denominado «trapezoide del desastre», área anatómica que incluye los elementos vasculonerviosos que interesa conocer en esta región, descripción que consideramos la más adecuada en relación a las estructuras anatómicas del OMP en las mujeres (fig. 6).

CONCLUSIÓN

Proponemos actualizar la nomenclatura clásica y denominar al triángulo femoral *triángulo fémoro-obturatriz*, y en mujeres, unificar el triángulo de Doom y el triángulo del dolor y llamarlos de acuerdo a la descripción propuesta por Seid, *trapezoide del desastre*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palmisano EM, Juárez Muas DM. Maniobras claves y trucos para una hernioplastia laparoscópica segura. Guía para procedimientos quirúrgicos seguros. Argentina: Editores Brahin-Zain El Din; 2018. pp. 63-5.
2. Dávila Dorta D. «Agresividad» de las hernioplastias inguinales. Inguinodinia e influencia de abordajes, técnicas y áreas críticas de riesgo neuropático. «Profilaxis». Rev Hispanoam Hernia. 2018;6(4):167-79.

3. Caballero Degregori C. Enseñanza y formación en cirugía endoscópica de la pared abdominal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014;02:1-2.
4. Moreno-Egea A. ¿Por qué la hernioplastia inguinal bilateral laparoscópica (totalmente extraperitoneal) no ha conseguido mayor difusión después de dos décadas? *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1:3-4.
5. Furtado M, Claus C, Cavazzola T L, et al. Systematization of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) based on a new anatomical concept: inverted Y and five triangles. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2019;32(1):e1426.
6. Daes J, Felix E. Critical View of the Myopectineal Orifice. *Ann Surg*. 2017;266(1):e1-2. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002104
7. Palmisano EM, Martínez JD, García MM, et al. Maniobras claves y trucos en eTEP. *Rev Hispanoam Hernia*. 2018; 6(2):86-90. DOI: 10.20960/rhh.105
8. Claus C, Furtado M, Macher F, et al. Ten golden rules for a safe MIS inguinal hernia repair using a new anatomical concept guide. *Surg Endosc*. 2020;34(4):1458-64. DOI: 10.1007/s00464-020-07449-z
9. Spaw AT, Ennis BW, Spaw LP. Laparoscopic hernia repair: the anatomic basis. *J Laparoendosc Surg*. 1991;1(5):269-77. DOI: 10.1089/lps.1991.1.269
10. Hesselbach FC. *Disquisitiones anatómico-patologicae de ortu et progressu herniarum inguinalium et cruralium*. Wurzburg: Bibliopelio Staheliano; 1816.
11. Agarwal AK, Mukherjee R. Franz Kaspar Hasselbach (1759-1816). *Indian J Surg*. 2008;70:96-8. DOI: 10.1007/s12262-008-0027-7
12. Fruchaud H. *Anatomie chirurgicale des hernies de l'aîne*. Doin. Paris; 1956.
13. Seid AS, Amos E. Entrapment neuropathy in laparoscopic herniorrhaphy. *Surg Endosc*. 1994;8:1050-3. DOI: 10.1007/BF00705717