

# Tratamiento quirúrgico de las hernias isquiáticas

**J. H. Alexandre**

**J. L. Bouillot**

**N. Dehni**

Las hernias isquiáticas se caracterizan por el paso de un saco por la escotadura isquiática mayor, que llega más o menos lejos en la nalga o la fosa isquiorrectal. Son las hernias más infrecuentes: se han publicado alrededor de 100 casos con denominaciones a veces diferentes: *hernias glúteas* o *hernias ciáticas*.

## Reseña anatómica

La escotadura ciática, situada entre el borde posteroexterno del hueso ilíaco y el ligamento sacrociático mayor, está dividida en dos por el ligamento sacrociático menor. La parte superior está dividida, a su vez, en dos compartimientos, por el paso del músculo piramidal, que se dirige a la nalga para insertarse en el trocánter. Se delimitan dos canales (Rouvière), supra e infrapiramidales, que permiten el paso posible de hernias. El orificio suprapiramidal, seguido por el pedículo glúteo, es el que ocupa con más frecuencia la hernia que lo rechaza hacia dentro; la vía infrapiramidal es más rara (figs. 1, 2). Los cuellos de las hernias están próximos a las raíces del plexo sacro, lo cual comporta un riesgo de compresión, sobre todo de L1 y L2, y de los vasos glúteos mayores que pueden hacer que el abordaje quirúrgico sea hemorrágico.

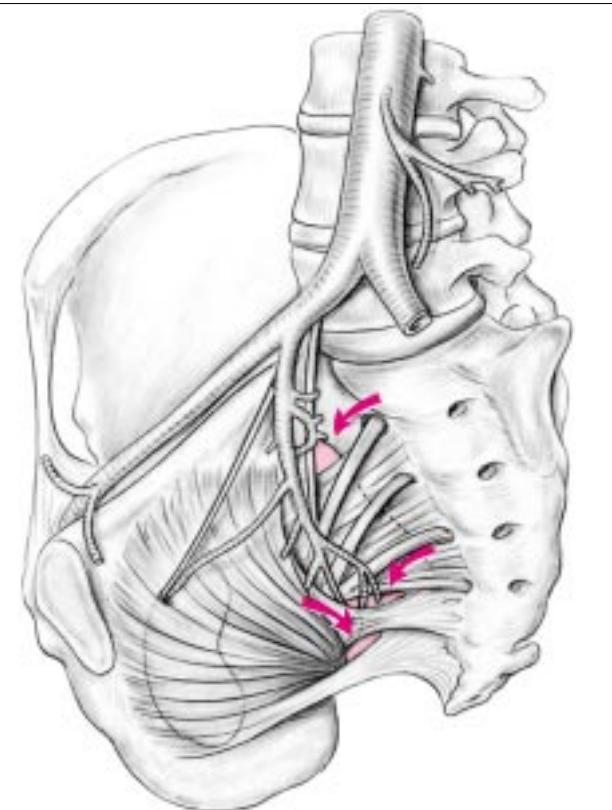
Más abajo, el músculo obturador interno entra en la escotadura ciática menor y se dirige también hacia la nalga y el trocánter. Las hernias de la escotadura ciática menor transcurren por un orificio que se sitúa entre los dos ligamentos sacrociáticos, y son realmente excepcionales.

Jean-Henri ALEXANDRE: Chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur des Universités.

Jean-Luc BOUILLOT: Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Nidal DEHNI: Chef de clinique-assistant des hôpitaux de Paris.

Hôpital Broussais, service de chirurgie générale et digestive, 96, rue Didot, 75014 Paris.



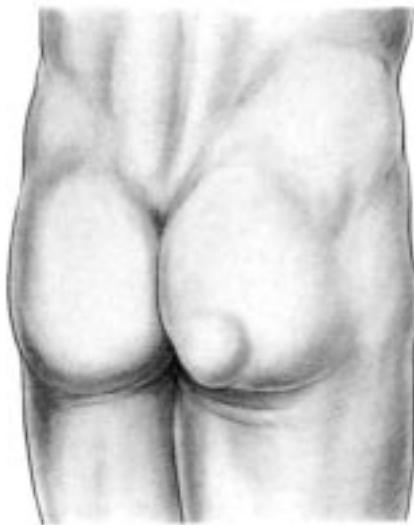
1 Orificios supra e infrapiramidales de las hernias isquiáticas. Obsérvense las relaciones de proximidad con el plexo sacro.

## Reseña clínica

Rara vez se publican series de estas hernias; cada autor describe entre 1 y 40 casos; no se ha publicado ningún caso entre las 30 000 herniorrafias inventariadas en 1978 en la Mayo Clinic. Es de destacar el predominio del sexo femenino y la posible aparición entre los 20 y los 60 años de edad. Se han descrito dos cuadros clínicos.

— Un síndrome oclusivo, que no puede distinguirse de cualquier otra oclusión de intestino delgado y que obliga a practicar una laparotomía. Se han descrito signos orientadores, como las ciatalgias y las alteraciones urinarias. Aún es

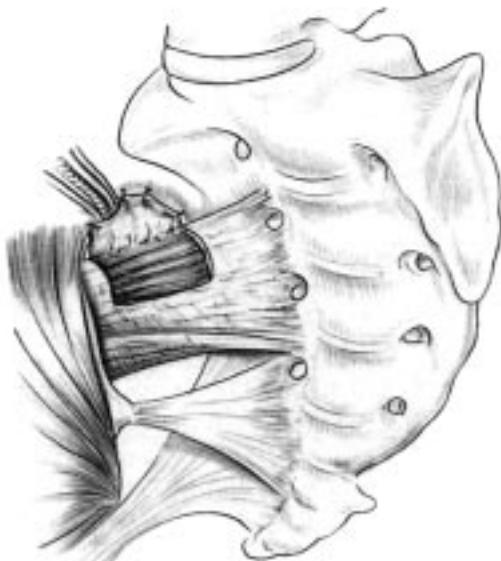
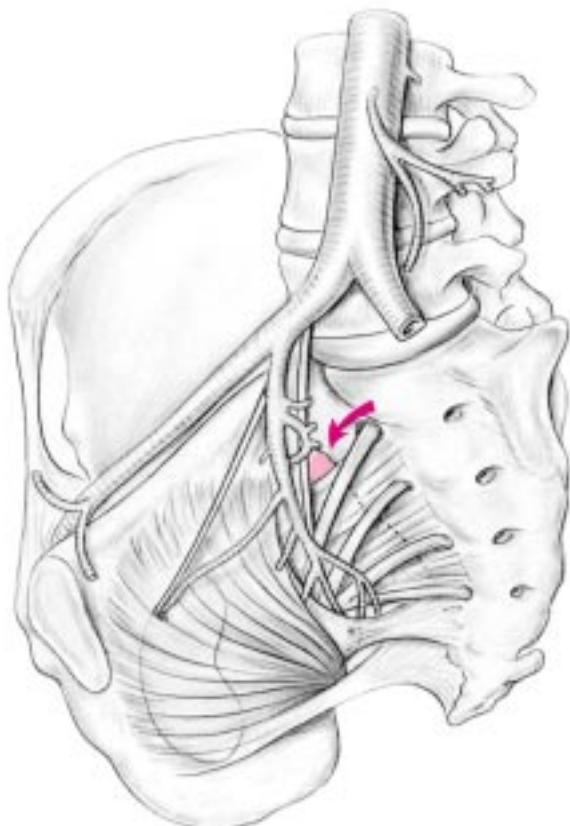
más específica la presencia de una tumefacción en la nalga, tensa, irreducible, y que a veces se explora preoperatoriamente mediante ecografía.



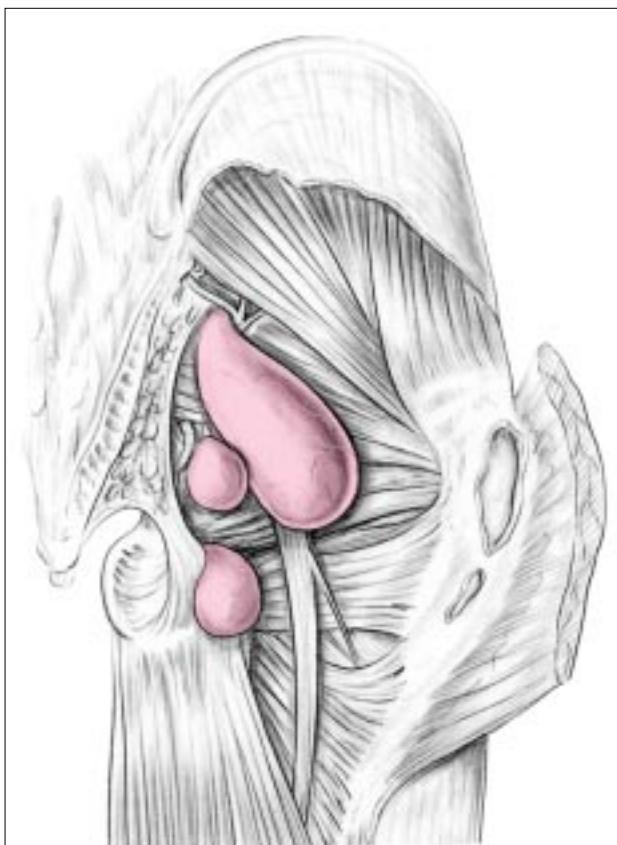
2 Aspecto clínico de una hernia isquiática que se exterioriza en la nalga.



4 Colocación de una prótesis aplicada por dentro de los vasos hipogástricos y del plexo crural. La prótesis se sutura en la periferia de los órganos nobles, obturando los orificios herniarios.



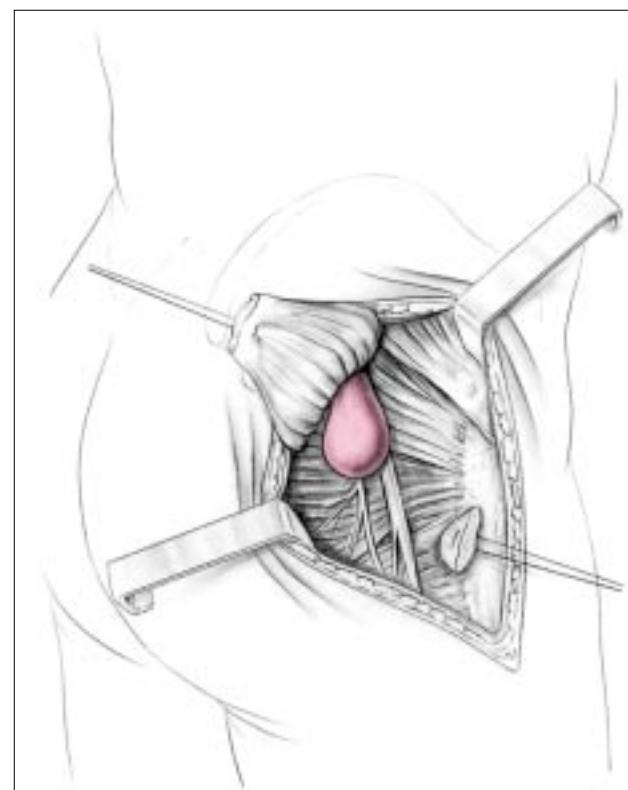
3 Cierre de un orificio suprapiramidal con la ayuda de una aponeurosis piramidal.



5 Esquema de las hernias isquiáticas exteriorizadas en la región glútea. Un saco grande suprapiramidal y dos sacos pequeños, uno por encima del ligamento sacrociático menor y el otro entre los dos ligamentos sacrociáticos.



6 Abordaje quirúrgico por vía posterior. Incisión.



7 Vía posterior. Desinserción del glúteo mayor. Tras la resección del saco se vuelven a aproximar los músculos.

## Tratamiento quirúrgico [1, 2, 3, 4, 5]

Las circunstancias de cada caso son las que imponen la vía de abordaje a utilizar.

### Vía media

En el contexto de una oclusión, es necesario utilizar una vía media abdominal.

El seguimiento del intestino permite descubrir detrás del ligamento ancho la entrada del intestino en un saco herniario. La reducción del contenido suele ser fácil mediante una tracción suave, puesto que el orificio es bastante grande.

En caso de hernia estrangulada, la reducción puede resultar difícil y la tracción suave puede ser ineficaz. Puede efectuarse una ampliación del orificio mediante una incisión (con precaución) en el músculo piramidal.

Dentro del saco puede hallarse colon, un ovario, epiplón, un uréter o un divertículo de Meckel.

La reparación del orificio por esta vía pélvica se realiza mediante una inversión del saco, plicatura sobre sí mismo y obturación del orificio mediante tejido adiposo [6].

También se ha propuesto cerrar el orificio mediante un colgajo de aponeurosis del músculo piramidal, teniendo cuidado de no lesionar las ramas que forman el plexo. Sin embargo, esta aponeurosis es bastante fina y la intervención es difícil y aleatoria. Por este motivo se ha pensado en el empleo de un material sintético, o bien de tipo «tapón»,

según el método de Lichtenstein para los orificios inguinales, o bien mediante la aplicación de una prótesis (malla de dacrón) como se ha propuesto en otras situaciones (figs. 3, 4).

### Vía posterior

Esta vía transglútea se utiliza en un contexto diferente, en intervenciones programadas y a veces de manera asociada a la vía antes citada (figs. 5, 6 y 7).

La incisión se inicia 2 cm por debajo de la espina ilíaca posterosuperior y se extiende oblicuamente hasta el trocánter mayor, siguiendo luego en un segmento vertical en la parte superior de la zona media del muslo. Se desinserta el músculo glúteo mayor de sus inserciones femorales y se eleva por dentro. De esta forma se exponen los espacios supra e infrapiramidales y, por tanto, el saco herniario. Con esta vía de abordaje, si no hay estrangulación ni oclusión, puede disecarse el saco para rechazarlo en su totalidad hacia el interior de la pelvis, «girando» el saco.

El orificio se cierra mediante sutura del músculo piramidal al glúteo medio, respetando el paquete vasculonervioso. También se ha utilizado una aproximación del piramidal al ligamento sacrociático menor (en caso de hernia ciática inferior).

Si no es necesario, no es aconsejable abordar el saco por esta vía posterior, puesto que se trata de un abordaje que altera bastante las estructuras.

### Resultados

La evaluación de los resultados basándose en casos aislados resulta muy difícil. Watson ha descrito una serie de 35 casos [6], de los que sólo 10 fueron operados y 8 se descubrieron en autopsias. Aparentemente la vía abdominal es la preferible, mientras que el abordaje posterior estará indicado en caso de reducción visceral difícil.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: ALEXANDRE J H, BOUILLOT J L et DEHNI N. – Traitement chirurgical des hernies ischiatiques. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-156, 1994, 4 p.

### Bibliografía

- [1] BLACK S. Sciatic hernia. In : Hernia (4th edit). JB Lippincott. Philadelphia, Toronto. 1995 ; pp 440-448
- [2] BREHANT J, PINET F, LECA A, GARCHON G. Hernie ischiatique. Chirurgie 1960 ; 86 : 937-940
- [3] GAFFEY LB, SCHANNO JF. Sciatic hernia ; a case of congenital occurrence. Am J Surg 1958 ; 95 : 974-975
- [4] PISSAS A. Rupture du grêle après traumatisme sur hernie fessière de type particulier. J Chir 1982 ; 119 : 361-362
- [5] SADEK HM, KISS DR, VASCONCELOS E. Sciatic hernia caused by a neurofibroma. Surgical repair with a stainless steel wire mesh. Int Surg 1950 ; 5 : 135-137
- [6] WATSON LF. Hernia. CV Mosby. St Louis. 1948 ; pp 476-486