



Hernia supraforaminal profunda de la región inguinal

Deep supraforaminal hernia of the groin region

10.20960/rhh.00561

03/06/2024

Hernia supraforaminal profunda de la región inguinal

Deep supraforaminal hernia of the groin region

Juan Alfredo Lamas Vázquez¹, Abel Jalife Montaña², Mario Guzmán Gutiérrez², Paulina de Luna Hernández¹, Aldahir de Jesús Prieto³

¹Servicio de Cirugía General. Hospital General de Zacatecas Luz González Cosío. Zacatecas (México). ²Clínica de Pared y Tejidos Blandos

y ³Servicio de Cirugía General. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Ciudad de México (México)

Autor de correspondencia: Juan Alfredo Lamas Vázquez. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Zacatecas Luz González Cosío. Avda. García Salinas. El Carmen. 98608 Guadalupe. Zacatecas (México)

Recibido: 08-09-2023

Aceptado: 25-09-2023

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

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

Introducción: Las hernias de la región inguinal se clasifican según su anatomía, sitio de origen o génesis. A diferencia de estas, en las que el saco protruye a través del anillo inguinal interno (profundo) o medial a los vasos epigástricos profundos, existen hernias llamadas *poco comunes* en las que encontramos la hernia intraparietal (hernia interparietal o hernia de Goyrand), con la característica de que el saco emerge entre los músculos de la pared abdominal en esa región.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de una paciente de 69 años de edad que inicia con aumento de volumen y dolor en la región inguinal izquierda. Se realiza hernioplastia inguinal anterior abierta con diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal izquierda directa, en la que se encuentra una hernia intersticial, que se clasifica como supraforaminal profunda.

Discusión: La hernia supraforaminal o hernia del área conjunta debe definir un defecto que no sea generado por la disección de la región inguinal, que genere un debilitamiento o cavitación de la porción superior y lateral al anillo inguinal profundo, que deba diferenciarse anatómicamente del anillo inguinal profundo y que sea lateral a los vasos epigástricos profundos.

Palabras clave: Hernia intraparietal, hernia interparietal, hernia intersticial, hernia supraforaminal profunda, hernia del área conjunta.

ABSTRACT

Introduction: Hernias of the inguinal region are classified according to their anatomy, site of origin or genesis of the same; Unlike these where the sac protrudes through the internal (deep) or medial inguinal ring to the deep epigastric vessels there are so-called rare hernias in which we find the intraparietal hernia (interstitial hernia, interparietal hernia or Goyrand's hernia), with the characteristic that the sac emerges between the muscles of the abdominal wall.

Case report: We present the clinical case of a 69 year old female patient who begins with increased volume and pain in the left inguinal region, an open anterior inguinal hernioplasty was performed with a preoperative diagnosis of direct left inguinal hernia, where an interstitial hernia was found, which was classified as deep supraforaminal.

Discussion: The supraforaminal hernia or hernia of the joint area must define a defect that is not generated by dissection of the inguinal region

that generates a weakening or cavitation of the upper portion and lateral to the deep inguinal ring, must be anatomically differentiated from the deep inguinal ring and must be lateral to the deep epigastric vessels.

Keywords: Intraparietal hernia, interparietal hernia, interstitial hernia, deep supraforaminal hernia, joint area hernia.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se reportan más de 20 millones de reparaciones de hernia inguinal de forma anual¹. La reparación de las hernias inguinales es el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realiza en los Estados Unidos². En las estadísticas de México encontramos que más del 10 % de la población presenta algún tipo de hernia de la pared abdominal, de las que el 58.5 % son inguinales³. Son porcentajes similares a los reportados a nivel nacional en nuestra Clínica de Pared y Tejidos Blandos del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Se define la *hernia de la región inguinal* como un defecto de la pared abdominal de cualquier índole que permite el paso o el deslizamiento de vísceras o de tejido graso a través del anillo inguinal o femoral, la pared posterior inguinal de los orificios miopectíneo y se proyecte por los triángulos de la ingle⁴.

Dentro de las hernias inguinales existen hernias inusuales, que se encuentran entre las diferentes capas de la pared abdominal, descritas desde 1661 por el médico danés Thomas Bartholin⁵ y que en 1836 Goyrand denominó *intersticiales*⁶. Estas hernias se clasifican habitualmente en:

- *Hernia preperitoneal*, que descansa entre el peritoneo y la fascia transversalis.

- *Hernia inguinointersticial*, que se encuentra entre la fascia transversalis y los músculos de la pared anterolateral, y que se subdivide en:
 - Tipo 1: entre la transversalis y el musculo transverso.
 - Tipo 2: entre el músculo transverso y el músculo oblicuo interno.
 - Tipo 3: entre oblicuo interno y oblicuo externo.
 - Tipo 4: en el que el saco penetra las fibras del músculo oblicuo interno⁷ (fig. 1).
- *Hernia superficial*, en la que el saco se encuentra entre la aponeurosis del oblicuo externo y el sistema tegumentario⁶⁻¹⁶.

La presentación más común es la intersticial, excepto en la población pediátrica⁸. Fuld en 1921 reportó una incidencia preperitoneal del 20 %, intersticial (60 %) y superficial (20 %)⁹. Son más comunes en los hombres, con un promedio de 30 a 40 años. En cambio, en las mujeres se presentan entre los 50 y los 60 años de promedio⁷.

Krönlein describió un tipo de hernia yuxtaposicional al canal inguinal que denominó hernia intersticial parainguinal¹⁰. Sin embargo, no se describe posición del defecto con respecto al anillo inguinal profundo ni a los vasos epigástricos.

Sobre la etiopatogenia se han generado 2 propuestas: la mecánica, que sugiere un área de debilidad en el tercio proximal y distal de los músculos, y la congénita, que se apoya en que una alta proporción de pacientes presenta anomalías testiculares asociadas con el cierre temprano del proceso vaginal^{10,11}.

Por la complejidad de realizar el diagnóstico preoperatorio, la mayoría de las hernias interparietales se identifica durante la operación^{12,13}.

Recientemente se ha sugerido un nuevo concepto dentro de las hernias intersticiales que presentan un defecto superolateral al anillo inguinal profundo, con la definición de *hernias supraforaminales profundas* o

*hernia del área conjunta*¹⁴ (fig. 2), de la que a continuación se presenta un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 69 años de edad dedicada al hogar, con antecedente heredofamiliar de diabetes de tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, antecedentes personales patológicos de hernia umbilical referida desde el nacimiento, hipertensión arterial sistémica desde hace 20 años en tratamiento con amlodipina, síndrome de intestino irritable diagnosticado hacía 6 meses en tratamiento con bromuro de pinaverio con dimeticona, antecedente quirúrgico de histerectomía abdominal total hace 20 años por miomatosis uterina y 3 embarazos por parto vaginal.

Comenzó su padecimiento actual 4 años antes de su intervención quirúrgica, consecuencia de cargar un objeto pesado. Presentaba aumento de volumen en la región inguinal izquierda, de dimensiones no referidas por la paciente, sin que tuviera seguimiento, ya que en ese momento no presentaba sintomatología agregada. Posteriormente presenta dolor difuso de intensidad 8/10 según escala numérica análoga, sin irradiaciones, constante, sin atenuantes ni agravantes y sin otros síntomas asociados.

Se realiza estudio de ultrasonido de tejidos blandos de la región inguinal izquierda con un transductor lineal multifrecuencia, en reposo y Valsalva en eje longitudinal y transversal. Se observa una imagen hipocogénica ovoidea con dimensiones de 12 mm en su eje mayor a la maniobra de Valsalva y una protrusión intestinal sobre el defecto herniario, que se encuentra a 18 mm de la pared abdominal. Impresión diagnóstica: se evidencia hernia inguinal izquierda por este método de estudio. Se inicia el manejo analgésico, sin mejoría de la sintomatología, por lo que acudió al Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga y se inició el protocolo quirúrgico para hernioplastia: se solicitaron las pruebas

prequirúrgicas y un nuevo ultrasonido que confirmó el diagnóstico de imagen de hernia inguinal izquierda.

Se realiza hernioplastia anterior abierta con anestesia local y bloqueo neuroaxial. Se procede a la realización de una incisión en la región inguinal izquierda antes de la localización de las referencias anatómicas, se disecciona por planos y se realiza incisión en la aponeurosis del músculo oblicuo externo con electrobisturí. Se encuentra defecto herniario en el área conjunta de 3 x 2.5 cm supralateral al orificio inguinal profundo y la presencia de saco con dimensiones de 2.5 x 2.5 cm de contenido de grasa preperitoneal. Al reducirse, se observa el peritoneo parietal.

Se procede a cerrar el orificio supraforaminal con puntos separados de polipropileno atraumático 2.0, se coloca una malla de polipropileno ligera con técnica de Lichtenstein y se procede al cierre de la aponeurosis del oblicuo externo con polipropileno 2.0 atraumático con surgete continuo y al cierre del tejido celular y de la piel con polipropileno 3.0 con punto subdérmico. En la misma operación se realiza hernioplastia umbilical.

La paciente fue dada de alta sin complicaciones, en seguimiento por la consulta externa, con recuperación satisfactoria y sin complicaciones posquirúrgicas.

DISCUSIÓN

Los hallazgos durante la operación de este caso clínico sugieren la presencia de una hernia que se presenta en el área conjunta, que no puede inscribirse dentro de la clasificación de las hernias intraparietales, ya que estas, por clasificación, se limitan a ser preperitoneales, intraparietales y superficiales, pero no se maneja el lugar anatómico del defecto. Lo más cercano es la descripción que realizó Krönlein. Estas se reportan con una incidencia de 0.01-1.6 % a nivel mundial¹⁵. Esta incidencia reportada tan baja es sugerente de que puede haber un subdiagnóstico de este tipo de hernias, por lo tanto, debe conocerse al

detalle la anatomía quirúrgica de la región inguinal para discernir los diferentes tipos de hernias.

Se sugiere la realización de una actualización de las clasificaciones actuales para las hernias intraparietales, ya que son limitadas en lo que respecta al origen del defecto en la pared abdominal.

Realizar una adecuada clasificación de las hernias intraparietales, así como su reporte en la bibliografía, nos permitirá encontrar en un futuro si estas presentan una evolución distinta (en el sentido de recidivas complicaciones) o si se necesitan técnicas quirúrgicas distintas para su manejo.

Realizar una actualización o una nueva nomenclatura de la anatomía quirúrgica de este tipo de hernias permitirá sugerir una optimización en sus abordajes.

Para describir una hernia supraforaminal o una hernia del área conjunta debe identificarse un defecto en dicha área que no se haya generado artificialmente por la disección de la región inguinal, como, por ejemplo, la remoción del tejido adiposo, que suele encontrarse infiltrando esas áreas, que genere un debilitamiento o cavitación de la porción superior y lateral al anillo inguinal profundo, debe diferenciarse anatómicamente del anillo inguinal profundo y que sea lateral a los vasos epigástricos profundos.

Según las características reportadas durante la intervención quirúrgica, este caso informa para nuestro conocimiento de la segunda hernia inguinal denominada supraforaminal.

BIBLIOGRAFÍA

1. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018;22(1):1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x
2. Itani KMF, Fitzgibbons R. Approach to Groin Hernias. *JAMA Surgery* 2019;154(6):551-2. DOI: 10.1001/jamasurg.2018.5564

3. Asociación Mexicana de Hernia. Consensos y Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal. Actualización: febrero de 2021 [consultado el 20 de junio del 2023]. Disponible en: <https://www.amhernia.org/wp-content/themes/amhernia2/files/guias2021.pdf>
4. Skandalakis JE, Gray SW, Skandalakis LJ, Colborn GL, Pemberton LB. Surgical anatomy of the inguinal area. *World J Surg* 1989;13(5):490-8. DOI: 10.1007/bf01658861
5. Bartholin T. *Historarium anatomicarum rariorum centuria I-VI*. Copenhagen, 1654-1661.
6. Barling V. Interparietal hernia. *ANZ J Surg* 1956;26(1):32-5. DOI: 10.1111/j.1445-2197.1956.tb06371.x
7. Montes IS, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. *Surgical Clinics of North America* 2003;83(5):1235-53. DOI: 10.1016/s0039-6109(03)00130-0
8. İskit SH, Dağlı TE, Kıyan G, Durakbaşa ÇU. Interstitial hernia: A diagnostic dilemma in infants and children. *J Pediatric Surg*. 1998;33(4):586-8. DOI: 10.1016/s0022-3468(98)90321-9
9. Armas Pérez BA. Eponyms and historical note in abdominal wall hernias. *Revista Cubana de Cirugía*. 2017;56(4).
10. Lower, W. E., & Hicken, N. F. (1931). Interparietal hernias. *Annals of Surgery*, 94(6), 1070-1087. doi:10.1097/00000658-193112000-00010
11. Altman B. Interparietal hernia. In: Nyhus LM, Condon RE (editors). *Hernia Philadelphia*: J. B. Lippincott; 1989. p. 380-7.
12. Ozawa H, Hara A, Hayashi K, et al. Two cases of interparietal inguinal hernias undergoing laparoscopic treatment: a case series. *J Surg Case Reports* 2023;2023(2):rjad051. DOI: 10.1093/jscr/rjad051

13. Kumar A, Paswan SS, Paswan A, et al. Giant interparietal inguinal hernia with undescended testis-A Rare case report. Int J Surg Case Reports 2018;42:4-6. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.11.018
14. Guzmán Gutiérrez M, Toriz Roldán A, Pulido Cejudo A, et al. Hernia supraforaminal profunda: una variante de hernia interparietal de la región inguinal. Rev Hispanoam Hernia. 2021;11(2):96-100.
15. Garrett C, Wijayawardana R, Morris DL. Strangulated interstitial interparietal hernia following lower segment caesarean section: a case report. J Surg Case Rep. 2023;2023(4):rjad175. DOI: 10.1093/jscr/rjad175
16. Fuld JE. Interparietal inguinal hernia. Int J Surg 1921;43:132.



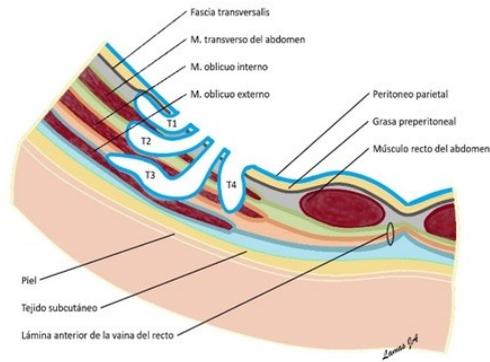


Figura 1. Esquema de la región inguinal vista en un corte axial (transversal) en la que se observa la subclasificación de las hernias inguinointersticiales. T1: tipo 1; T2: tipo 2; T3: tipo 3; T4: tipo 4. Esquema propuesto por el autor.

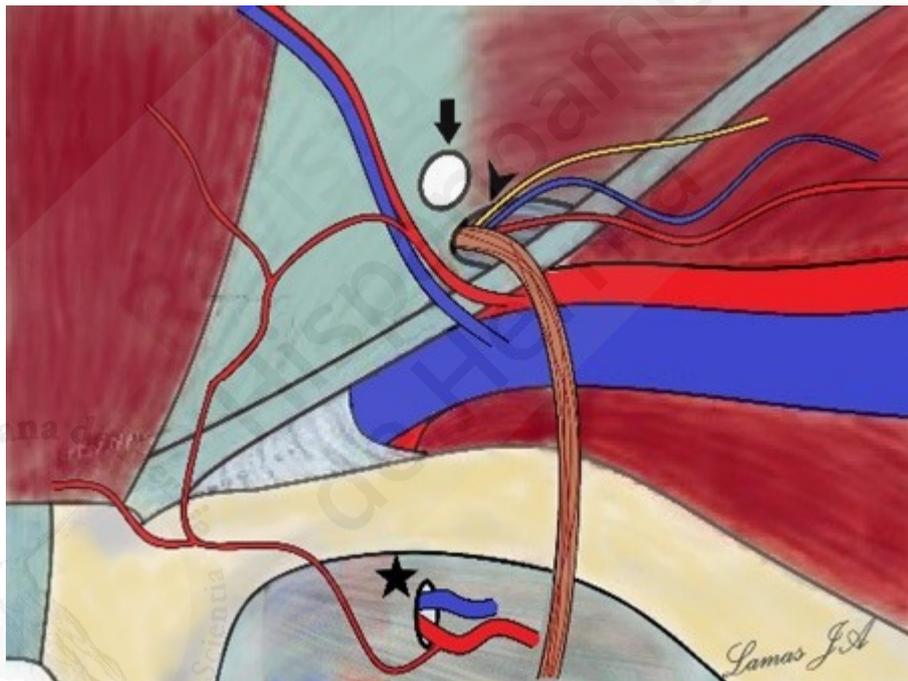


Figura 2. Cara posterior de la región inguinal (flecha), hernia supraforaminal profunda (cabeza de flecha), anillo inguinal profundo (estrella) y agujero obturador. Esquema propuesto por el autor.

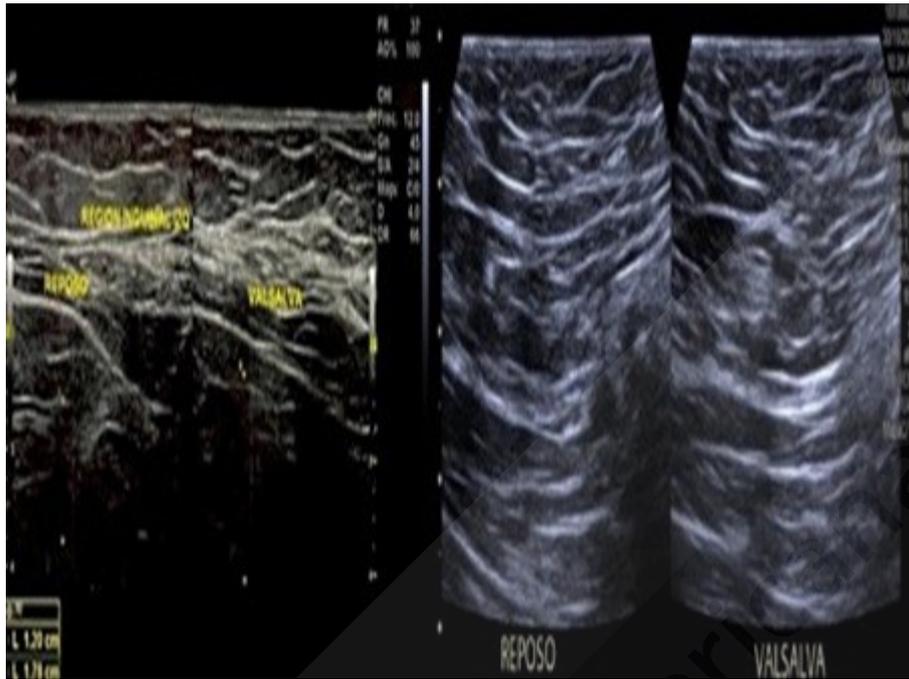


Figura 3. A la izquierda se observa el primer ultrasonido y a la derecha, el segundo, realizados en nuestra institución, en los que se muestra el defecto de 12 mm con protrusión de contenido, que da el diagnóstico por imagen de hernia inguinal izquierda.

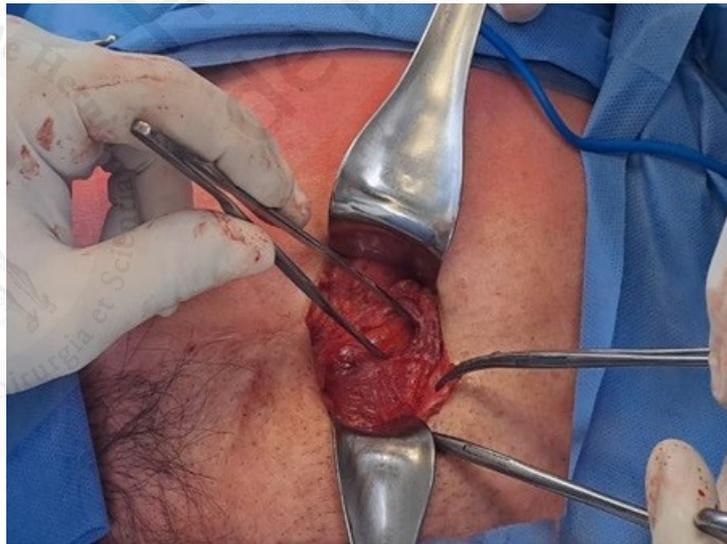


Figura 4. Imagen de la región inguinal izquierda, donde se muestra el orificio supraforaminal, que se deja al descubierto con la pinza de disección. Con las pinzas Kelly se toma colgajo de la aponeurosis del oblicuo externo. El anillo inguinal profundo se encuentra ocluido por la separación de los tejidos.



Revista
Hispanoamericana
de Hernia