

ANATOMÍA DE LA REGIÓN INGUINAL. Enfoque de la Cirugía de invasión mínima.

Ya en 1804, Sir Astley Cooper decía *“La Hernia en todas sus variedades, más que ninguna otra enfermedad del ser humano, pertenece al ámbito del Cirujano y exige la mejor combinación de delicadeza y destreza quirúrgica, con el conocimiento anatómico”*. La aceptación o no de la reparación de la patología herniaria por vía laparoscópica, guarda estrecha relación con la identificación de los elementos anatómicos.

Se debe iniciar el aprendizaje laparoscópico con conocimiento básico de la anatomía y aplicada a la cirugía abierta, aparte de familiarizarse con las técnicas preperitoneales. Además de la clásica disección cadavérica por planos (de superficie a profundidad), existen modelos anatómicos para la enseñanza de la región inguinal para cirugía abierta, pero nunca se nos enseñó en nuestra formación como médicos, la anatomía de la región inguinal, tal cual la vemos por laparoscopia, es decir la cara posterior de la pared abdominal en la región inguinal.

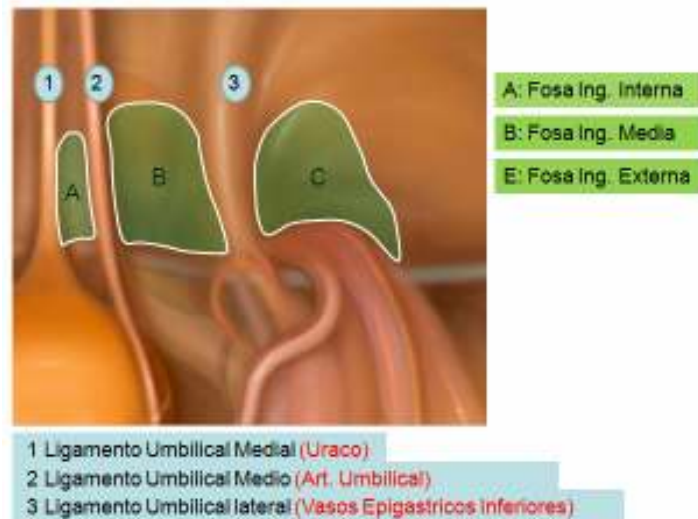
Es por lo anteriormente expuesto, que hay resistencia por parte de muchos cirujanos a no realizar esta técnica y peor aún, al desconocerla incluso la descalifican; es por eso la intención del desarrollo de este tema.

El abordaje laparoscópico de la región inguinal se puede llevar a cabo mediante dos técnicas ampliamente utilizadas desde hace años, la Transabdomino pre-peritoneal (TAPP) y la Totalmente Extraperitoneal (TEP); por cualquiera de estas técnicas la región anatómica a trabajar va a ser la misma, con la diferencia que una la abordamos incidiendo el peritoneo a través de la cavidad abdominal (TAPP) y la otra se hace por fuera del peritoneo (preperitoneal), en forma retromuscular (TEP), pero las estructuras a disecar van a ser las mismas, claro con ciertas diferencias en la visión de estas, de esta forma se puede apreciar en el siguiente dibujo la zona a operar, con la visión de ambas técnicas:

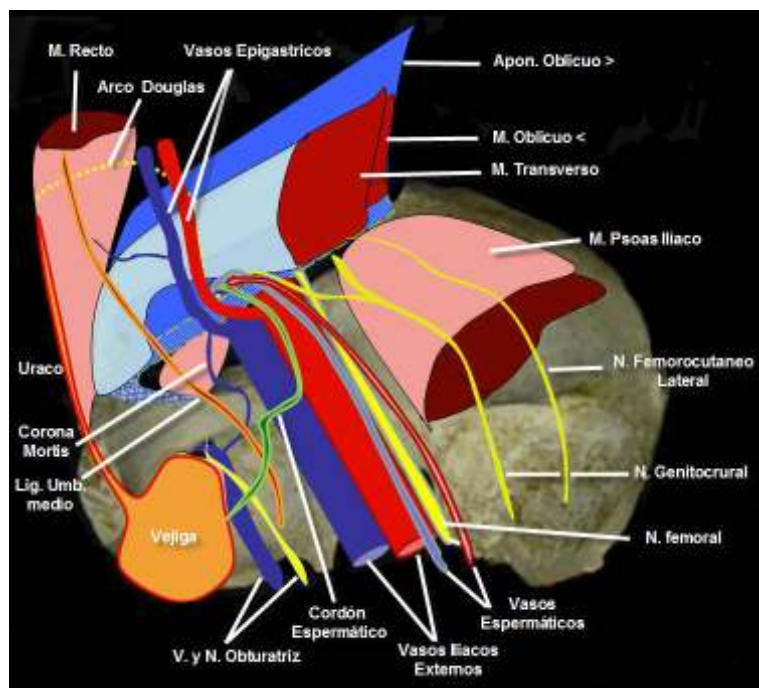


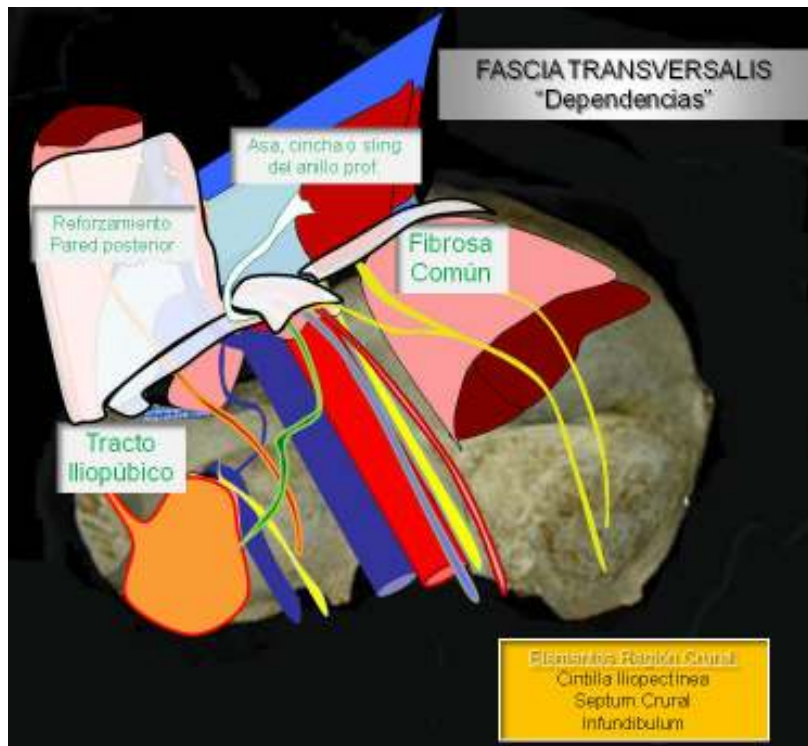
(Gráficos cortesía de www.websurg.com)

Anatómicamente es imprescindible reconocer en la región, los reparos que separan las llamadas fositas o fosas inguinales, zonas por donde protruyen las Hernias inguinales (directas, por la fosa inguinal media y las indirectas, por la fosa inguinal externa)

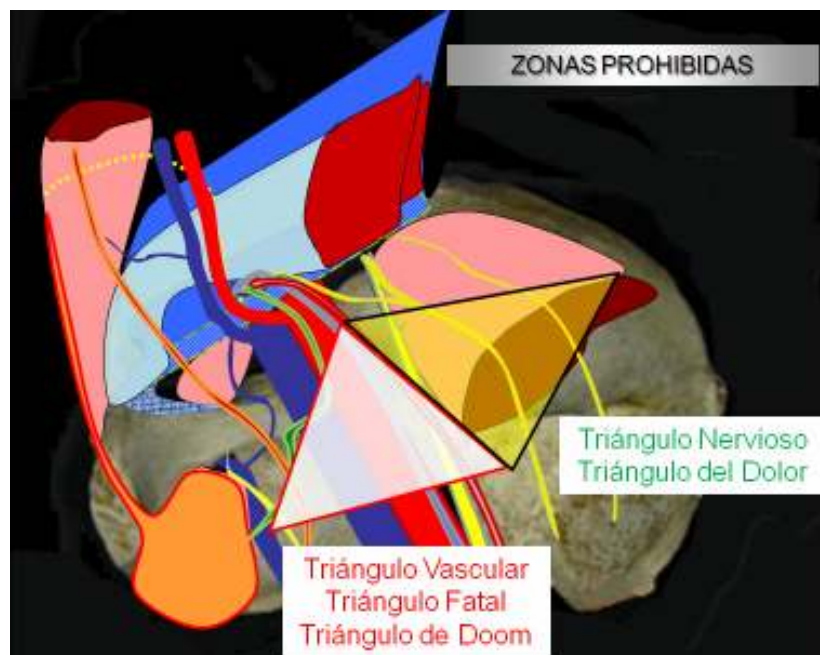


Además es importante reconocer otros reparos anatómicos de la zona en cuestión, tales como Cordón espermático en el hombre, con su componente deferencial y su componente vascular y el ligamento redondo en las mujeres; el tracto iliopúbico, reforzamiento de Fascia transversalis que cubre en su parte posterior al ligamento inguinal, el ligamento de Cooper; el orificio inguinal interno, los vasos de la región (Arterias y Venas Ilicas externas, Corona Mortis), los Nervios de la región (Femoral, Genitocrural con sus dos ramas, Femorocutáneo Lateral, Obturatriz), así como músculos y la Fascia transversalis con sus dependencias.





Es importante resaltar dos zonas que debemos identificar durante la cirugía de hernias por vía laparoscópica, a fin de evitar lesiones con consecuencias importantes (morbi-mortalidad), como son el llamado : **“Triángulo Vascular”** o **“Triángulo de Doom”** , limitado por el conducto deferente medialmente y los vasos deferenciales lateralmente conteniendo la vena y arteria iliaca externa; la otra zona es el llamado **“Triángulo Nervioso”** ó **“Triángulo del dolor”**, ubicado externamente al precedente, donde se encuentran parte del N. Femoral, el N. Genitocrural con sus ramas genital y crural, además del N. Femorocut;aneo lateral.



En relación a la técnica TAPP, se puede decir que, este abordaje jamás había sido descrito antes de la era laparoscópica y que este procedimiento permite la identificación de las estructuras anatómicas antes de la disección, lo que facilita la misma. Con esta técnica se ingresa a la cavidad abdominal y se crea el neumoperitoneo, para poder proseguir con el corte peritoneal y disección e identificación de las estructuras anatómicas implicadas en la hernia inguinal.

Esta, respeta los principios del procedimiento de Stoppa: a) Disección amplia del espacio preperitoneal y de la región músculo-pectínea b) Disección del saco herniario con parietalización del cordón espermático c) Colocación de una malla no absorbible grande de Polipropileno.

Con respecto a la TEP, es una técnica donde el espacio es reducido y consume mucha luz, es un espacio virtual, que el cirujano por disección genera y lo convierte en real, la anatomía es complicada y técnica más compleja. El cirujano debe generar un espacio de trabajo, para lo que disecciona en forma retromuscular con un balón disector la zona en cuestión, para poder evidenciar los reparos anatómicos y los componentes herniarios.

Dificultad del aprendizaje de la anatomía por ser una perspectiva diferente y a través de un sistema óptico y la falta de familiarización con la anatomía regional condiciona dificultad en la interpretación de la anatomía preperitoneal

La visión laparoscópica es un excelente medio para comprender y estudiar la anatomía de la región preperitoneal, ya que las estructuras se ven magnificadas, los planos se aprecian claramente definidos y mejor que en la cirugía preperitoneal abierta.

Dr. Carlos Caballero Degregori

Cirujano General

Coordinador General UDICL-UCLA

www.udicl.blogspot.com