

SUPURACIÓN EN EL ESPACIO RETROINGUINAL: CORRELATO ANATOMOCLÍNICO.

Suppuration into the Retroinguinal Space: Clinical Anatomy Correlation.

RICHARDS, TOMÁS & LOREFICE, CELESTE.

Unidad de Anatomía Quirúrgica (UAQ). Primera Cátedra de Anatomía.
Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

E-Mail de Contacto: richards_tomas@hotmail.com

Recibido: 01 – 04 – 2014

Aceptado: 22 – 05 – 2014



Tomás Richards

Revista Argentina de Anatomía Online 2014, Vol. 5, Nº 2, pp. 67 – 70.

Resumen

El espacio retroinguinal (ERI) descrito en 1823 por Jean Annet Bogros (1786-1823), es un área topográfica extraperitoneal situada en la región iliaca. Normalmente está constituido por tejido celulo-adiposo laxo, pero en condiciones patológicas puede ser asiento de múltiples colecciones. Se llevó a cabo la disección de un cadáver adulto masculino formolizado, donde se mostró el ERI, sus relaciones y comunicaciones. Se expuso un caso clínico acerca de una colección purulenta ubicada en el ERI. Se realizó el correlato anátomo-clínico, utilizando material cadavérico e imágenes tomográficas.

Palabras claves: espacio retroinguinal, espacio de bogros, espacio preperitoneal, colecciones retroperitoneales.

Abstract

The retroinguinal space (RIS) described in 1823 by Jean Annet Bogros (1786-1823), is an extraperitoneal topographic area placed in the iliac region. Normally, it is constituted by lax adipose tissue but in pathological conditions it can provide a place for multiple collections. A dissection of a formalized adult male cadaver was carried out. The RIS, its relations and communications were shown. A clinical case about a purulent collection located in the RIS was exposed. The clinical anatomy correlation was performed, using cadaveric material and tomographic images.

Key words: Retroinguinal space, Space of Bogros, Preperitoneal Space, Retroperitoneal Collections.

INTRODUCCIÓN.

El espacio retroinguinal (ERI) está situado en una zona de transición entre el abdomen inferior y el muslo. Tiene forma triangular, limitado por la fascia iliaca, la fascia transversalis y el peritoneo parietal (1, 2) (Ver Fig.1).

En 1823, Jean Annet Bogros, médico y anatomista francés, presentó su tesis de doctorado en la Universidad de Paris en la cual describió el ERI en la región iliaca (3). Originalmente lo utilizó como vía para el abordaje de los aneurismas de la arteria iliaca externa o epigástrica inferior.

En su trabajo relató: "El peritoneo se extiende desde la porción iliaca de la pared abdominal anterior hasta la fosa iliaca, dejando por delante un espacio de 13.5 a 15,5 mm de ancho, donde termina la arteria iliaca externa."

En la periferia los límites son poco precisos (4, 5) ya que se continúa con otras regiones adyacentes: Hacia la línea media, se encuentra el espacio retropúbico (Anders Adolf Retzius, 1858) que se continúa hacia arriba como espacio interparieto-peritoneal anterior. Hacia atrás y afuera, con el espacio lumbar

retroperitoneal o espacio pararenal, accediendo también así a la vena cava inferior y la aorta.

A través del ERI, se comunican los espacios interparietoperitoneal anterior y posterior (6) (Ver Fig. 2 y Fig. 3).

El contenido del ERI es tejido celulo-adiposo (6-8), que se continúa con el de las regiones extraperitoneales vecinas (5, 6, 9-11).

Dadas sus relaciones con órganos extraperitoneales, en algunas circunstancias puede ser ocupado por colecciones, como ser, pus, orina, linfa, fluido pancreático y hematomas (6, 12).

El objetivo del presente trabajo fue mostrar la anatomía del ERI y su correlación con un caso clínico.

REPORTE DE CASO.

Paciente de sexo masculino de 72 años, que ingresó con un cuadro recidivado de infección del tracto urinario (ITU) y prostatismo, en regular estado general y sin fiebre. El tránsito intestinal y la diuresis se hallaban conservados.

Los análisis de laboratorio arrojaron un recuento de glóbulos blancos de 18.000/mm³. Al examen físico se detectó una tumefacción dolorosa en la fosa iliaca derecha (FID), con rubor cutáneo sin crepitación (Ver Fig. 4). En la segunda anamnesis, se extrajo que el paciente padecía dolor en la FID en los últimos 3 meses antes de la internación. No refirió antecedentes de cirugías previas.

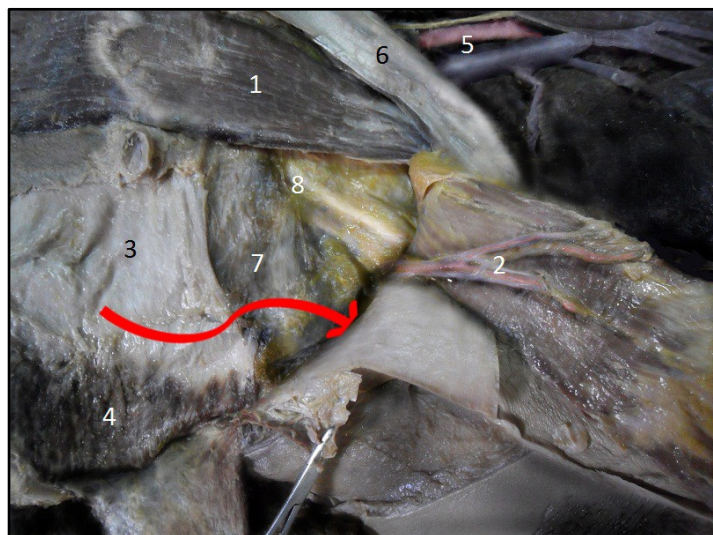


Fig. 1. Vista anterior de abdomen, con recto anterior derecho reclinado, delimitando la entrada al ERI (Flecha roja ingresando al ERI). 1. Músculo Recto anterior; 2. Vasos epigástricos inferiores; 3. Hoja posterior de la vaina de los rectos; 4. Musculo Transverso; 5. Paquete vasculo-nervioso femoral; 6. Ligamento inguinal; 7. Peritoneo parietal anterior; 8. Ligamento umbilical lateral.

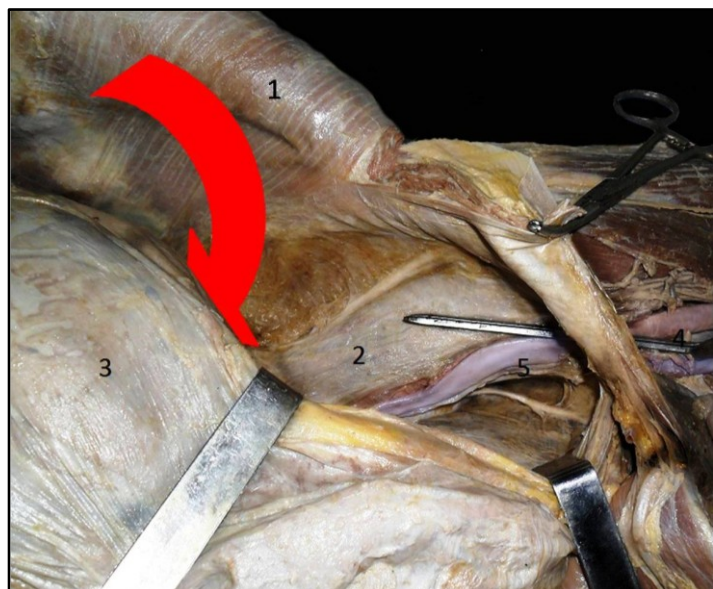


Fig. 2. Vista anterior de fosa iliaca izquierda, con pared abdominal reclinada y separadores de Farabeuff sosteniendo bolsa peritoneal. La sonda acanalada atraviesa el anillo femoral. La flecha roja indica la comunicación con el espacio pararenal. 1. Músculo Transverso; 2. Músculo Psoas mayor; 3. Bolsa peritoneal; 4. Paquete vasculo-nervioso Femoral; 5. Arteria y Vena iliaca externa.

Por tal motivo, se solicitó una Tomografía Axial Computada (TAC). En esta se observaron ambos riñones sin imágenes patológicas y con la grasa perirrenal conservada. Distal al polo renal inferior derecho se observó una imagen de colección de densidad líquida, ubicada por detrás del colon derecho y con progresión hacia el estrecho superior de la pelvis. (Ver Fig. 5)

En contacto con la pared de la región inguinoabdominal, se observó una burbuja de gas con nivel hidroaéreo (Ver Fig. 6). El resto de la cavidad abdominal, no mostró líquido libre.

Se interpretaron las imágenes y el cuadro clínico como un absceso retroperitoneal de probable origen apendicular.

Se efectuó drenaje percutáneo con catéter bajo guía ecográfica, extrayendo abundante cantidad de pus amarillado y maloliente, cuyo cultivo aisló *Escherichia Coli*.

Luego del drenaje, la tumefacción en la FID se redujo significativamente aunque con deterioro del estado general y óbito por sepsis a las 48 Hs.

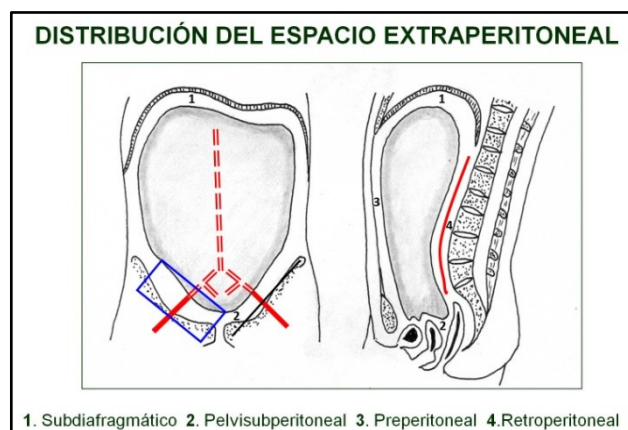


Fig. 3. Esquema que muestra la distribución del espacio extraperitoneal. La línea roja discontinuada representa a la aorta abdominal, las arterias ilíacas primitivas y su bifurcación; la línea roja continua, a la arteria ilíaca externa y la línea negra, al ligamento inguinal. El recuadro azul señala al ERI.



Fig. 4. Tumefacción flogótica en la región inguinoabdominal derecha.

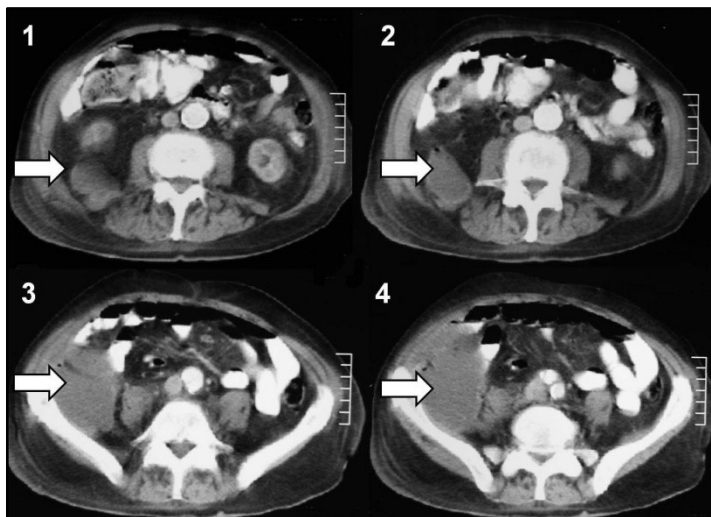


Fig. 5. Visualización y proyección de la imagen de colección en el espacio retroperitoneal. La flecha muestra su topografía, desde el polo renal inferior (1), hasta la fosa ilíaca derecha (4).

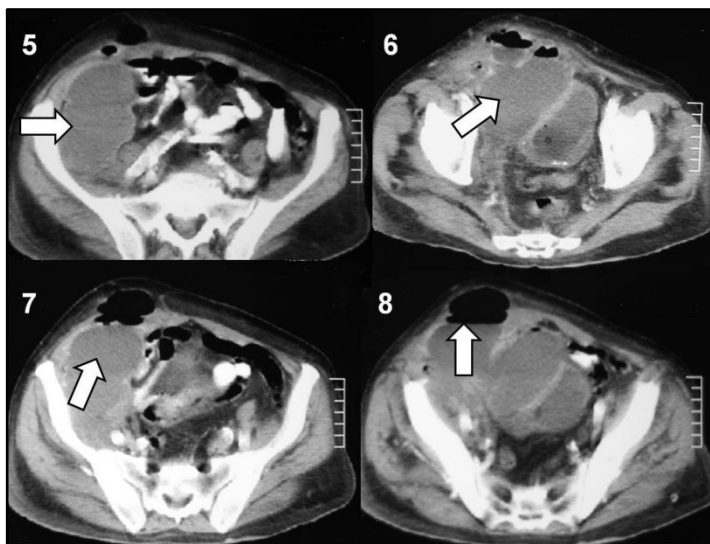


Fig. 6. Visualización y proyección de la imagen de colección en el espacio retroperitoneal. La flecha muestra su magnitud en la fosa ilíaca (5) y su extensión a través del espacio retroinguinal, hasta tomar contacto con la pared de la región inguinoabdominal (8).

DISCUSIÓN.

Los procesos patológicos de los órganos extraperitoneales, pueden manifestarse como colecciones que alcanzan el ERI (13, 14). Las supuraciones profundas tienden a extenderse buscando zonas de baja resistencia y planos faciales comprometidos por la disolución causada por el líquido infectado o digestión enzimática, por disrupción traumática o por la ruptura de grandes vasos (12, 15).

Las fascias que conforman los límites de la región, recubren los siguientes elementos: arteria y vena ilíaca externa, nervio femoral, nervio cutáneo femoral lateral, nervio gónito-femoral, nervio ilioinguinal, cordón fibroso de la arteria umbilical, vasos espermáticos y conducto deferente (Ver Fig. 7).

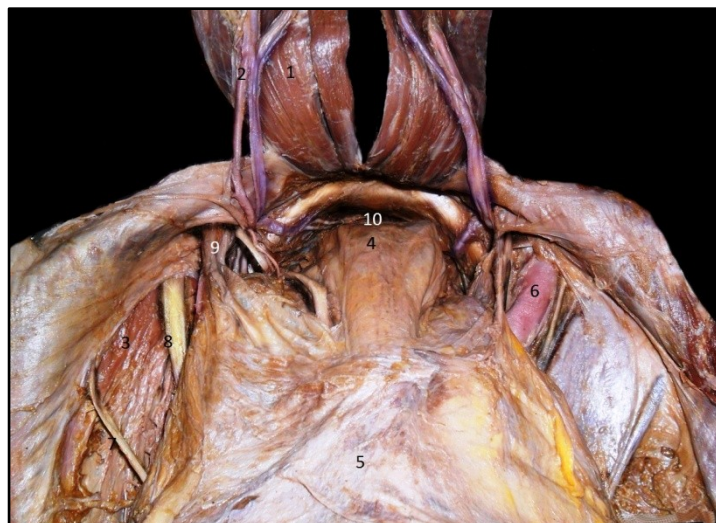


Fig. 7. Vista superior de pelvis donde se aprecian ambas fosas ilíacas (FID con fascia iliaca intacta, FII con fascia iliaca disecada), con rectos anteriores reclinados y bolsa peritoneal conservada. 1. Músculo Recto anterior; 2. Vasos epigástricos inferiores; 3. Músculo Iliaco; 4. Vejiga; 5. Bolsa peritoneal; 6. Arteria ilíaca externa; 7. Nervio Genitocrural; 8. Nervio Crural; 9. Orificio inguinal profundo y su contenido; 10. Espacio retropúbico (Retzius).

En razón de que la fascia transversalis se extiende por dentro de la fascia espermática, algunos autores (Couinaud) sostienen que el ERI se continúa adelante dentro de esta fascia espermática hacia el escroto en el hombre y por el ligamento redondo y labios mayores en la mujer (6). La complejidad de este espacio y sus comunicaciones, muchas veces dificulta la localización del origen de las colecciones, pero siempre presentan un punto final de exteriorización clínica (16, 17).

En la serie tomográfica de este caso, se evidenció una colección de origen desconocido que se extendió desde el polo inferior de riñón derecho, pasando desde el espacio retroperitoneal hacia la FID. Se ubicó de este modo en el ERI, donde tomó contacto con la cara posterior de la pared abdominal anterior y se manifestó como flogosis de la región inguinoabdominal. Ello constituyó su punto de mayor declive, el cual se utilizó para el drenaje percutáneo.

Esta región fue tomando mayor relevancia luego de las investigaciones de Nyhus (1960) y el advenimiento de nuevas tecnologías como la TAC y las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, que facilitaron la comprensión de este espacio y el diagnóstico de sus patologías asociadas. En la actualidad se tornó atrayente, ya que al ser un espacio despegable, se lo utiliza como puerta de acceso a otras regiones extraperitoneales (18, 19) como para el abordaje de la próstata, las hernioplastias por vía preperitoneal (20-22) y el acceso a los vasos ilíacos (23).

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Gustavo A.H. Fernández Russo, por el asesoramiento en la elaboración del manuscrito y aporte de los esquemas y por la

provisión del caso clínico procedente de la División Cirugía del Hospital General de Agudos "D. Vélez Sarsfield" del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

REFERENCIAS.

1. Rouviere, H.; Delmas, A., *Anatomía humana, Tomo segundo: Tronco*, 10ª edición, Editorial Masson, Barcelona, 1999, pp. 369, 437.
2. Rijo, M.; Sarraihé, N.; Madeo, S. y Pistan, G. *Espacio preperitoneal, significado*. Bibliografía Anatómica [online]. 2007, vol.1, pp.20. Disponible en: <<http://www.anatomia-argentina.com.ar/XLIV%20Congreso%20Argentino%20de%20Anatomia%201992%20-%202003.pdf>>
3. Bogros, J.A. *Essay on the Surgical Anatomy of the Iliac Region and Description of a New Procureure for the Ligation of the Epigastric and External Iliac Arteries*. Postgrad. Gen. Surg. 1995; 6:4-14.
4. Mirilas, P.; Colborn, G.L.; McClusky, D.A.; Skandalakis, L.J.; Skandalakis, P.N.; Skandalakis, J.E. *The history of anatomy and surgery of the preperitoneal space*. Arch. Surg. 2005; 140(1):90-94.
5. Kingsnorth, A.N.; Skandalakis, P.N.; Colborn, G.L.; Weidman, A.; Skandalakis, L.J.; Skandalakis, J.E. *Embryology, anatomy, and surgical applications of the preperitoneal space*. Surg. Clin. North. Am. 2000; 80(1):1-24.
6. Bendavid, R.; Abrahamson, J.; Arregui, M.E.; Flament, J.B.; Phillips, E.H. *The Space of Bogros and the Interparietoperitoneal Spaces, Abdominal Walls Hernias, Principles and Management*, Springer, New York, 2001, pp.101-106.
7. Latarjet, M.; Ruiz Liard, A. *Anatomía humana, Tomo segundo: Abdomen y aparato digestivo*, 3ª edición, Editorial Panamericana, Madrid, 1997, pp. 1446-1447.
8. Testut, L.; Jacob O. *Tratado de anatomía topográfica con aplicaciones medicoquirúrgicas, Tomo segundo: Abdomen*, 8ª edición, Editorial Salvat, Barcelona, 1979, pp. 332.
9. Mirilas, P.; Skandalakis, J.E. *Surgical anatomy of the retroperitoneal spaces part II: the architecture of the retroperitoneal space*. Am. Surg. 2010; 76(1):33-42.
10. Mastromatteo, J.F.; Mindell, H.J.; Mastromatteo, M.F.; Magnant, M.B.; Sturtevant, N.V.; Shuman, W.P. *Communications of the pelvic extraperitoneal spaces and their relation to the abdominal extraperitoneal spaces: helical CT cadaver study with pelvic extraperitoneal injections*. Radiology 1997; 202(2):523-530.
11. Mindell, H.J.; Mastromatteo, J.F.; Dickey, K.W.; Sturtevant, N.V.; Shuman, W.P.; Oliver, C.L.; Leister, K.L.; Barth, R.A. *Anatomic communications between the three retroperitoneal spaces: determination by CT-guided injections of contrast material in cadavers*. Am. J. Roentgenol. 1995; 164(5):1173-1178.
12. Korobkin, M.; Silverman, P.M.; Quint, L.E.; Francis, I.R. *CT of the Extraperitoneal Space: Normal Anatomy and Fluid Collections*. A.J.R. Am. J. Roentgenol. 1992; 159(5):933-942.
13. Hureau, J.; Agossou-Voyeme, A.K.; Germain, M.; Pradel, J. *The posterior interparietoperitoneal spaces or retroperitoneal spaces. 1: Normal topographic anatomy*. J. Radiol. 1991; 72(2):101-116.
14. Hureau, J.; Pradel J.; Agossou-Voyeme, A.K.; Germain, M. *The posterior interparietoperitoneal spaces or retroperitoneal spaces. 2: Pathological x-ray computed tomographic image*. J. Radiol., 1991; 72(4):205-227.
15. Gore, R.M.; Balfe, D.M.; Aizenstein, R.I.; Silverman, P.M. *The Great Escape: Interfascial Decompression Planes of the Retroperitoneum*. A.J.R. Am. J. Roentgenol., 2000; 175(2):363-370.
16. Dietrich, A.; Nicolas, M.; Iniesta, J.; Smith, D.E. *Empyema and lung abscess as complication of a perforated appendicitis in a pregnant women*. Int. J. Surg. Case Rep. 2012; 3(12):622-624.
17. Hsieh, C.H.; Wang, Y.C.; Yang, H.R.; Chung, P.K.; Jeng, L.B.; Chen, R.J. *Extensive retroperitoneal and right thigh abscess in a patient with ruptured retrocecal appendicitis: an extremely fulminant form of a common disease*. World J. Gastroenterol. 2006; 12(3):496-499.
18. Mitidieri, V.; Mitidieri, A.; Paesano, N., *Anatomía laparoscópica de la región inguinal*. Bibliografía Anatómica [online]. 2010, vol.1, pp.38. Disponible en: <<http://www.anatomia-argentina.com.ar/Libro%20de%20Res%C3%Bamenes%20-%2047%C2%BA%20Congreso%20Argentino%20de%20Anatomia%20-%20Cipolletti%202010.pdf>>
19. Einetti, J.; Pérez Albizú, E.; Gondolesi, G.; Montenegro F. *Abordaje Preperitoneal de la Región Inguinal*. Bibliografía Anatómica [online]. 1992, vol.3, pp.39. Disponible en: <<http://www.anatomia-argentina.com.ar/XXIX%20Congreso%20Argentino%20de%20Anatomia%201992%20-%202003.pdf>>
20. Fitzgibbons, R.J.; Gerson Greenburg, A. *Laparoscopic totally extraperitoneal herniorraphy*. En: Fitzgibbons, R.J.; Gerson Greenburg, A., Nyhus and Condon's hernias, 5ª edición, Editorial Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002, pp. 239-253.
21. Nigam, V.K., Nigam, S. *Essentials of Abdominal Wall Hernias*, Editorial International Publishing House, Nueva Delhi, 2009, pp. 47; 257; 377.
22. Bendavid, R.; Abrahamson, J.; Arregui, M.E.; Flament, J.B.; Phillips, E.H. *Abdominal Walls Hernias, Principles and Management, Chapter 69: Laparoscopic Totally Extraperitoneal Hernioplasty*, Springer, New York, 2001, pp.464-480.
23. Read, R.C.; Barnes, R.W.; Eidt, J.F.; Hauer-Jensen, M.; Moursi, M.M. *Femorofemoral arterial bypass: subcutaneous or preperitoneal*. Vasc. Endovascular. Surg., 2000; 34(4):337-334.

**Comentario sobre el artículo de Anatomía Clínico-Quirúrgica:
Supuración En El Espacio Retroinguinal:
Correlato Anatomoclínico.**



DR. CARLOS MEDAN

- Co-Editor Revista Argentina de Anatomía Online.
- Ex-Presidente Asociación Argentina de Anatomía.
- Médico Cirujano – Hospital Naval de Buenos Aires.
- Jefe de Trabajos Prácticos, II Cátedra de Anatomía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Delegado Argentino - Asociación Panamericana de Anatomía.

Revista Argentina de Anatomía Online 2014, Vol. 5, Nº 2, pp. 70.

En el abdomen la presencia del peritoneo establece un límite anatómico entre la cavidad peritoneal contenida dentro de sus hojas y el espacio por fuera del mismo. Este último se puede dividir en 3 grandes sectores: el retroperitoneal, el subperitoneal y el previceral. En el espacio previceral podemos distinguir a su vez sectores delimitados por la fijación a nivel de la cicatriz umbilical. Un sector supraumbilical, uno umbilical y otro subumbilical. En este último se encuentran comprendidos los espacios de Bogros y umbilico previsical de Retzius.

El abordaje quirúrgico de este espacio ha sido utilizado por urólogos para el abordaje de los uréteres y próstata, los cirujanos vasculares para el abordaje de los vasos ilíacos y por los cirujanos generales para la reparación de hernias de la pared abdominal. Además, como se comenta en este trabajo, puede ser asiento de colecciones supuradas de diverso origen.

Felicito a los autores por la claridad de los conceptos vertidos y la calidad fotográfica de las preparaciones anatómicas.

Dr. Carlos Medan