

Facultad de Medicina de Barcelona
Servicio de Cirugía del Prof. Dr. J. Trias Pujol

HERNIAS DEL DOUGLAS

por el doctor

FRANCISCO SALAMERO CASTILLÓN

Profesor ayudante de la Cátedra de operaciones

Las hernias perineales constituyen una afección extremadamente rara y mucho más en el hombre. En la mujer es más fácil observar algún caso, pero de todas formas siempre constituyen observaciones excepcionales.

Las hernias perineales fueron estudiadas principalmente por SCARPA quien publicó en 1823 una memoria en *Archives de Medecine*. En 1838, COOPER diferenció las hernias perineales de las hernias del fondo de saco de Douglas.

Las hernias perineales, tanto en el hombre como en la mujer, tienen caracteres comunes al producirse. Salen del abdomen por el fondo de saco de Douglas después de atravesar el diafragma pelviano; por eso

peritoneo parietal, que se extiende más hacia abajo de lo normal, principalmente a nivel del fondo de saco posterior.

La cara posterior del útero está cubierta por el peritoneo, lo mismo que la cara anterior. Antes de reflejarse la serosa de delante atrás y de abajo arriba sobre la cara anterior del recto, forma el fondo de saco posterior.

Este fondo de Douglas está dividido en dos pisos por el repliegue que forman los ligamentos útero-sacros. El piso superior constituye el cavum retro-uterino; el piso inferior constituye el fondo de Douglas propiamente dicho.

En el adulto, el fondo de Douglas constituye el

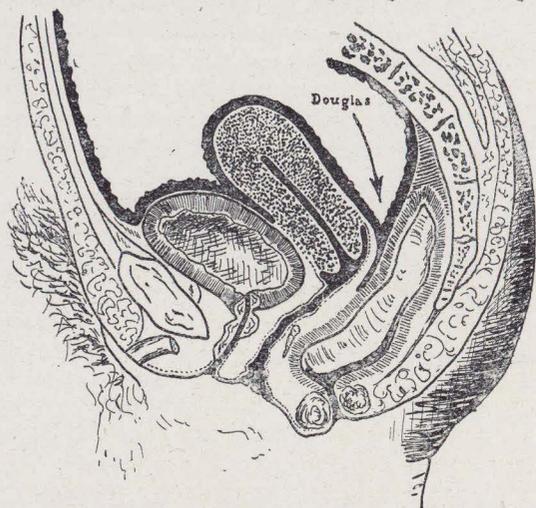


Fig. 1
Anatomía normal.

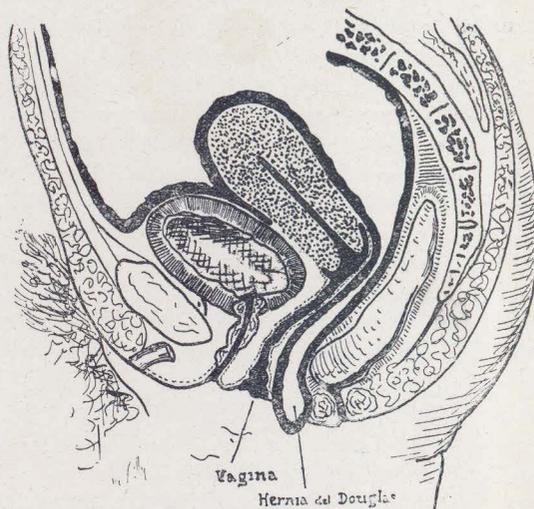


Fig. 2

han recibido las dos denominaciones: hernias a través del diafragma pelviano (BOCCARD), y hernias del fondo de saco de Douglas.

En el hombre no comprende más que un solo grupo: hernias perineales propiamente dichas.

En la mujer se distinguen: 1.º Hernia del gran labio, homóloga de la hernia perineal del hombre. 2.º Hernia retro-uterina o del Douglas que, según forme prominencia en la vagina o en el recto, se llamará *elitrocele* o *hidrocele*.

ETIOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La causa principal de las hernias perineales, según las investigaciones de EBNER, es una anomalía del

punto más declive de la cavidad abdómino-pelviana.

En el feto, llega hasta a estar en contacto con los planos superficiales del periné: en seguida disminuye de profundidad gracias al proceso de coalescencia que da por resultado la obliteración de su parte inferior. Según CUNEO y VEAU, la aponeurosis prostato-peritoneal no sería más que esta porción interprostato-peritoneal del fondo de saco de Douglas del feto, cuya cavidad se habría obliterado en el curso del desarrollo por la soldadura de las dos hojillas y tendría la misma significación que otras hojillas fibrosas (hojilla de TOLD, lámina de TREITZ). MARCHAND ha llamado la atención sobre esta disposición del fondo de saco de Douglas en la patogenia de ciertos prolapsos

rectales que se producen en sujetos cuyo periné es resistente.

También se explica por esta disposición la manera de producirse ciertas retro-flexiones de ciertos prolapsos uterinos, sobre todo, de los que aparecen en las mujeres cuyo periné es sólido y resistente (vírgenes).

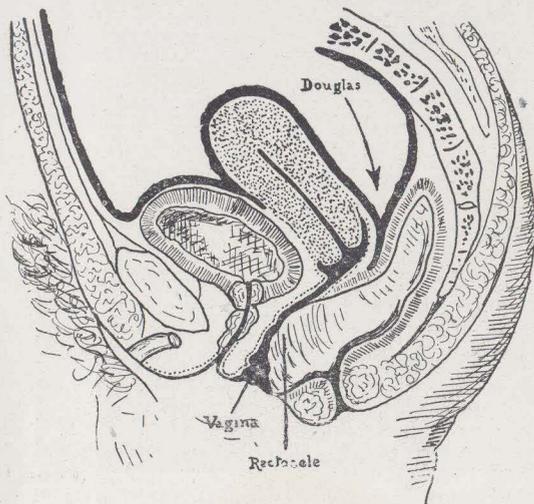


Fig. 3

Sin embargo, hay que hacer notar aquellos casos en que el útero en su descenso arrastra el fondo de saco posterior, produciendo un alargamiento por un mecanismo muy diferente de los casos en que no hay prolapso.

EBNER ha estudiado estas anomalías peritoneales en 60 cadáveres, y en 25 casos ha encontrado que existían hendiduras entre los músculos coxígeos e isquio-coxígeos. Estas hendiduras, qué duda cabe, pueden producir hernias, pero desde luego juegan un papel etiológico inferior al de las anomalías peritoneales.

En 40 casos de hernias a través del fondo de la pelvis, recopilados por MACREADY, seis casos se presentaron en hombres y treinta y cuatro en mujeres. El contenido del saco era intestino, vejiga y recto.

FAURE y SIDEREY lo explican así: el peritoneo invariablemente fijado al útero desciende con él. El fondo de saco vésico-uterino que se detiene a nivel del istmo, resta siempre alargamiento al fondo de saco anterior tanto más alargado cuando el útero ha sufrido un descenso notable. Pero el fondo de saco de Douglas que llega normalmente hasta la pared vaginal posterior, arrastra en el descenso de la vagina y del útero insinuándose en la masa prolapsada entre la pared posterior del útero descendido y la cara correspondiente de la vagina y del recto. Lo más frecuente es que este fondo de saco peritoneal continúe vacío. Pero las asas intestinales, por fin, y bajo la influencia de la presión abdominal, agrandan el espacio, constituyendo, por fin, una verdadera hernia susceptible de estrangularse y que puede, en todos los casos, provocar accidentes para la curación de ciertos prolapsos inveterados.

Estos enterocéles vaginales posteriores se observan alguna vez, todo lo contrario de los enterocéles anteriores que, por la disposición del peritoneo anterior del útero, son excepcionales.

Es la profundidad del saco de Douglas, ha dicho PATEL y JAUBOULAY, la causa de estas hernias. Si el intestino desciende hasta el fondo de saco posterior, aumentando así de dimensión, puede el intestino descender con él hasta el tejido celular vecino, bajo la influencia de los esfuerzos.

KANINZ y SECHLESINGER, han mostrado que este tejido celular se continúa con el tejido celular de la excavación pelviana y se insinúa en el tabique recto-vaginal. En su espesor pueden entonces desarrollarse lipomas que intervienen en el descenso del fondo de saco-peritoneal.

Anatómicamente, BERGER distingue dos formas: unas, pediculadas, con un orificio peritoneal más o menos estrecho, por el cual se abocan al fondo de Douglas. Estos deben ser tratados como una verdadera operación de cura radical. Las otras están constituidas por toda la pared vaginal posterior, rechazada hacia adelante por el intestino que desciende hasta el Douglas anormalmente desarrollado.

En cuanto a los síntomas, bien sean tumores vulvares o vaginales, sesiles o pediculados, son casi siempre reductibles. En los casos de prolapsos, el tacto vaginal y rectal, combinados, evitarán toda confusión. Finalmente, cuando el tumor sale por la vulva, la percusión es timpánica y la reducción se acompaña de gorgoteo (como uno de nuestros casos), desecha toda clase de dudas.

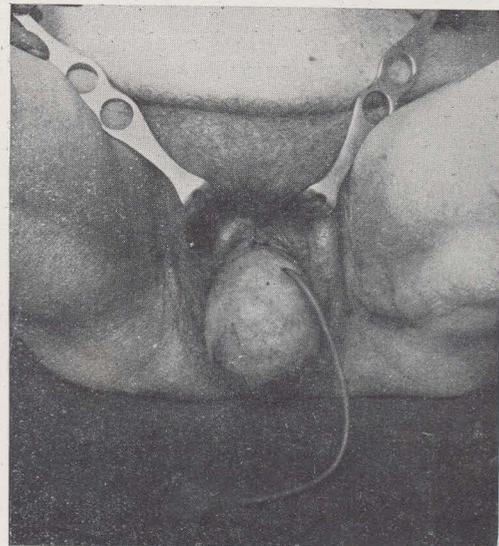


Fig. 4

En caso de hernias pediculadas puede confundirse con un pólipo vaginal.

Todas estas consideraciones sobre patogenia, nos dicen claramente el papel preponderante que ejerce el peritoneo y que, además, los descensos del útero van casi siempre ligados a esas anomalías que en-

contramos de fondo de saco de Douglas. Por tanto, hay que saber distinguir en todos los casos cuáles serán las congénitas y las que no sean más que una complicación o asociación a un prolapso vulgar.

TRATAMIENTO.

El tratamiento por medio de bragueros y pesarios, sólo tendrá indicación en algunos casos en que por la edad avanzada de la enferma, obesidad, etc., no permita la operación.

Tratamiento operatorio: Dos vías pueden seguirse: perineal y abdominal.

Vía perineal (PATEL).

El procedimiento ideal será tratar el elitrocele como una hernia ordinaria.

Pero hay que distinguir dos casos: 1.º Cuando el saco es poco visible, es decir, pequeño y no está ocupado; entonces bastará rechazar este saco y suturar el plano perineal (colpoperineorrafia).

2.º Cuando el saco está ocupado: abertura del mismo, reducción del intestino, sutura lo más alto y resección.

Si el saco no está ocupado, pero tiene regulares proporciones, se reseca igualmente. Se termina la operación en ambos casos con una colpoperineorrafia.

Cuando coexiste un prolapso, el tratamiento es más complicado y debe inspirarse según sea la forma de éste y según sean las lesiones en cada caso.

VÍA ABDOMINAL.

La sutura del espacio de Douglas fué primeramente practicada por WITZEL.

Técnica PELS LEUSOLEU.—Se coloca al enfermo en posición de TRENDELENBURG, muy acentuada, y se reduce el prolapso. Se despega la cubierta peritoneal de la cara anterior del colon pélvico y de la cara posterior de la vejiga o del útero en una abertura de seis centímetros hasta el fondo de saco posterior, y tras ello se cierra completamente con una serie de suturas dispuestas en diferentes planos.



Fig. 5

Procedimiento GAILLIARD TOMAS: Laparatomía media, buscar el saco, invertirlo en forma de dedo de guante y suturarlo a la pared.

Procedimiento MARION: Este autor ha propuesto y aplicado a las vírgenes afectas de prolapso de la

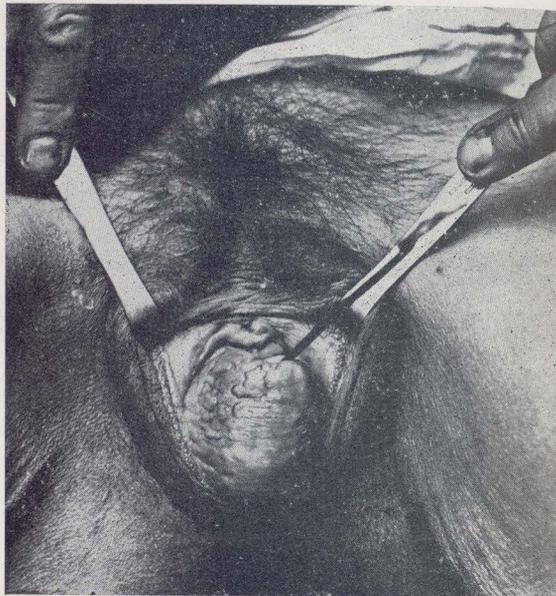


Fig. 6

pared posterior de vagina que salen a través del himen, lo mismo que en los demás enfermos, un procedimiento particular. Este procedimiento consiste en la supresión del fondo de saco de Douglas por medio de suturas apropiadas.

Abierto el abdomen se pasan sucesivamente varios hilos en bolsa bajo el peritoneo del fondo de Douglas. Para colocar estos hilos se coge el fondo de Douglas con una pinza, y tirando hacia arriba, se coloca todo alrededor de un hilo sub-peritoneal que es después *l'enveloppement* de la pinza.

Cuatro hilos son así colocados. Esta operación realiza el pliegue de la pared vaginal posterior y de la cara posterior del fondo en la cara anterior del recto.

Es evidente que la supresión del Douglas se opone a que las asas descendan hasta el periné bajo la presión abdominal y suprime, al mismo tiempo, esta hernia vaginal que es la consecuencia y que resulta una gran mejora.

Esta operación ingeniosa parece por su poca gravedad inmejorable, teniendo en cuenta las lesiones que tiende a curar.

Procedimientos abdominales combinados a otras operaciones.

Es indudable que no todos los casos descritos basta uno de los procedimientos y requiere además la asociación de otros métodos. Así, unas veces nos serviremos de ligamentopexias; otras veces, de histeropexias.

Presentamos dos historias clínicas muy demostrativas. Una enferma con hernia del Douglas y quiste

de ovario, en la cual, después de extirpado éste y del cierre del Douglas, se practicó una histero-pexia.

Otro caso: una enferma con hernia del Douglas y mioma uterino, en la cual se hizo una histerectomía sub-total-sutura del Douglas y sutura de los ligamentos anchos al muñón cervical.

Obliteración del fondo de saco por vía abdominal, con plástica de vagina y reconstrucción del periné.

Numerosos son los casos en que después de la sutura del Douglas por vía abdominal, de la histero-pexia, ligamentopexia, queda una operación por practicar, y ésta es la de la pared vaginal posterior que continúa prolapsada. En estos casos, casi siempre es preferible dejar la intervención vaginal para un segundo tiempo. En cuanto a la técnica a seguir, como se comprende, no será más operación que una colpoperineorrafia.

Como conclusión, creemos se debe insistir sobre el criterio a seguir con respecto a la vía abdominal.

Nosotros somos partidarios de que, a pesar de las grandes ventajas de la vía abdominal, que sólo está justificado practicar una laparatomía cuando coexisten lesiones anexiales o uterinas, que ya de por sí justifiquen la abertura del vientre; los demás casos serán intervenidos, con asas o sin ellas, dentro del saco por vía perineal.

En las hernias asociadas a un prolapso del recto, se recomienda la operación de MICKULICZ, o sea la resección de la porción prolapsada del recto y sutura del extremo proximal al ano.

Historia clínica n.º 1.—F. R., natural de Puigreig, 46 años, viuda.

Ingresó el 30 de noviembre de 1922.

Alta: el 27 de diciembre de 1928.

Padre murió de viruela. Madre de tétanos.

Antecedentes personales: Fiebre tifoidea a los 35 años. Primera menstruación a los 17 años, tipo 4/30. Casó a los 23 años. Los partos normales. Pocos días después del primer parto apareció un prolapso genital que trató durante muchos con un pesario.

Enfermedad actual: Hace un año presenta abundante leucorrea y desde hace 3 ó 4 meses nota que los períodos menstruales son más copiosos y nota el abdomen abultado. No presenta otras molestias que algunos dolores en la región lumbar.

Exploración: Por palpación se encuentra una tumoración del tamaño de una cabeza de feto, movable en todas direcciones, de consistencia dura, e igual en todas sus partes de superficie regular y que ocupa el hipogastrio y región umbilical.

El tacto vaginal combinado demuestra la solidaridad del tumor con el útero que se mueve, siguiendo el cuello los movimientos imprimidos al tumor. Existe, además, colpocele. Presenta, además, una hernia inguinal del lado derecho.

Diagnóstico: Fibro-mioma.

Hoja operatoria.—Diagnóstico operatorio: Fibro-mioma del tamaño de una cabeza de feto. Fondo de saco de Douglas muy alargado y ancho. Asas delgadas en su cavidad.

Procedimiento empleado: Histerectomía subtotal. Cierre del Douglas por sutura del recto al cuello del útero. Sutura de los ligamentos anchos al muñón del cuello.

Historia clínica n.º 2.—S. C., de 74 años, viuda, natural de Puerto de la Selva, domiciliada actualmente en Perpignan.

Ingresó el 24 de noviembre de 1928.

Alta: el 13 de enero de 1929.

Historia genital: Primera menstruación a los 15 años, tipo 27/3. Casó a los 24 años. Partos, 4 a término; lactancia materna, a los 4. Siempre ha tenido buena salud. Hace 9 años empezó a notar una sensación de peso en el bajo vientre, acompañada de dolores, que se irradian hasta la región lumbo-sacra.

Hace 3 ó 4 años se dió cuenta de que por sus genitales salía un flujo sero-hemático que manchaba sus ropas. Desde hace 4 meses se da cuenta de que el vientre se pone duro y aumenta de volumen.

Exploración: Por palpación se aprecia una tumoración grande que llena todo el abdomen; dicha tumoración es dura y algo movable. La percusión es mate en el centro y algo timpánica en los vacíos, y no se modifica al cambiar la enferma de posición.

En la vulva se aprecia una tumoración que ocupa la pared vaginal posterior; esta tumoración arrastra ligeramente el útero.

Este tumor, a la percusión, es claramente timpánico, y al reducirlo se percibe gorgoteo. Existen dos ulceraciones en esta masa prolapsada.

Diagnóstico: Quiste de ovario y hernia del Douglas.

Hoja operatoria.—Diagnóstico operatorio: Quiste de ovario muy voluminoso, pesando unos 7 kg., sin adherencias.

El fondo de saco de Douglas presenta una anchura del diámetro de una moneda de cinco pesetas, y que se continúa con un divertículo que llega hasta la vulva. Se encuentra en este fondo de saco asas delgadas que se reducen con gran facilidad.

Procedimientos empleados.—Extirpación del quiste de ovario, previa punción, y resección del pedículo que corresponde al lado izquierdo.

Tratamiento de la hernia: Se reducen las asas, sutura del orificio mediante el procedimiento de MARION.

Histero-pexia a la pared abdominal.

En cuanto a los casos operados por vía perineal, lo mismo que la descripción de las historias clínicas correspondientes, por ser numerosas y por ser de práctica corriente, nos parece tienen poco interés.

BIBLIOGRAFIA

- JABOULAY y PATEL.—Hernias Perineales. Pág. 376. 1908.
 MOSCHOWITZ.—Hernia perineal. *Surgery Gynecology and Obstetrics*. Tomo XXVI, pág. 514. 1918.
 STOEKEL.—Tratado de Ginecología. Enterocelos vaginales; pág. 298.
 PELS LEUSDEN.—Tratado de Operaciones. Sutura del espacio de Douglas; pág. 788.
 KEEN.—Hernias Perineales. Tomo IV; pág. 102.
 FAURE et SIDEREY.—Tratado de Ginecología; pág. 456.
 KÖHLER (Viena).—Un caso de hernia del Douglas. 1928. Referate del *Journal de chirurgie*; pág. 604. 1928.

RESUME

Les hernies périneales sont extrêmement rares; de là l'intérêt des deux cas apportés par l'Auteur et soigneusement étudiés, surtout sous le point de vue opératoire.

SUMMARY

Perineal hernias are extremely rare and hence the interest of the two cases presented by the author, carefully studied, particularly from the operative point of view.

AUSZUG

Dammbrueche sind aeuusserst selten und deswegen sind die beiden vom Verfasser gebrachten Faelle sehr interessant, besonders da sie genauest vom Standpunkt des Operateurs studiert worden sind.