



Hernia de pared abdominal deslizante: hallazgo en disección cadavérica

Sliding abdominal wall hernia: finding in cadaveric dissection

Luis Carlos León Zenteno^{1,a}, Danny Carlos Baldivieso Terán^{1,b}

Resumen

La hernia inguinal deslizante es un tipo raro de hernia inguinal en la que parte de un órgano intraabdominal, como el colon o la vejiga, se desliza hacia el canal inguinal, pero no está contenido en un saco herniario. En lugar de ser una hernia convencional, el órgano involucrado forma parte de la pared del saco herniario, lo que dificulta su diagnóstico. Los síntomas pueden ser similares a los de otras hernias inguinales, como dolor o malestar en la ingle, pero no siempre hay una masa palpable, sin embargo, en este hallazgo sí presentaba una masa visible en escroto izquierdo. El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen, como la tomografía o la resonancia magnética. El tratamiento es quirúrgico, con reducción del contenido herniado y reparación de la pared inguinal, usualmente con el uso de mallas para evitar recidivas. El pronóstico postoperatorio es favorable, aunque existe el riesgo de recurrencias.

Palabras claves: anatomía, hernia, intestino grueso, canal inguinal.

Abstract

Sliding inguinal hernia is a rare type of inguinal hernia in which part of an intra-abdominal organ, such as the colon or bladder, slides into the inguinal canal, but is not contained in a hernia sac. Instead of being a conventional hernia, the organ involved is part of the wall of the hernia sac, making it difficult to diagnose. The symptoms can be similar to those of other inguinal hernias, such as pain or discomfort in the groin, but there is not always a palpable mass, however, in this finding there was a visible mass in the left scrotum. Diagnosis is made using imaging techniques, such as tomography or magnetic resonance imaging. Treatment is surgical, with reduction of herniated contents and repair of the inguinal wall, usually with the use of meshes to prevent recurrences. The postoperative prognosis is favorable, although there is a risk of recurrences.

Keywords: anatomy, hernia, large intestine, inguinal canal.

Recibido el

21 de noviembre de 2024

Aceptado

03 de junio de 2025

¹Docente, Universidad Privada del Valle,
Cochabamba, Bolivia.

^a<https://orcid.org/0009-0007-5398-6298>

^b<https://orcid.org/0009-0005-1712-8638>

dbaldiviesot@univalle.edu

*Correspondencia:

Luis Carlos Leon Zenteno.

Correo electrónico:

lleon7802@gmail.com

DOI:

<https://doi.org/10.47993/gmb.v48i1.976>

Las hernias deslizantes son aquellas en las que una porción de víscera abdominal, como el colon, está adherida a la pared del saco herniario, y a menudo comparte su mesocolon con la pared posterior del peritoneo. Además del colon, otros órganos como la vejiga urinaria y los uréteres pueden estar involucrados¹.

El concepto de hernia deslizante se reconoce desde tiempos pre cristianos. Galeno, en el siglo II a.C., documentó la hernia por deslizamiento (H.P.D.)². A lo largo de la historia, varios médicos hicieron contribuciones importantes en la comprensión de este tipo de hernia. En 1732, Arnaud de Ronsil describió hernias deslizantes del ciego y consideró que estas no tenían saco peritoneal. Pott (1783) y Scarpa (1809) expandieron los conocimientos sobre la anatomía de las hernias deslizantes, y en 1887, Boiffin acuñó el término "hernia por deslizamiento"³.

Las hernias deslizantes representan entre el 0,2% y el 7% de las hernias inguinales, con una mayor prevalencia en varones⁴. La incidencia en niños es baja y tiene características distintas. En mujeres, especialmente en aquellas multíparas, las hernias deslizantes son raras⁵.

Cuadro Numero 1: frecuencia de las hernias de deslizamiento.

Autor	Año	Frecuencia
Barrow	1954	0,2%
RVA	1956	6,7%
Ponka	1966	7%
Zavaleta	1977	3%

Cuadro 1

Se observa una frecuencia entre 0,2% y 7% en la presentación de hernia deslizante⁵.

Puede distinguirse en la patogenia las siguientes presentaciones:

1. Traslación: El colon aparece como una víscera que puede llegar al saco herniario de forma espontánea o por adherencias con el intestino delgado o el epiplón.
2. Adhesión: Se refiere a la fijación del colon al saco herniario por bridas firmes o adherencias inflamatorias.
3. Deslizamiento: Implica una afección colocoparietal, en la que el colon se desliza sobre la pared del saco herniario⁵.

Aunque el diagnóstico definitivo se realiza durante la cirugía, algunas herramientas diagnósticas preoperatorias pueden ser útiles⁵:

- Radiografía de abdomen.
- Ultrasonido.
- Tomografía computarizada (TC).
- Resonancia magnética

En Bolivia, aunque la prevalencia exacta de las hernias deslizantes aún no está completamente documentada, algunos estudios nacionales de hernias abdominales indican que el porcentaje de hernias indirectas podría estar dentro del rango del 65% con predominio del lado derecho de las hernias inguinales operadas⁶. La patogenia de estas hernias se distingue por la forma en que el contenido se desliza dentro del saco herniario, lo que difiere de otros tipos de hernias, como las hernias por traslación⁷.

Las hernias deslizantes según Bendavid pueden clasificarse:

- Tipo I: Parte del saco peritoneal está formada por la pared de una víscera.
- Tipo II: El mesenterio de la víscera retroperitoneal forma parte del saco peritoneal.
- Tipo III: Según Bendavid, en las que la hernia deslizante consiste en una protrusión de una víscera en sí, y el saco peritoneal es muy pequeño o incluso ausente. Este tipo de hernia es extremadamente rara y representa solo el 0,01 % de todas las hernias. En nuestra serie no hemos visto esta variante de hernia deslizante⁸.

Los hallazgos clínicos de las hernias deslizantes pueden incluir dolor, dilatación, abultamiento, y en casos más complejos, hematuria o hidronefrosis. La sospecha de hernia deslizante aumenta con una evolución prolongada de los síntomas⁹.

El tratamiento para las hernias deslizantes es exclusivamente quirúrgico. El procedimiento más utilizado es la técnica de Lichtenstein, que consiste en el uso de mallas prostéticas para reparar la hernia sin alterar la anatomía normal del paciente. Este tipo de cirugía es eficaz para prevenir recurrencias, ya que las mallas proporcionan soporte adicional a la pared abdominal.



Figura 1: Engrosamiento de la región escrotal izquierda



Figura 2: Colon sigmoidees adherido a la túnica vaginal, obsérvese también los apéndices epiploicos y mesosigmoidees

Presentación de caso

Durante el proceso de exploración externa de cadáver seleccionado para disección anatómica de sexo masculino de aproximadamente 40 años de edad, 1,65 cm de altura medido con cinta métrica y un peso aproximado de 75 Kg, en la sala de anfiteatro del departamento de morfología de la Universidad Privada del Valle sede Cochabamba nos percatamos de un aumento de volumen a nivel inguino escrotal del lado izquierdo de 20 cm de longitud y 12 cm de ancho, de características herniarias, por lo cual se procedió a realizar la disección bajo los siguientes detalles: (figura 1,2)

1. Incisión longitudinal siguiendo el rafe escrotal y apertura mediante bisagra hacia el lado izquierdo.
2. Se separaron las capas del escroto: (obsérvese figura 3)
 - Piel o escroto
 - Túnica Dartos
 - Fascia espermática externa (Cooper)
 - Fascia cremastérica
 - Fascia espermática interna
 - Túnica vaginal con sus hojas parietal y visceral

Terminado los cortes de disección descritos se observó: (figura 2, 3)

- La presencia de una malla fibrosada a nivel del anillo inguinal profundo.
- Anillo herniario de 5cm de ancho.
- Presencia de colon sigmoides (20 cm de longitud) con su mesocolon adherido al saco herniario.
- Testículo atrofiado de 2cm × 2cm.
- Anatomía de los elementos de cordón espermático distorsionados (conducto deferente recorriendo fascia espermática interna).
- la presencia de una parte del colon sigmoides firmemente adherido a la túnica vaginal

Discusión

La hernia deslizante, una entidad de baja prevalencia (0,2%-7%), es predominantemente observada en varones adultos mayores, tal como lo demuestra nuestra disección cadavérica, que coincide con los reportes previos que enfatizan una mayor incidencia en esta población⁵. Este fenómeno, prevalente en las zonas de transición entre el colon fijo y libre, particularmente en el colon sigmoides, respalda la clasificación morfológica de hernias deslizantes que caracteriza su contenido como predominantemente colónico, tal como se estipula en la obra de Valls (1963)³.



Figura 3:

Pieza anatómica pintada con fines didácticos donde se observa:

1. Túnica dartos
2. Fascia espermática externa.
3. Fascia cremastérica
4. Fascia espermática interna
5. Túnica vaginal
6. Conducto deferente
7. Testículo
8. Meso sigmoides
9. Arterias sigmoideas

La hernia inguinal deslizante es un hallazgo poco frecuente. El riesgo de lesión del órgano deslizante es mínimo. Si se utiliza la técnica sin tensión, el riesgo de recurrencia es similar al de los pacientes con hernia inguinal no deslizante⁷. La rehabilitación posoperatoria es en dependencia de la magnitud de La intervención quirúrgica, en dependencia de la labor que desempeñe el operado¹⁰.

En conclusión, existe una baja prevalencia de las hernias deslizantes en la población boliviana, reafirmando la necesidad de un enfoque quirúrgico preciso y un diagnóstico temprano para evitar complicaciones. La literatura revisada refuerza la eficacia de las técnicas actuales y subraya la importancia de continuar con estudios que optimicen el diagnóstico preoperatorio y evalúen las innovaciones tecnológicas en el tratamiento quirúrgico de estas hernias complejas.

Conflicto de intereses

No

Uso de inteligencia artificial

Los autores declara no haber incorporado ningún resultado de IA.

Referencias bibliográficas

1. Turner A, Subramanian P. Ureteroinguinal hernia: A rare general surgery phenomenon. *Cureus* [Internet]. 2021;13(12):e20586. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.20586>
2. Gilardoni F. Hernia Inguinal por Deslizamiento de Colon. *Correlato*. 2020 Mar. Disponible en: <https://www.correlato.com>
3. Valls A. Hernias por Deslizamiento del Colon. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*. 1963 May. Disponible en: <https://www.sociedaddesurgery.org>
4. García Galocha R, Peña Soria A, Santos Arrontes A, Sáez Carlin I, Sánchez del Pueblo I, Cabeza Gómez I, Muñoz Rivas A, Torres García F. Ureterohidronefrosis Izquierda Secundaria a Hernia por Deslizamiento con Incarceración de Uréter en Hernia Inguinal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2019 Apr. Disponible en: <https://www.hernia.org>
5. Croci R, Suiffet A, Fabio L, Walter G. Hernias de Intestino Grueso. *Sociedad de Cirugía del Uruguay*. 1983 Nov. Disponible en: <https://www.sociedaddesurgery.org>
6. Valeria Böhr T análisis de las técnicas de anson mcvey y malla de marlex en el tratamiento de hernias inguinales. *Revistas bolivianas*. 2005 Disponible en: http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762005000100006&lng=es&nrm=iso
7. Luis carrillo, silvia perez,katherin Garofalo. Hernias de pared abdominal: diagnostic y tratamiento-una revision narrative. Disponible en: <https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i1.715>
8. Andrzej L. Jorge Moran, Rehan Kasi: Hernias inguinales deslizantes vol 10, 2012, pag 206-208. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2012.03.002>
9. Croci R, Suiffet A, Fabio L, Walter G. Hernias de Intestino Grueso. *Sociedad de Cirugía del Uruguay*. 1983 Nov. Disponible en: <https://www.sociedaddesurgery.org>
10. Jorge Abraham Arap, Temas de actualización del Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en cirugía general, rev cubana , jun 2009. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200010