

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

HERNIOPLASTIA CRURAL CON LA TECNICA DE CADENAT

TESIS

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

POR

GUILLERMO PORRAS GARCIA

Ex-interno del Hospital General y del Hospital San José.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, C. A., SEPTIEMBRE DE 1949

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8ª AVENIDA SUR NÚMERO 30.—TELÉFONO 2707.

ANATOMIA QUIRURGICA DE LA HERNIA CRURAL

Las hernias crurales son aquéllas constituídas por la salida de vísceras abdominales o pelvianas, epiplón o grasa pre-peritoneal, por debajo de la arcada femoral, a través del anillo crural y hacia el triángulo de Scarpa.

Los elementos anatómicos más salientes con ellas relacionados son los que siguen:

1.—Anillo crural y conducto crural.

El anillo crural es el orificio por el cual los vasos sanguíneos y linfáticos se dirigen del abdomen al miembro inferior y viceversa; más ancho en la mujer que en el hombre, es casi horizontal en la estación de pie y se vuelve vertical en el sujeto acostado.

Está limitado: adelante, por la arcada femoral; afuera, por la cintilla ileopectínea; atrás por el ligamento de Cooper; y adentro, por el ligamento de Gimbernat.

La arteria femoral ocupa la parte externa del anillo, aplicada directamente a la cintilla ileopectínea; la vena femoral esta situada por dentro de la arteria. Estos dos vasos no llenan la totalidad del anillo, sino que entre la vena femoral y el borde libre del ligamento de Gimbernat, existe un espacio libre que no contiene más que vasos linfáticos y el ganglio de Cloquet. Este espacio está cerrado por el peritoneo parietal y por una fascia célula-fibrosa, que representa al tejido subperitoneal condensado y que fue denominada por Cloquet, *septum crural*. Es a través de este punto débil, a nivel del cual el peritoneo forma una pequeña depresión, la *fosita crural*, que se efectúan la mayor parte de las hernias crurales.

El cuello herniario se encuentra entonces limitado por el ligamento de Gimbernat hacia adentro, el ligamento de Cooper por detrás, la arcada de Falopio por delante y la vena femoral por fuera.

La región del anillo crural presenta relaciones interesantes con algunos órganos vecinos. El cordón espermático se encuentra a 15 milímetros por encima del anillo, estando ambos separados únicamente por la arcada de Falopio; el conducto inguinal está pues muy cerca y su orificio peritoneal o profundo es suprayacente al anillo crural. La arteria epigástrica está más o menos a 2 centímetros por encima del centro del anillo; ella envía frecuentemente una anastomosis que se dirige a la obturatriz, rama a veces voluminosa que pasa por detrás del ligamento de Gimbernat. Otras arterias pueden ponerse anormalmente en relación con el anillo crural: las arterias púbicas, nacidas de la epigástrica; y la arteria circunfleja ilíaca, cuando nace anormalmente de la epigástrica.

El anillo crural forma el orificio de entrada de un embudo fibroso conocido con el nombre de conducto crural. Este está limitado hacia afuera por el músculo sartorio; hacia adentro por el primer aductor; hacia atrás por el psoas y el pectíneo que se juntan formando un ángulo diedro; y cerrado hacia adelante por la fascia cribiformis. Su parte externa está ocupada por la arteria femoral; su parte media, por la vena femoral; y su parte interna, que corresponde al punto débil del anillo, es libre y no contiene más que linfáticos. Es en este conducto que progresan las hernias crurales, ellas empujan poco a poco la fascia cribiformis, se introducen en uno de sus orificios y llegan al tejido celular subcutáneo del triángulo de Scarpa.

2.—Arcada crural.

La arcada crural, denominada también ligamento de Falopio o ligamento de Poupard, es una banda fibrosa, muy fuerte y resistente que se extiende de la espina ilíaca antero-superior a la espina del pubis. Ella responde a la línea de unión del abdomen con el muslo, a ese surco exterior denominado pliegue de la ingle, y está constituida en toda su extensión por la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor del abdomen.

Está dividida en tres porciones: 1º—Una parte externa, la más larga que reposa sobre la fascia ilíaca y se le adhiere íntimamente; 2º—Una segunda parte enteramente libre, que responde al anillo crural; 3º—Una tercera parte, que se extiende del anillo crural a la espina del pubis y que reposa sobre el pectíneo. Esta

última porción responde a la línea según la cual se refleja la aponeurosis del oblicuo mayor para venir a insertarse sobre la cresta pectínea, y, como esta parte refleja de la aponeurosis constituye el ligamento de Gimbernat, se le llama la parte gimbernática de la arcada. En este punto la arcada es redondeada y lisa, responde en efecto a un canal que no es más que el piso del conducto inguinal, sobre el que reposan los elementos del cordón espermático.

3.—Ligamento de Cooper.

El borde superior de la cresta pectínea está recubierto por una especie de cordón fibroso, muy grueso y resistente, que se le adhiere íntimamente y que se extiende desde la espina del pubis a la eminencia ileopectínea: es el ligamento de Cooper. Este ligamento resulta en su mayor parte de la coalescencia sobre un mismo punto de un conjunto de láminas fibrosas: la aponeurosis del pectíneo, el ligamento de Gimbernat, el ligamento de Colles y la fascia transversalis. Y además, otros fascículos fibrosos, de origen desconocido pero más probablemente provenientes del *adminiculum lineae albae* (uno de los fascículos inferiores de refuerzo de la línea alba abdominal).

4.—Tendón conjunto.

Es el nombre que los anatomistas ingleses dan al borde muscular o aponeurótico que resulta de la fusión de los fascículos inferiores de los músculos oblicuo menor y transversos. Estos fascículos parten del tercio o mitad externa de la arcada crural, y vienen a tomar inserción sobre el pubis, desde la sínfisis hasta la cresta pectínea, después de haber cruzado oblicuamente la cara anterior de los músculos piramidal y recto anterior mayor del abdomen.

HISTORIA

Las técnicas empleadas para la cura operatoria de la hernia crural son numerosas, y la multiplicidad es debida a la dificultad que existe para el cierre perfecto del anillo crural que ha puesto en juego al ingenio de los cirujanos, quienes para ocluirlo han recurrido a los procedimientos más variados, muchos de los cuales serán

descritos a continuación, especialmente aquéllos en que su creador haya ideado alguno de los pasos utilizados en la técnica que nos ocupa.

Aunque no relacionados con las hernioplastias crurales, tres nombres están íntimamente ligados a la historia de las hernias crurales; Guido de Chauliac, quien fue el primero en llamar la atención sobre ellas; Morgagni, el que les dió el nombre; y Antonio de Gimbernat, cirujano del Rey de España, quien describió por primera vez la anatomía exacta del anillo crural, con lo que disminuyó la elevada mortalidad de las hernioplastias crurales debidas en gran parte a la sección de la arteria espermatíca.

Lucas Championiére unía la vaina de los vasos femorales con la aponeurosis pectínea y el aductor mediano con hilos de catgut que entrecruzaba a manera de formar una red que ocluyera el orificio.

Tricomi en 1892, hacía una sutura en bolsa de tabaco con cinco asas de seda que comprendían: el ligamento de Falopio, la vaina de los vasos femorales, la aponeurosis del pectíneo con su músculo, y el ligamento de Gimbernat. Los dos cabos del hilo se anudaban sobre la arcada crural.

Fabricius, más o menos en la misma época que el anterior unía la arcada femoral con la rama horizontal del pubis. Y si la arcada resistía mucho, la desprendía de su inserción pubiana; para poner así 5 a 6 puntos uniendo la arcada, la aponeurosis del pectíneo, la inserción de este músculo y el periostio pubiano. Hácese de esta manera, lo más atrás posible la fijación del ligamento al pubis.

Roux obturaba el anillo crural mediante un clavo metálico de tapicero que incrustaba en el hueso subyacente. Kirschner, Maurice, Salzer, tapaban el anillo crural con fascia lata, habiendo en sus procedimientos ligeras variantes. Otros cirujanos usaron tapones musculares para lo que se sirvieron del pectíneo, sartorio, aductor mediano y primer aductor. Trendelenburg usó una cuña ósea que arrancaba de la cara anterior del pubis.

En 1892, Ruggi dió un paso hacia adelante, fue el primero que unió la arcada femoral al ligamento de Cooper, pero interviniendo por vía inguinal.

Parlavechio en 1900 tuvo la idea de crear un nuevo plano en la reconstrucción de la pared, fijando el borde inferior de los músculos oblicuo menor y transversos, y el tendón conjunto, al ligamento de Cooper; usó también la vía inguinal.

Codivilla en 1898 y Proust en 1904, emplearon por vía crural lo que se llamó la mioplastia por deslizamiento. Esta vez, se hizo bajar a través del anillo crural el tendón conjunto hasta el pectíneo para un primer plano, y luego la arcada crural hasta el petíneo para un segundo plano, después de haber seccionado longitudinalmente el ligamento de Gimbernat en todo su espesor.

Delagenière se distingue de los demás cirujanos precedentes en que secciona la arcada crural en todo su espesor, por encima de la hernia. El resecta así el saco tan alto como se pueda y desciende fácilmente la arcada crural a nivel del pectíneo, a los que sutura habitualmente. Sus observaciones dan una recidiva para 36 casos.

Didier describió por primera vez en 1912 la hernioplastia por vía inguino-crural. De ésta dice Maurice Patel, 1924, en su libro titulado *Hernias*: "Esta vía debe ser puesta a la cabeza, pues derivándose de la vía inguinal, parece ser más completa y responde a todas las exigencias y necesidades."

La técnica descrita por Didier, y que algunos llaman técnica de Quenu-Duval, tiene como tiempos fundamentales:

- a) Abordar la herida por incisión crural.
- b) Sección longitudinal y completa del ligamento de Gimbernat.
- c) Incisión horizontal de la aponeurosis del oblicuo mayor, paralela a la arcada.
- d) Descubrimiento del borde inferior del transversos y oblicuo menor.
- e) Tratamiento del saco por el método corriente.
- f) Sutura del oblicuo menor y transversos al Cooper; Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor. Cierre de la incisión.

Y finalmente tenemos el método de Cadenat, que también sigue la vía inguino-crural, de cuyas ventajas habla tan bien Patel. Fue publicada por su autor en 1920, en la *Revista de Cirugía* (Francia), tomo I, página 105.

TECNICA QUIRURGICA DE CADENAT

La técnica quirúrgica que va a ser descrita a continuación no es exactamente la original, pues el doctor Eduardo Lizarralde A., le hizo una modificación importante: la incisión que originalmente era vertical sobre el saliente de la hernia o a falta de éste, a un buen través de dedo por fuera de la espina del pubis, el doctor Lizarralde A., la hace paralela a la arcada crural, sobre el tumor herniario o en su defecto a 1 cm. más abajo de la misma. Las ventajas que ofrece esta modificación son las siguientes:

- a) Toda incisión perpendicular a un pliegue de flexión ocasiona muchas molestias al enfermo, cuando flexiona éste a su miembro.
- b) La cicatrización por las mismas razones anatómo-fisiológicas, se hace defectuosa.
- c) Y finalmente, una cicatriz sobre el pliegue de la ingle y paralela al mismo, es desde el punto de vista estético francamente preferible, sobre todo ahora en que el uso del traje de baño está relacionado con aspectos inevitables de la vida social moderna.

Descripción de la técnica.

1.—Incisión cutánea.

Incisión paralela a la arcada crural de unos 10 cms. de longitud hecha sobre el tumor herniario o en su defecto, a lo largo de la arcada, que interese piel y tejido celular subcutáneo. Los vasos que se encuentren en éste, han de seccionarse entre dos ligaduras. En la parte superior de la herida se descubre la aponeurosis del oblicuo mayor, que se pone bien al descubierto, y de la cual se aísla cuidadosamente su borde inferior libre, es decir, la arcada crural.

2.—Liberación del saco:

En el labio inferior de la herida, es generalmente necesario cortar con bisturí la fascia cribriformis, casi siempre reducida a una hoja grasosa delgada. Se cae entonces habitualmente sobre una masa grasosa lobulada que es, ya sea un lipoma preherniario o el saco herniario mismo, siempre cubierto de grasa. Inmediatamente después de que se descubre el saco, se le contorna con el índice, desprendiéndolo completamente de los tejidos vecinos y liberándolo

hasta su pedículo, es decir, hasta la arcada crural. Es inútil diseccionar el saco, tanto como un saco de hernia inguinal y aun más, es bueno extirpar con él, el lipoma preherniario y la capa grasosa que lo envuelve.

3.—Sección de la aponeurosis del Oblicuo mayor:

“La aponeurosis es seccionada verticalmente a la altura del borde externo de la vena femoral. Esta incisión vertical que mide 2 cms. de largo, llega por abajo hasta el borde inferior reflejo de la arcada crural. Con una pinza de disección se toma el labio interno de esta aponeurosis, cerca de la arcada crural, y se levanta para permitir incidir longitudinalmente esta arcada lo más atrás posible, desdoblado por decirlo así en su longitud el canal que ella constituye”; para esto se introduce una tijera de punta redonda y se desliza de la incisión vertical hacia adentro hasta unos cms. más allá del pedículo herniario. ⁽¹⁾

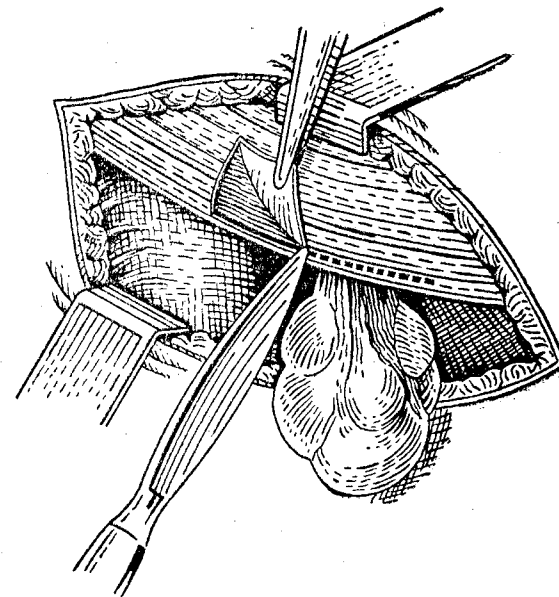


Figura Número 1.

Sección de la aponeurosis del oblicuo mayor con bisturí.
Este paso lo hacemos con tijeras.

(1) En la técnica original esta sección se hacía con bisturí.

“Así se constituye un pequeño colgajo triangular que una pinza separa hacia arriba para poder desprender el plano de los músculos oblicuo menor y transverso, debajo de los cuales se pierde el cuello del saco. El borde posterior de la arcada todavía en su lugar, puede molestar, se le corta entonces de un golpe de bisturí.”

4.—Liberación del cuello; incisión, ligadura y resección del saco:

Tomando el saco, se aísla su cuello tan alto como se quiera con gran facilidad. Antes de ligarlo, se corta delicadamente la capa grasosa que lo rodea y se abre; es indispensable asegurarse antes de ligarlo que no haya ninguna víscera ni epiplón adherente en el interior del saco que pueda ser comprendida en la ligadura. Se atraviesa entonces el cuello del saco con una aguja montada y se anuda. Se secciona a algunos milímetros de la ligadura, y se asegura que la hemóstasis sea completa.

Se practica entonces si se quiere la maniobra de Barker: aislando la cara posterior del oblicuo menor y del transverso, se desliza por detrás de ellos una aguja montada en uno de los cabos del hilo que sirvió para la ligadura del saco y luego se repite lo mismo con el otro cabo del hilo, a manera de anudar sobre la cara anterior del oblicuo el asa que comprendía el muñón del saco. El muñón se encuentra así reclinado a distancia del anillo crural.

5.—Reconstrucción de la pared:

a) Descubrimiento del ligamento de Cooper, paso de los hilos.

—Es el tiempo preliminar y capital de la reconstrucción de la pared. Se coloca una compresa en la herida, y aplicando sobre ella un separador de listón, se reclina fuertemente hacia arriba y adentro la pared, y en el hombre el cordón. Se tiene entonces a la vista, profundamente, la superficie blanca y nacarada del ligamento de Cooper, el cual tapiza la cresta pectínea que se palpa bien con el índice.

Una aguja montada al mismo tiempo con 2 hilos de algodón, uno de color negro y otro blanco, (detalle técnico de gran utilidad, que fue ideado desde hace algunos años por el doctor Pablo Fuchs) se pasa por la parte más externa del ligamento, cargando con ella de adelante hacia atrás todo el espesor (2 ó 3 mm) del ligamento,

a ras del hueso; se tienen los hilos a ras del hueso; se tienen los hilos y fácilmente distinguibles el uno del otro. Se pinzan entonces los 2 cabos del hilo blanco y se llevan hacia abajo; se hace lo mismo

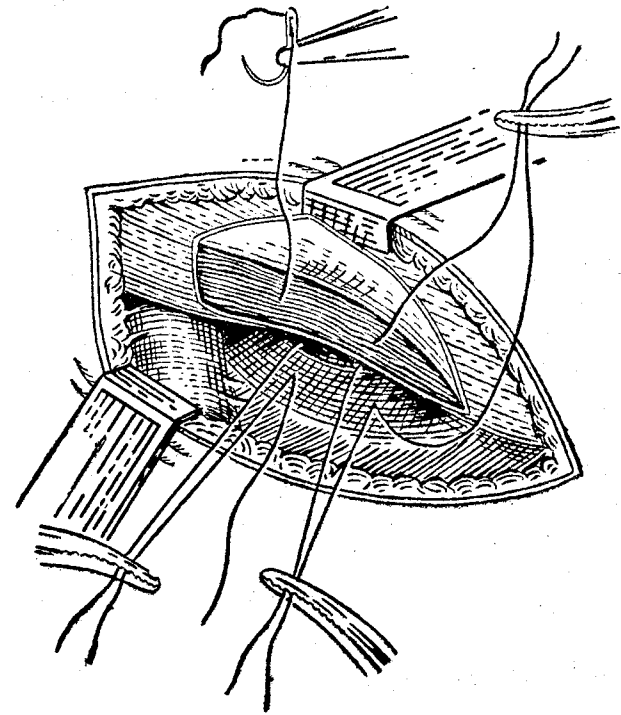


Figura Número 2.

Se descende el plano muscular hacia el Cooper.

(Nota: para claridad del dibujo se han puesto sólo dos puntos).

con los 2 cabos del hilo negro, separándolos hacia arriba. Luego se carga en la misma forma el ligamento 2 a 3 veces más según las dimensiones del anillo; con lo cual se tienen así 6 u 8 hilos sólidamente fijados en el ligamento de Cooper. Para poner el punto externo, el operador tendrá cuidado de reclinar con su índice hacia afuera la vena femoral para protegerla de un pinchazo y para colocar el punto exactamente a nivel del borde interno de esta vena.

b) Cierre del plano profundo.—Se coloca una compresa sobre los hilos blancos y sus pinzas, y luego “los cabos superiores del grupo de hilos negros son pasados de atrás hacia adelante en el

tendón conjunto, un poco por encima de su borde inferior, para que este último una vez los nudos hechos, oblitere completamente el anillo. El cordón espermático está en general fuera de peligro y no es visto en ningún momento, pues queda por detrás de los músculos descendidos. Basta únicamente recordar su presencia para no correr el riesgo de herirlo.”

c) *Cierre del plano superficial.*—“Los cabos superiores de los hilos blancos son de la misma manera pasados de atrás a delante a través de la aponeurosis del oblicuo mayor que fácilmente se deja descender al anudar, puesto que se encuentra libre hacia afuera y que la arcada se deja desenrollar. El borde externo de esta cortina se desliza contra la vena femoral y contribuye a tapar la parte externa del anillo, exactamente donde se efectúan las recidivas. Se obtiene así un conjunto de 2 planos sólidamente fijados al ligamento de Cooper.”⁽¹⁾ Se ponen en seguida uno o dos puntos a la incisión vertical que se hizo a la aponeurosis del oblicuo mayor. Puntos separados para la fascia cribiformis y el tejido celular subcutáneo. Puntos de McMillan para la piel.

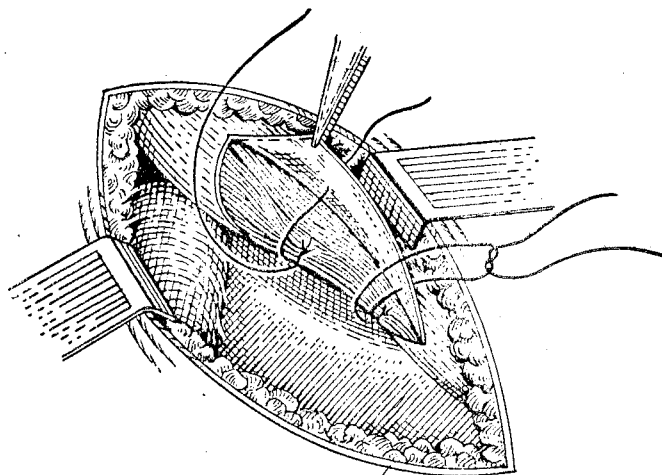


Figura Número 3.

El plano superficial (aponeurosis del oblicuo mayor) es llevado al Cooper.

(1) Copia textual de la publicación de Cadenat.

COMPARACION ENTRE LAS VIAS DE ACCESO A LA HERNIA CRURAL

Son cuatro las vías de acceso.

I.—Vía abdominal.

Esta fue preconizada por Lawson Tait. En 1901, Sprengel, quiso resucitarla, pero fue desechada porque no tenía más que inconvenientes: requiere una laparotomía hecha a lo largo del borde externo del recto mayor del abdomen, lo que es siempre una intervención más seria; presenta además la dificultad de la tracción de un saco adherido desde la cavidad peritoneal; y finalmente, no puede ocluirse bien el anillo crural por estar muy profundo.

II.—Vía crural.

Es el método más antiguo. Se entra mediante una incisión vertical hecha sobre el tumor herniario y que cabalga casi perpendicularmente sobre el pliegue de la ingle.

Ventajas:

Técnica de fácil acceso al saco herniario.

Desventajas:

- 1.—Los sacos pequeños y vacíos son difíciles de encontrar.
- 2.—El verdadero cuello del saco está más o menos a media pulgada más arriba de la arcada femoral, de manera que no puede ser ligado a satisfacción desde abajo, aunque se reclinan con fuerza las aponeurosis.
- 3.—Como el saco no se liga lo suficientemente alto, quedan fositas en el peritoneo con sus peligros ulteriores.
- 4.—En caso de asas estranguladas contenidas en el saco y que obliguen a resección y anastomosis, es necesario recurrir a una laparotomía.

- 5.—Algunas veces al abrir el saco y hacer desaparecer adherencias, o las causas de una estrangulación, el asa intestinal lesionada puede escaparse hacia la cavidad peritoneal eludiendo un examen detenido e indispensable para prevenir una perforación intraperitoneal posterior, a no ser que se recurra a una laparotomía para recuperarla.
- 6.—El anillo crural no puede ser obliterado a satisfacción por su lado femoral dada la rigidez de sus bordes: arcada, cintilla ileopectínea, ligamento de Gimbernat y ligamento de Cooper.
- 7.—Los intentos de cerrar el anillo crural con aponeurosis, músculos deslizados, clavos y placas óseas, o son sólo parcialmente efectivos o constituyen un verdadero fracaso.
- 8.—La incisión vertical sobre el pliegue de sección da cicatriz viciosa, origina muchas molestias al enfermo y es antiestética.

III.—Vía inguinal.

La vía inguinal fue usada primeramente por Annandale en 1876, y es preferida por muchos cirujanos. Sus tiempos principales son los siguientes:

- a) *Incisión.*—Inguinal encima de la arcada y paralela a ella.
- b) *Travesía del conducto inguinal.*—Se incinde la aponeurosis del oblicuo mayor; se reclina hacia arriba el cordón o el ligamento redondo; se empuja hacia adentro la fascia transversalis y se abre el peritoneo.
- c) *Tratamiento del saco.*—Se libera de sus adherencias, se lleva a la cavidad abdominal, se le extrae su contenido y se liga muy alto.
- d) *Obstrucción del anillo.*—En este tiempo hay muchos métodos. Uno de los más conocidos es el de Bérard o de la doble cortina; un primer plano es formado por el oblicuo mayor, menor y transversal que con puntos en U son fijados al pectíneo y al ligamento de Gimbernat; y un segundo plano superficial, está constituido por la aponeurosis del oblicuo mayor que se traslapa sobre sí misma.
- e) Cierre del resto de la pared.

Ventajas:

- 1.—Visión completa del campo operatorio.
- 2.—El saco herniario es liberado por arriba y abajo de la arcada.
- 3.—El orificio crural se obtura con más facilidad por su lado abdominal.
- 4.—Se puede ligar el saco todo lo alto que se quiera.
- 5.—La posibilidad de lesión visceral es podría decirse, nula.
- 6.—Los pasos necesarios en el manejo de las asas intestinales estranguladas pueden ser efectuados inmediatamente sin tiempo previo.
- 7.—Las hernias grandes con contenido irreductible, son fácilmente manipuladas.
- 8.—La incisión inguinal permite una buena cicatriz.

Desventajas:

- 1.—Es de técnica más difícil.
- 2.—Con frecuencia hay mucha dificultad en la reducción del saco herniario que tiene que ser extraído a viva fuerza por debajo de la arcada, lo que origina un franco daño anatómico en el conducto crural.
- 3.—Cuando el contenido del saco es adherente, especialmente si lo constituyen asas intestinales, la operación se vuelve muy delicada.
- 4.—Debilita la pared abdominal, en especial la pared posterior del conducto inguinal.
- 5.—Es difícil la exposición de los elementos anatómicos en los pacientes obesos.
- 6.—Las recidivas son más frecuentes (Iason).

IV.—Vía inguino-crural (Cadenat).

Esta vía cuyos tiempos han sido ya descritos con detalle, presenta las siguientes:

Ventajas:

- 1.—Fácil acceso al saco herniario.
- 2.—Sirve para hernias grandes y pequeñas, reductibles e irreductibles, simples y estranguladas.
- 3.—No ofrece la dificultad que presenta la vía inguinal en la liberación del saco de sus adherencias interiores y exteriores.
- 4.—La ligadura del saco se hace tan bien como por la vía inguinal.
- 5.—Hay exteriorización suficiente del intestino estrangulado como para poder actuar sobre él.
- 6.—Buena y segura obturación del anillo crural.
- 7.—Cicatriz estética y poco molesta.
- 8.—Las recidivas son menos frecuentes que con otras técnicas.

Desventajas:

Su único inconveniente es que secciona la arcada crural que es una estructura de soporte de gran importancia, por lo cual la condenan algunos cirujanos, en especial los de Norte América. Sin embargo, este elemento anatómico es substituído por un doble plano que lleva, sin ocasionar trastorno, la línea de resistencia un poco hacia atrás, al ligamento de Cooper, poderosa estructura firmemente adherida a la cresta pectínea, de efectividad indiscutible como elemento de soporte substitutivo.

OBSERVACIONES

Para hacer más objetivo el resultado de éstas, las reuní en el cuadro siguiente.

De todos los casos presentados, solamente los que tienen asterisco fueron visitados, los demás por habitar en otros puntos de la República no pudieron controlarse; aunque es de creer que no tuvieron recidiva, pues siempre se les invita a regresar al tener alguna molestia y ninguno se presentó de nuevo al lugar de su operación. Y en los 7 casos que pudieron ser controlados, los resultados fueron satisfactorios, pues no hubo ninguna recidiva.

OBSERVACIONES

Número	Nombre	Edad	Sexo	Fecha de Op.	Servicio	Diagnóstico	Cirujano	Anestesia	Resultado	Complicaciones
1	A. Ch.	48	M	12 Oct. 46	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural derecha estr.	Dr. Arroyave	Raqui-anestesia	Bueno	Muerto de T. B. pulmonar a los 30 días de operado.
2	F. L.	65	M	20 Dic. 46	Hosp. Retalhuleu	Epiplocele crural izq. estr.	Dr. Arroyave	"	"	Ninguna.
3	F. C.	46	M	3 Feb. 47	Emergencia	Hernia crural derecha estr.	Dr. Lizarralde A.	"	"	"
4	A. D.	47	F	4 Feb. 47	Emergencia	Hernia crural estrangulada	Dr. Lizarralde A.	"	"	"
5	S. G.	48	M	13 Mar. 47	Hosp. Retalhuleu	Epiplocele crural estr.	Dr. Arroyave	"	"	"
6	C. N.	76	F	13 Abr. 47	Emergencia	Hernia crural estrangulada	Dr. Lizarralde A.	"	"	Murió de insuficiencia cardíaca a los 20 días de operado.
7	L. G.	49	F	20 Jun. 47	Emergencia	Hernia crural derecha estr. (pectínea)	Dr. Lizarralde A.	"	"	Resección intestinal; anastomosis T-Terminal. Curó.
8	E. P.	42	F	30 Jun. 47	Emergencia	Hernia crural estrangulada	Dr. Lizarralde A.	"	"	Ninguna.
9	M. O. M.	47	F	2 Ago. 47	1ª C. de M.	Hernia crural derecha	Dr. Fuchs	"	"	* Ninguna. No hay recidiva al cabo de dos años.
10	D. S.	30	F	31 Oct. 47	1ª C. de M.	Hernia crural derecha	Dr. Lizarralde A.	"	"	Ninguna.
11	M. H.	48	M	1º Dic. 47	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural izq. estr.	Dr. Arroyave	"	"	Ninguna.
12	C. L. R.	34	F	15 Dic. 47	1ª C. de M.	Hernia crural derecha	Dr. Fuchs	"	"	* Ninguna. No hay recidiva al cabo de dos años.
13	R. A.	36	F	4 Ene. 48	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural bilateral	Dr. Arroyave	"	"	Ninguna.
14	M. X.	80	F	3 Feb. 48	Emergencia	Hernia crural izq. estr.	Dr. Lizarralde A.	"	"	"
15	C. C.	33	F	15 Mar. 48	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural izquierda	Dr. Arroyave	"	"	"
16	C. O.	47	F	15 May. 48	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural derecha	Dr. Arroyave	"	"	"
17	A. A.	?	M	27 May. 48	Emergencia	Hernia crural derecha estr.	Dr. Lizarralde A.	"	"	"
18	A. R.	33	F	18 Jun. 48	1ª C. de M.	Hernia crural derecha irreductible	Dr. Fuchs	"	"	* Ninguna. Sin recidiva al año de operada.
19	M. P.	40	F	25 Jun. 48	1ª C. de M.	Hernia crural bilateral	Dr. Fuchs	"	"	Ninguna.
20	R. G.	49	F	22 Jul. 48	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural izquierda	Dr. Arroyave	"	"	"
21	O. B.	36	F	22 Jul. 48	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural izq. estr.	Dr. Arroyave	"	"	"
22	E. G.	30	F	12 Ago. 48	Hosp. Retalhuleu	Hernia crural derecha	Dr. Arroyave	"	"	"
23	R. C.	44	F	30 Ago. 48	1ª C. de M.	Hernia crural derecha	Dr. Fuchs	"	"	* Ninguna. Sin recidiva al año de operada.
24	F. L. R.	48	F	10 Sep. 48	1ª C. de M.	Hernia crural izquierda	Dr. Lizarralde A.	"	"	Ninguna.
25	V. M.	40	F	10 Sep. 48	1ª C. de M.	Hernia crural izquierda	Dr. Lizarralde A.	"	"	Ninguna.
26	R. P.	42	F	27 Sep. 48	1ª C. de M.	Hernia crural izquierda	Dr. Lizarralde A.	"	"	* Ninguna. Sin recidiva a los 11 meses de operada.
27	J. M.	42	F	5 Nov. 48	Emergencia	Hernia crural izq. estrangulada, vólvulus del epilón.	Dr. Lizarralde A.	"	"	Ninguna.
28	B. A.	29	F	4 Feb. 49	1ª C. de M.	Hernia crural derecha	Dr. R. Soto	"	"	* Ninguna. Sin recidiva a los 6 meses de operada.
29	M. B.	45	F	1º Abr. 49	1ª C. de M.	Hernia crural izquierda	Dr. R. Soto	"	"	Ninguna.
30	S. C.	31	F	8 Jun. 49	1ª C. de M.	Hernia crural derecha	Dr. Lizarralde A.	"	"	Ninguna.
31	G. P.	40	F	11 Jul. 49	1ª C. de M.	Hernia crural izquierda	Dr. Monzón	"	"	* Ninguna. Sin recidiva ni molestias al mes y medio de operada.
32	V. M.	67	F	8 Ago. 49	1ª C. de M.	Hernia crural derecha irreductible	Dr. Fuchs	"	"	Ninguna.

CONCLUSIONES

- 1.—Entre las múltiples técnicas que existen para la cura operatoria de las hernias crurales, la de Cadenat, con las modificaciones que se relatan en este pequeño trabajo, especialmente la relativa al uso de incisión transversal sugerida por el Doctor Lizarralde A., es un procedimiento seguro y de fácil ejecución.
- 2.—Posee las ventajas de las vías crural e inguinal.
- 3.—Sus resultados lejanos son excelentes. En la corta serie presentada no hubo ninguna recidiva, y según Patel, es la que menos recidivas presenta.
- 4.—El inconveniente de la sección de la arcada femoral, por un lado se nulifica con el cierre del anillo crural en doble plano con fijación al Cooper; y por otro lado se compensa con creces por las múltiples ventajas que ofrece.
- 5.—Está indicada en hernias grandes y pequeñas, reductibles e irreductibles, simples y estranguladas.
- 6.—En conclusión final, la "Hernioplastia Crural con la Técnica de Cadenat" se recomienda a todos los cirujanos, y es aconsejada sobre todo a los noveles, a quienes ha sido especialmente dirigido este trabajo.

GUILLERMO PORRAS GARCÍA.

Vº Bº,

E. LIZARRALDE A.

Imprímase,
C. M. GUZMÁN,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Alfred H. Iason.—Hernia.

Mauricio Patel.—Tomo de Hernias, del Nuevo Tratado de Cirugía, publicado bajo la dirección de Pierre Delbet y Anselme Schwartz.

M. Guibé y Jean Quenu.—Chirurgie de l'Abdomen, de la colección de Técnica Operatoria de los Prosectores de París.

Spivack, S.—Técnica quirúrgica en Operaciones abdominales, 1940.

Testut y Latarjet.—Anatomía Humana. Octava edición.

Bailey and Love.—Surgical Pathology.

Christopher, Fredrich.—A Textbook of Surgery, 1944.

Zollinger, R. and Cutler, E. C.—Atlas of Surgical operations, 1944.