



**Hernia supraforaminal profunda:
una variante de hernia
interparietal de la región
inguinal**

**Deep supraforaminal hernia or
falx inguinalis (joint area): an
undescribed variant of hernia
from the inguinal region**

10.20960/rhh.00399

12/01/2021

CC 399

Hernia supraforaminal profunda: una variante de hernia interparietal de la región inguinal

Deep supraforaminal hernia or falx inguinalis (joint area): an undescribed variant of hernia from the inguinal region

Mario Guzmán Gutiérrez¹⁻³, Alfonso Toriz Roldán⁴, Abraham Pulido Cejudo², Abel Jalife Montaña², Rafael Zaldívar Ramírez², Santiago Ricardo Robredo Muñoz³

Servicios de ¹Clínica de Pared y Tejidos Blandos y ²Cirugía General. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México (México). ³Hospital Ángeles Metropolitano. Ciudad de México (México). ⁴Centro de Cirugía Simplificada de la Clínica de Especialidades ISSSTE. Churubusco (México)

Recibido: 17-11-2020

Aceptado: 22-02-2021

Autor para correspondencia: Mario Guzmán Gutiérrez. Clínica de Pared y Tejidos Blandos. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. C/ Dr. Balmis, 148. 06720 Ciudad de México (México)
Correo electrónico: hipermegatiger@hotmail.com

DOI: 10.20960/rhh.00399

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

El autor principal desea agradecer a Janet Delgado, médico anesthesióloga, por su colaboración en el procedimiento y en la toma de las fotografías. Asimismo, al pintor profesional Rafael Guzmán Gutiérrez en la realización de los esquemas anatómicos.

RESUMEN

Introducción: La plastia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se realiza en México y en el mundo. Las formas anatómicas tradicionales de presentación de las hernias inguinales están bien descritas, pero ocasionalmente se describen hallazgos insólitos y poco usuales (hernia de Amyand, de Garengot, de Littré, etc.) en menos del 0.5 % de los casos.

Objetivo: Describir una forma de hernia inguinal cuyo orificio primario se presentó como un foramen ubicado en los músculos oblicuo menor (MOIA) y en el transverso abdominal (MTA) cefálicamente al anillo inguinal profundo (AIP).

Caso clínico: Una paciente de 39 años que presentaba una hernia inguinal derecha con tumefacción blanda e irreductible por encima y ligeramente por fuera del área inguinal. En la cirugía se encontró una hernia inguinal indirecta de tipo IIIB de la clasificación de Nyhus y, además, un lipoma preperitoneal lobulado y pediculado que emergía desde un orificio localizado en el MOIA y el MTA, reparado con técnica del *plug* para obliterar el defecto descrito. Toda la región se reforzó con otra malla con la técnica de Lichtenstein. Se dio de alta a la paciente 3 horas después de la cirugía. En el seguimiento 6 meses después, sigue en buenas condiciones generales.

Conclusión: No encontramos reportes debido a la escasa frecuencia de este tipo de hernia inguinal intersticial. Se postula el hallazgo como hernia supraforaminal profunda.

Palabras clave: Anillo inguinal profundo, hernia inguinal, hernia supraforaminal profunda, hernia de área conjunta.

ABSTRACT

Introduction: Inguinal hernia repair is one of the most frequently performed surgical procedures in Mexico and around the world. The traditional anatomical forms of presentation of inguinal hernias are well described, but unusual findings are occasionally found (Amyand's, Garengeot's, Littré's hernia, etc.) in less than 0.5 % of cases.

Objective: To describe a form of inguinal hernia primary orifice presented as a foramen located in the minor oblique muscles (MOIA) and the transverse abdominal (MTA) cephalad to the deep inguinal ring (AIP).

Case report: 39-year-old female patient with the presence of a right inguinal hernia and additionally with soft and irreducible swelling above and slightly outside the inguinal area.

During surgery, a type IIIB indirect inguinal hernia of the Nyhus classification was found, as well as a lobulated and pedunculated preperitoneal lipoma that emerged from a hole that opened into a hole located in the MOIA and the MTA, repaired with the plug technique to obliterate the defect described and the entire region reinforced with another mesh using the Lichtenstein technique. She was discharged 3 hours after surgery. In the 6-month follow-up she is in good general condition.

Conclusion: We did not find reports due to the low frequency of this type of interstitial inguinal hernia. The finding is postulated as a deep supraforaminal hernia.

Keywords: Deep groin ring, direct inguinal hernia, deep supraforaminal hernia, joint area hernia.

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es la segunda causa de atención quirúrgica electiva en todo el mundo con abordajes por vía anterior, laparoscópica y robótica y con técnicas protésicas y no protésicas.

Las tradicionales áreas anatómicas de debilidad en esta región se presentan en el anillo inguinal profundo, la pared posterior del conducto inguinal y el anillo crural, con variantes reconocidas con diversos epónimos según la localización del saco en relación a los vasos femorales^{1,2}. Hay reportes de hallazgos inusuales en la región inguinal relacionados o no con hernias inguinales⁴. Formas menos conocidas de hernias de la región inguinal son la hernia de Spiegel baja^{5,6}, con ubicación caudal a la línea interespinosa, y la hernia supravesical^{7,8}, que transcurre a través de una debilidad en la fosa supravesical. Ambas son difíciles de distinguir de las hernias inguinales directas tradicionales.

Las hernias inguinales intersticiales inusuales se conocen desde 1661 gracias al cirujano danés Bartholin. En 1779 Petit describió un grupo de casos¹⁵. Hay referencias de hernias interparietales que afectan a la pared abdominal inferior y que causan dolor abdominal o inguinal, como la hernia posterior de la vaina del recto¹³⁻¹⁵.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de 39 años de edad sin antecedentes quirúrgicos, crónicos degenerativos o alérgicos, docente de profesión. Acudió a consulta con antecedentes de aumento súbito del volumen en la región inguinal derecha, sin variación de dimensiones, con 3 meses de evolución. La paciente no advertía si se había reducido de manera espontánea o manual. Manifestó que un poco más arriba de la anterior había advertido otra protrusión en el cuadrante inferior derecho del abdomen que no había variado de dimensiones, pero que provocaba dolor con la opresión.

Durante el examen físico se objetivó una paciente ectomórfica, íntegra, con signos vitales estables y normales e IMC de 24. Al nivel de la pared

abdominal anterolateral derecha, en la fosa ilíaca derecha, medial y casi contigua a la espina ilíaca anterosuperior, se palpaba una protrusión globular renitente de 2.5 cm de diámetro, no reductible, indolora, que se proyectaba topográficamente por fuera de la vaina de los rectos y sin variación en sus dimensiones con la maniobra de Valsalva ni en las posiciones de decúbito supino ni en la de bipedestación. Además, se identificó una hernia inguinal derecha no complicada. El ultrasonido no aportó datos adicionales. Los estudios de laboratorio se encontraban en parámetros adecuados.

Se realizó cirugía bajo abordaje anterior y con anestesia local utilizando 10 cm³ de ropivacaína al 7.5 % y solución fisiológica estéril más sedación, con incisión suprainguinal derecha, diéresis de planos subcutáneo e incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor. Se expuso el conducto inguinal y se visualizó el ligamento redondo, acompañado de un lipoma herniario y de un saco peritoneal pequeño. Se disecaron cuidadosamente, se aislaron y se invaginaron a través del anillo inguinal profundo (AIP), ligeramente dilatado y correspondiente a LI de la clasificación de Shumpelick¹⁶.

Al examinar este sector anatómico **en la arriba del AIP** se visualizaba un lipoma ovoideo y lobulado de unos 2.5 cm diámetro que, al disecarlo, tenía un pedículo que claramente emergía a través de un genuino defecto ovalado en la región supraforaminal inguinal profunda **que interesaba** a los componentes fasciomusculares del arco del músculo *transversus abdominis* (MTA) y del músculo *obliquus internus abdominis* (MOIA), constituyendo un orificio auténtico en esta área por debajo de la trayectoria del nervio iliohipogástrico (NIH) de no más de 1 cm diámetro. El lipoma se redujo con facilidad después de resecarlo parcialmente a través de este foramen, que estaba ubicado a unos 5 mm cefálicamente al AIP, paralelo a su plano sagital. Se confirmó que este defecto comunicaba con la región preperitoneal colocando un cono de polipropileno ligero, que se fijó con polipropileno de calibre 00 con 3

puntos simples separados, evitando el trayecto del NIH. Se exploró por el mismo abordaje el anillo crural derecho y el área de Spiegel en su porción inferior, que se encontraron íntegros.

Se realizó plicatura de la fascia *transversalis* con sutura con monofilamento inabsorbible 00. Finalmente, se colocó y se fijó una malla ligera de polipropileno con la técnica de Lichtenstein para concluir la reparación de la pared posterior, cuyo borde superior quedó unos 3 cm por encima del orificio del área conjunta. Se realizó hemostasia y cierre de los planos aponeurótico y subcutáneo y de la piel de manera convencional.

La paciente volvió a su domicilio en buenas condiciones en las tres primeras horas del posoperatorio. El seguimiento a los 6 meses ha sido óptimo, sin evidencia de recurrencia ni inguinodinia.

DISCUSIÓN

El caso que se muestra representa un defecto por arriba y fuera del anillo inguinal profundo, lo que supone un hallazgo inusual y que sugerimos describir como una hernia supraforminal o del área conjunta. Es una variante muy rara de una hernia intersticial de la región inguinal. Las variantes descritas son raras en la literatura: representan del 0.05 al 0.5 % de todas las hernias inguinales²⁻¹⁰.

La importancia del tendón conjunto radica en que configura el límite superior del conducto inguinal, área representada por la fusión de las fibras inferiores de la aponeurosis oblicua interna con las fibras del transversal del abdomen. Sen y cols.³ niegan la existencia de un tendón formal en esta zona y otros la han bautizado como *falx inguinalis*. Sin embargo, en nuestro caso podemos evidenciar esta estructura anatómica.

La comprensión de la anatomía quirúrgica, como describen Köckerling y Simons¹, es fundamental y en el caso presentado destaca por:

1. Un defecto que permeaba los músculos oblicuo menor y transversal abdominal; un hallazgo inusual que era fuente de una hernia y que hemos denominado como *orificio supraforaminal fuente de la HSFP*.
2. Esta HSFP presentada puede clasificarse como una hernia inguinal interparietal de tipo B en la clasificación de **custom 16**, pero con un origen desconocido: un foramen localizado arriba del AIP.

CONCLUSIÓN

Se presenta una variante poco usual de una hernia intersticial de la región inguinal. No encontramos reportes debido a la escasa frecuencia de este tipo de hernia. Se postula el hallazgo como *hernia supraforaminal profunda*. La cirugía con colocación de malla se considera exitosa para este tipo de defectos, al menos a medio plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Köckerling F, Simons MP. Current Concepts of Inguinal Hernia Repair. *Visc Med*. 2018;34(2):145-0. DOI: 10.1159/000487278
2. Matsevych OY, Koto MZ, Becker JHR. Multiple concurrent bilateral groin hernias in a single patient; a case report and a review of uncommon groin hernias: A possible source of persistent pain after successful repair. *Int J Surg Case Rep*. 2016;29:204-7. DOI: 10.1016/j.ijscr.2016.11.019
3. Sen T, Ugurlu C, Kulacoglu H, Elhan A. Falx inguinalis: a forgotten structure. *ANZ J Surg*. 2011;81(3):112-3. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2010.05653.x
4. Ballas K, Kontoulis T, Skouras Ch, Triantafyllou A, Symeonidis N, Pavlidis T, et al. Unusual findings in inguinal hernia surgery: report of 6 rare cases. *Hippokratia*. 2009;13:169-71.

5. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Spigelian hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2006;72:42-8.
6. Skandalakis JE, Gray SW, Burns WB, Sangmalee U, Sorg JL. Internal and external supramesical hernia. *Am Surg.* 1976;42:142-6.
7. Barnes DR, Dreyer BJ. Internal supramesical hernia: report of a case presenting with bladder symptoms. *Br J Surg.* 1953;40(163):508-9. DOI: 10.1002/bjs.18004016321
8. Saravanan B, Maramu P, Ranganathan E. Supramesical Hernia-A Rare Cause of Intestinal Obstruction. *Int J Surg.* 2018;6:471-2.
9. Gómez-Menchero J, Suárez-Grau JM, Gila-Bohórquez A, García-Moreno J, Landra P, Ferrufino J, et al. Reparación laparoscópica de emergencia de una hernia inguinal intersticial estrangulada, ¿es factible? *Cir Andal.* 2019;30:153-4.
10. P Bâ, S Soumah, B Diop, E Mbaye, C Sylla. Interstitial Inguinal Hernia in Women: An Exceptional Anatomic Variety. *Int J Surgery.* 2012;28(2).
11. Gungor B, Topgula K, Bilgin M, Malazgirt Z. Interparietal herniation: A rare cause of intestinal obstruction. *Cases J Med.* 2010;1:58-60.
12. Chugh A, Singh R, Agarwal PN, Bali R. A rare case of interparietal hernia presenting as intestinal obstruction. *International Journal of Sciences and Applied Research.* 2015;2:38.
13. Ng CW, Sandstrom A, Lim G. Spontaneous posterior rectus sheath hernia: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2018;12(1)96. DOI: 10.1186/s13256-018-1645-8
14. Lenobel S, Lenobel R, Yu J. Posterior rectus sheath hernia causing intermittent small bowel obstruction. *J Radiol Case Rep.* 2014;8(9):25-9. DOI: 10.3941/jrcr.v8i9.2081

15. Lower WE, Hicken NF. Interparietal hernias. Ann Surg. 1931;94:1070-87.
16. Schumpelick V, Treutner KH, Arlt G. Classification of inguinal hernias. Chirurg. 1994;65(10):877-9.
17. Custom CG. Interstitial Hernia. Ann Surg. 1905;41:427-35.

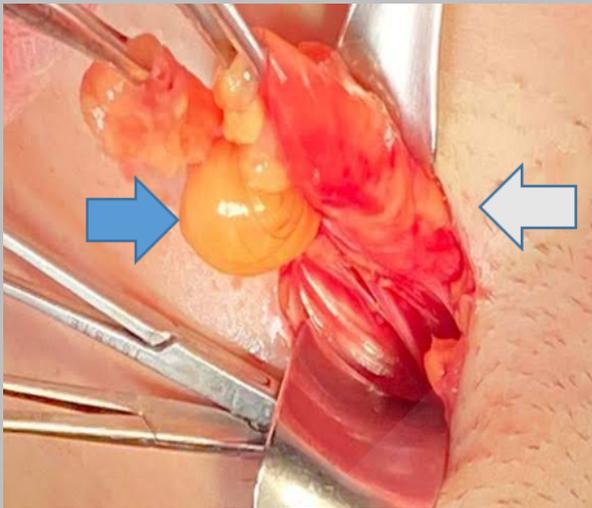


Figura 1. Al iniciar la disección del conducto inguinal se identificó una hernia inguinal indirecta con el lipoma herniario (flecha azul) adosado al ligamento redondo (flecha blanca). El lipoma heráldico de la hernia supraforaminal aún no se muestra.

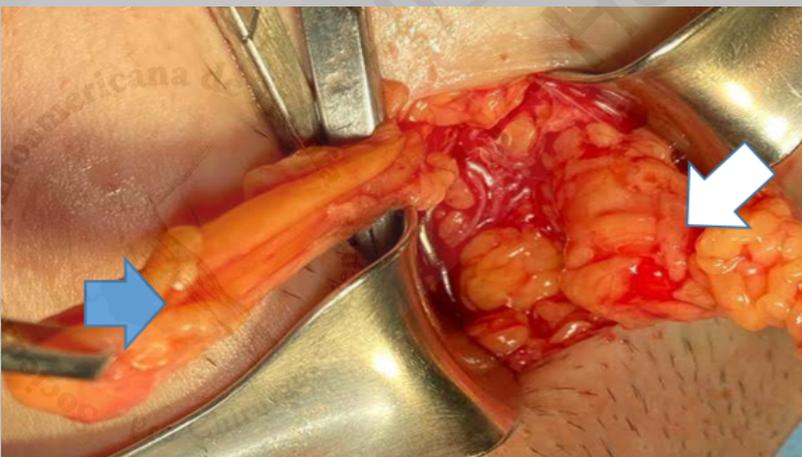


Figura 2. El lipoma (flecha azul) que acompaña a un pequeño saco peritoneal que emerge del anillo supraforaminal (flecha blanca). Grasa

herniaria preperitoneal ya disecada, torcida y aislada del ligamento redondo, que emerge del anillo inguinal profundo. Se ha torcido para su reducción.

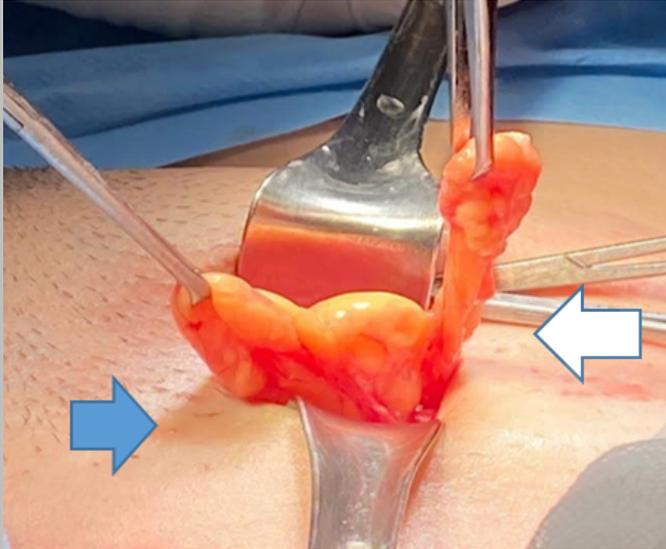


Figura 3. Flecha azul. Nuevamente se identifican exteriorizados de la hernia. El lipoma preperitoneal que se identificó emergiendo desde el anillo supraforaminal (flecha blanca). Se exhibe el lipoma herniario indirecto.

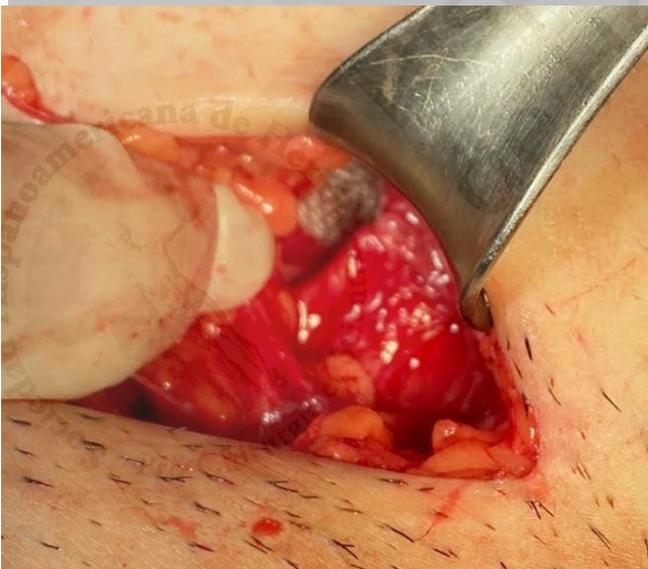


Figura 4. Se señala el anillo supraforaminal con el contenido reducido y listo para fijarse con puntos de monofilamento inabsorbible.

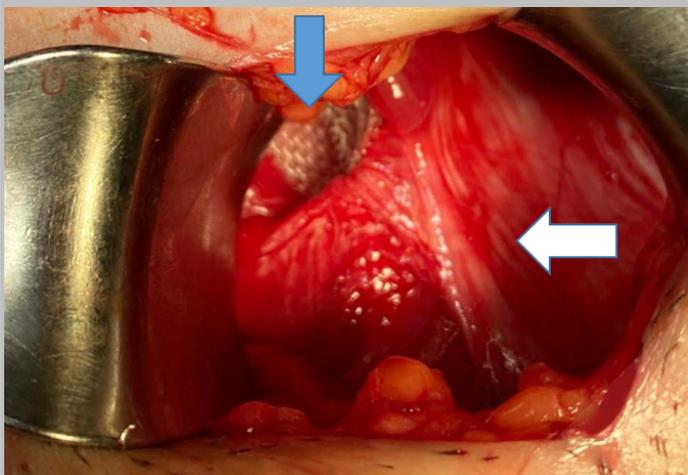


Figura 5. Orificio herniario supraforaminal obliterado con un *plug* de polipropileno (flecha azul). Se aprecia al NIH transcurriendo sobre el área conjunta (flecha blanca). El ligamento redondo transcurre inferiormente (en la imagen, desplazado por el separador). Después de su fijación, se colocó la malla de polipropileno con la técnica de Lichtenstein.

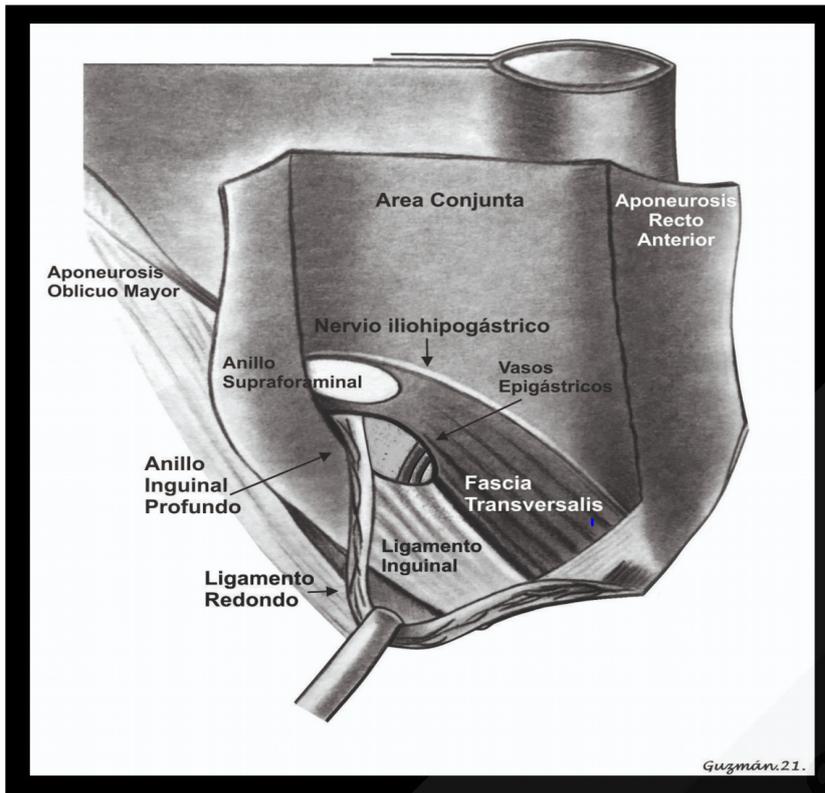


Figura 6. Vista esquemática anterior de la anatomía de la hernia supraforaminal. Se destaca la relación del anillo supraforaminal con el AIP, el AC y el NIH.

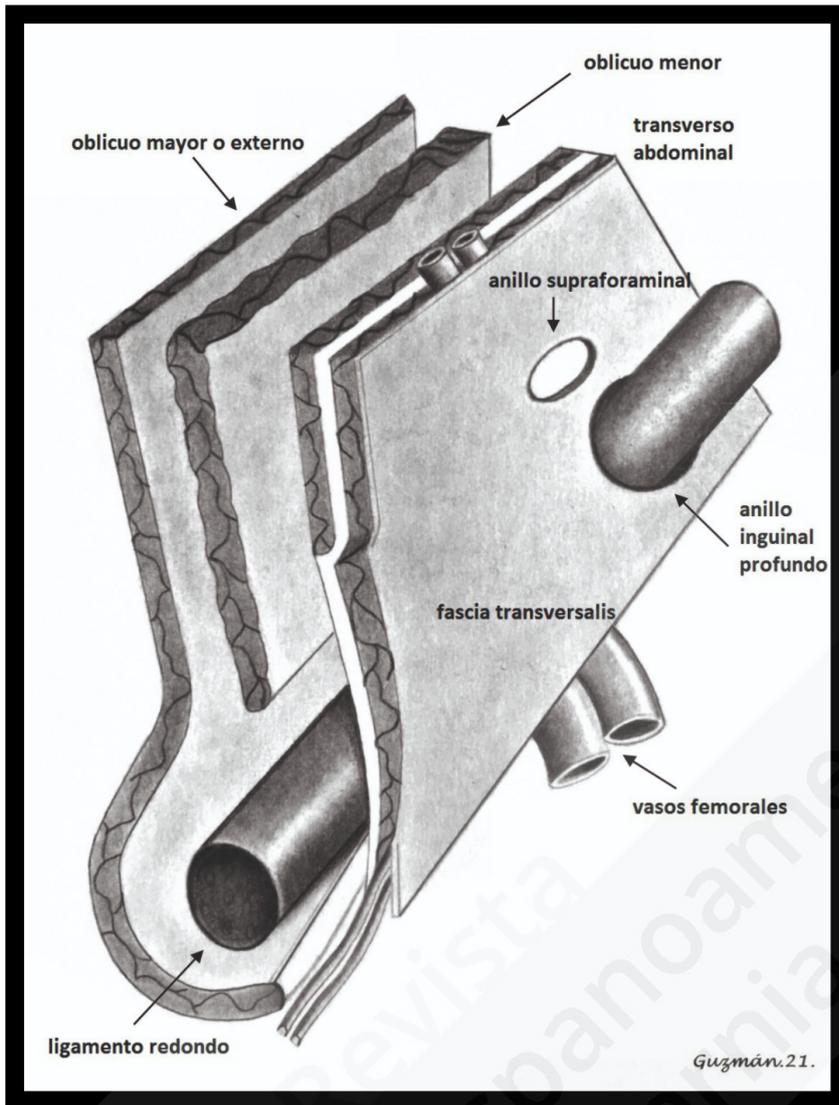


Figura 7. Esquema sugerido para ilustrar las relaciones anatómicas del defecto supraforaminal desde una perspectiva posterior.