

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

REVISION DE 118 CASOS DE HERNIAS
INGUINALES

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por

ARMANDO BARILLAS

En el acto de su investidura de
MÉDICO Y CIRUJANO.



JULIO 1958

Hemos creído de interés y para contribuir al mejor trato de las Hernias Inguinales, hacer una revisión de las técnicas en ciento dieciocho casos que fueron operados en la Cirugía de Hombres Secc. "A" del Hospital General de La Plata en Enero de 1955 a Enero de 1958.

Revisión que haremos adoptando el siguiente plan de

PRIMERO: Consideraciones Anatómicas

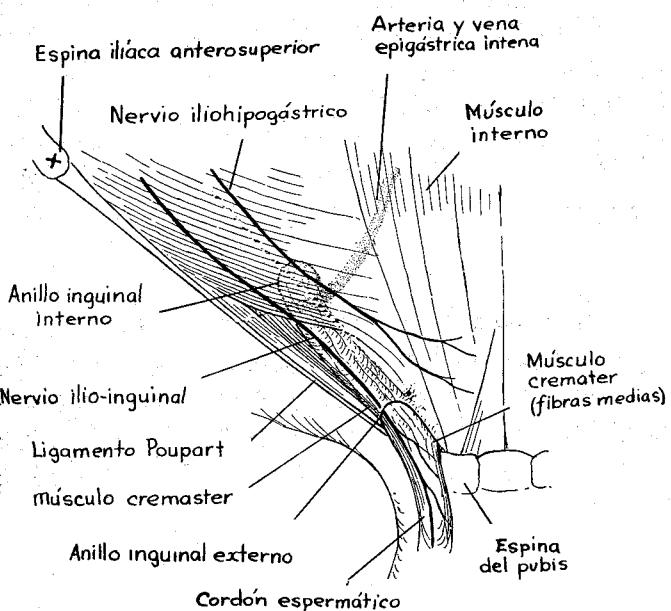
SEGUNDO: Consideraciones Clínicas

TERCERO: Consideraciones Quirúrgicas

CUARTO: Discusión

QUINTO: Conclusiones

Figura No. 1



CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Para mejor exposición de este trabajo y sobre todo comprender el objetivo y las características de algunas técnicas haremos una somera descripción anatómica del trayecto inguinal que es el punto por donde se escaparán las hernias inguinales rectas e indirectas. Clásicamente se le reconocen cuatro paredes y dos extremos u orificios. La pared anterior formada por la aponeurosis de inserción del Oblicuo Mayor; la pared posterior formada por la fascia transversalis (Triángulo de Haesselbach) o menos reforzada por fibras aponeuróticas verticales o transversales; la pared superior formada por los bordes de los músculos Oblicuo Menor y Transverso; la pared inferior formada por la reflexión de la misma aponeurosis de inserción del Oblicuo Mayor para formar los ligamentos Crural y Gimbernat. Sus extremos: 1º. Orificio inguinal interno que es una hendidura vertical de unos 5 mm. de longitud que es por donde emergen los elementos del cordón hacia el trayecto inguinal. 2º. Orificio inguinal externo formado por los pilares de inserción a nivel del pubis de la aponeurosis del Oblicuo Mayor y unas cuantas fibras arciformes.

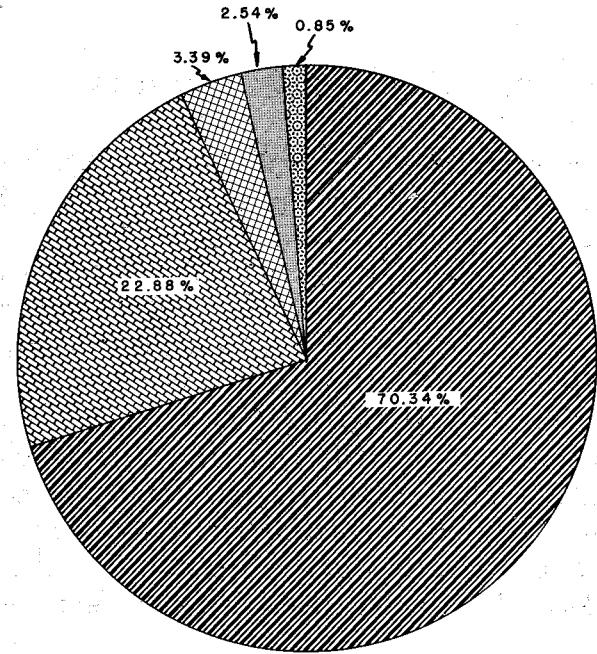
El contenido del cordón en el hombre está integrado por los elementos siguientes: Conducto deferente, arteria deferente, arteria espermática, arteria funicular, dos plexos venosos anterior y posterior y vasos linfáticos, todo esto envuelto por una vaina blanca prolongación de la fascia transversalis, dos nervios correspondientes al mismo: el Ilio-pubiano y el Ilio - inguinal y además el músculo Cremaster.

Queremos hacer notar que los estudios anatómicos de esta región hechos por Barry J. Anson han demostrado que las fascias de inserción del Oblicuo Menor y Transverso no se unen para quiera al formar la hoja anterior de la vaina del recto, por lo tanto el tan llamado "Tendón Conjunto" no existe más que en la mente de algunos cirujanos.

CONSIDERACIONES CLINICAS

De nuestros casos el síntoma que fue relatado por casi todos los pacientes fue un dolor inicial referido a la región inguinal y acompañado por lo general a un esfuerzo más o menos brusco. Continuación los pacientes principiaron a notar la presencia de tumor más o menos grande, reductible y que paulatinamente creció hasta alcanzar el tamaño que presentaba al ingresar a nuestro servicio, el cual osciló desde el tamaño de una "ciruela" hasta el de una "toronja", no habiendo tenido ningún caso de hernia agudizada por no ser un servicio de cirugía de urgencia, en el cual por ciento de los casos el tumor era reductible dando un golpe audible y sensible a la reducción. Como es de suponer las pequeñas hernias se circunscribían a hacer saliencia en la región inguino-abdominal, mientras que las gigantes descendían hasta el suelo.

Conociendo nosotros el mecanismo de producción de las hernias podemos asentar de una vez que las hernias inguinales indirectas todas son en principio congénitas pues se deben a la protrusión de una víscera dentro de un conducto peritoneo-vaginal ensanchado e incompletamente cerrado. Mientras que las hernias directas son las llamadas hernias por debilidad, la protrusión viscosa se hace por dentro de los vasos epigástricos a través del triángulo de Haesselbach. Pero esta debilidad no se debe a que el individuo sea débil corporalmente sino a que presenta una fascia transversalis poco reforzada de fibras eponeuróticas o bien a que los músculos Oblicuo Menor y Transverso se dirigen casi horizontalmente buscando la línea media, dejando este punto que está sometido a la mayor hipertensión intra-abdominal, en estado de permanente resistencia. De los 118 casos observados por nosotros, en 107 fuimos encontramos 72 hernias derechas y 46 izquierdas; 83 fueron indirectas, 27 directas, 4 recidivadas, 3 en pantalón, 1 intestinal; de todas, 11 pacientes presentaron hernia bilateral. Para mejor exposición ver los porcentajes de nuestra siguiente figura:



Todos nuestros pacientes fueron de edades que oscilaron entre 13 y 85 años, de los cuales, 37 están comprendidos entre 15 y 35 años; 38 pacientes de 36 a 55 años y 32 de 56 a 75 años. Incluimos los menores de 15 y los mayores de 75 en los grupos inmediatos superior e inferior respectivamente.

15 - 35 AÑOS



36 - 55 AÑOS



56 - 75 AÑOS



= UN PACIENTE

No queremos con esto prejuzgar sobre la frecuencia deidad en que las hernias aparecen, sino que queremos dar una idea del momento en que el paciente sintió más molestias que lo impulsaron a buscar el tratamiento quirúrgico, pues en las historias de todos hubo quienes se presentaron inmediatamente después que notaron la presencia de su hernia y hubo otros que esperaron años antes de decidirse a su intervención; y entre unos y otros toda una variedad de fechas más o menos largas de evolución.

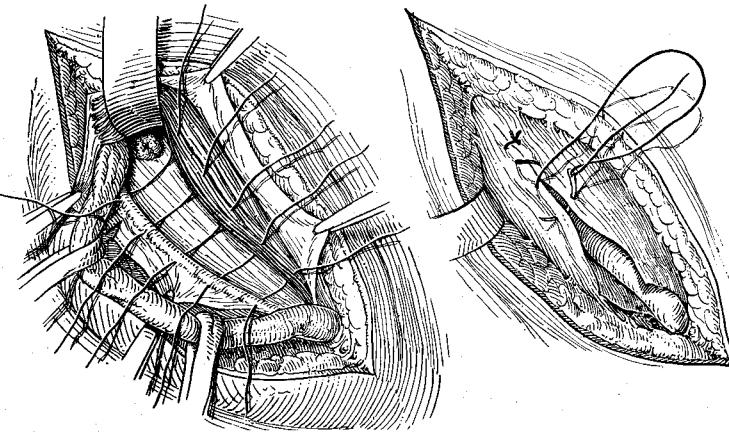
CONSIDERACIONES QUIRURGICAS

EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA ES LA REPARACION QUIRURGICA PRECOZ.

Creyendo nosotros que la oración anterior es verdadera, el tratamiento dado a estos pacientes ha sido el quirúrgico, siguiendo las técnicas de hernio-plastia que a continuación describimos. Contra nuestra costumbre pero para mayor facilidad de comprensión titularemos nuestras técnicas con nombres propios dejanos que en diferentes épocas si no han creado por lo menos han popularizado más una técnica, pues es bien sabido que en herniología existen decenas de técnicas con decenas de nombres diferentes que en infinidad de casos es una misma con pequeñas variantes.

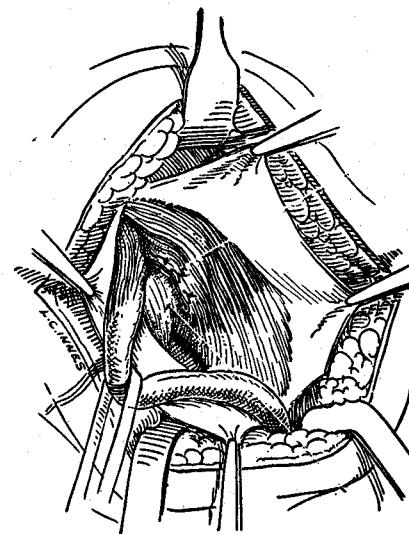
1. Técnica de Bassini.

Fue el cirujano de Massachusetts Henry O. Mercy qui creó esta técnica en 1881, pero Eduardo Bassini en 1889 fue que la popularizó. En esencia la técnica consiste en llevar el "Tendón Conjunto" al ligamento de Poupart por debajo de los elementos del cordón con material inabsorbible. Queremos aquí recalcar que usamos el nombre "Tendón Conjunto" por ser un término que ha consagrado el uso, pero que como realidad anatómica no existe; por lo que creemos que en infinidad de ocasiones el cirujano que emplea esta técnica lo que lleva al ligamento de Poupart es el Oblicuo Menor y el Transverso y en otros casos es una fascia transversalis gruesa y bien reforzada la que sutura al ligamento inguinal y queremos adelantar de una vez que indudablemente a esto se deba los malos o buenos resultados obtenidos con esta técnica. En el 1º de los casos se llevará un músculo a suturarlo a una formación fibrosa; las suturas quedarán a tensión y cada contracción muscular habrá un tironeamiento de las mismas y por lo tanto tendencia a la rotura de éstas. En el 2º. de los casos será una fascia transversalis, fuerte y resistente la que sin tensión y sin contracciones ulteriores se sutura al ligamento de Poupart.



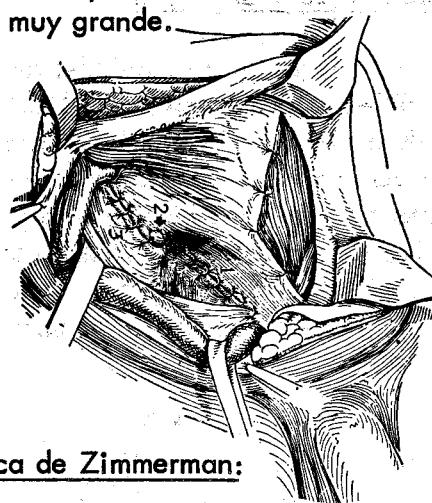
2. Técnica de Mc. Vay I.

Numeraremos los dos procedimientos de Mc. Vay como I y II para poder diferenciarlos mejor. El Mc. Vay I se utiliza en el tratamiento de las hernias inguinales indirectas con anillo pequeño, es decir que no sobrepasa hacia adentro los vasos femorales. Una vez resecado el saco herniario se sutura la fascia transversalis a la vaina de los vasos femorales, cerrando lo más posible el orificio inguinal interno. Siempre es conveniente si el cordón muy grueso adelgazarlo quitándole la ganga músculo-fibrosa que lo rodea.



3. Técnica de Mc. Vay II.

Con este nombre titularemos el procedimiento por medio del cual se puede reparar una hernia inguinal indirecta de anillo grande, es decir que sobrepasa hacia adentro los vasos femorales una hernia directa o una hernia femoral hecha por vía inguinal. Consiste en llevar la fascia transversalis, después de que se ha secado el saco, al ligamento de Cooper por dentro y a la vaina de los vasos femorales por fuera. En situaciones en que la fascia transversalis no llega lo suficientemente bien, se puede incidir una hoja anterior de la vaina del recto, lo que aumentará el descenso y el dimiento de aquella. Se puede adelgazar el cordón si la gangue muscular-fibrosa es muy grande.

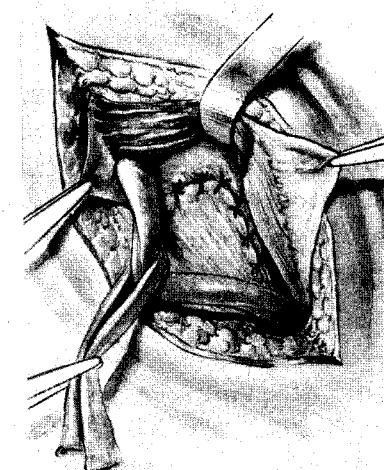


4. Técnica de Zimmerman:

Leo. L. Zimmerman ha criticado el hecho de llevar la fascia transversalis al Cooper en la corrección de las hernias inguinales indirectas y directas; pues deduce de los estudios anatómicos de Anson que la fascia transversalis se fija al ligamento inguinal y de allí envía una prolongación resistente al ligamento de Cooper; por lo tanto en las hernias inguinales en que el defecto se encuentra a nivel de la pared posterior del trayecto lo lógico es llevar la fascia transversalis al ligamento inguinal ya que normalmente existe una prolongación de esta fascia hacia el ligamento de Cooper; reservando el descendimiento de la fascia transversalis al Cooper únicamente para los casos de hernias femorales operadas por vía inguinal.

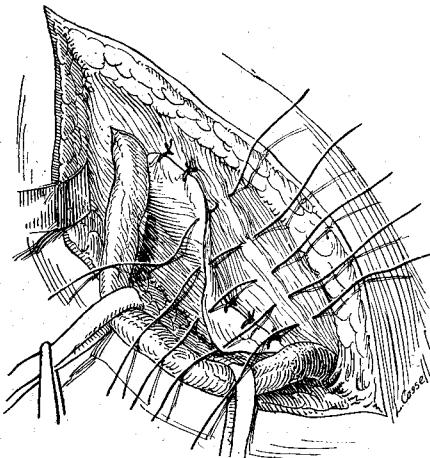
De todo esto se deduce que el procedimiento de Zimmer para las hernias inguinales indirectas es llevar la fascia transversalis al ligamento inguinal, ya que en este caso el problema es debido a la presencia de un anillo inguinal interno más o menos grande.

En las directas, siendo el problema el de una fascia transversalis carente de fibras aponeuróticas de refuerzo, lo correcto es reforzar esta fascia transversalis con uno de los elementos que constituyen el trayecto inguinal, por lo que haciendo un corte en el labio inferior de la fascia de inserción del Oblicuo Mayor se dirige a la parte superior de la fascia transversalis ya reparada y el fragmento externo de esta misma fascia crea una válvula de contención a la salida del cordón por el anillo inguinal interno llevando este fragmento de fascia a suturarlo por debajo del labio superior de la fascia de inserción del Oblicuo Mayor; y con el mismo labio superior recubre los elementos del cordón ya adelgazado, suturándolo a la cara anterior del labio inferior ya mencionado.



5. Técnica de Steten:

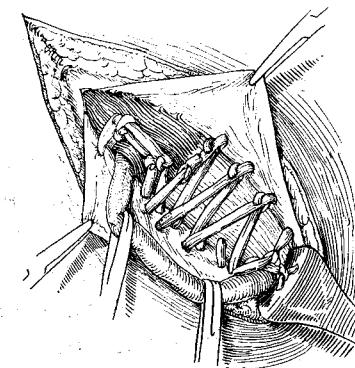
Este cirujano es el que más contribuyó a popularizar el procedimiento de traslapar los labios de la aponeurosis del Oblicuo Mayor por debajo del cordón, dejando a este subcutáneo.



Tiene el gran inconveniente que el cirujano en su afán de reforzar lo más posible el triángulo inguinal, crea un punto aún más débil a nivel de la salida del cordón de la cavidad abdominal; pues dejando esta salida directa hacia el tejido celular cutáneo y quedando el cordón sin ninguna contención aponeurótica a este nivel; es invitar a la salida de nuevas hernias a través de este punto débil.

6. Técnica de Maingot:

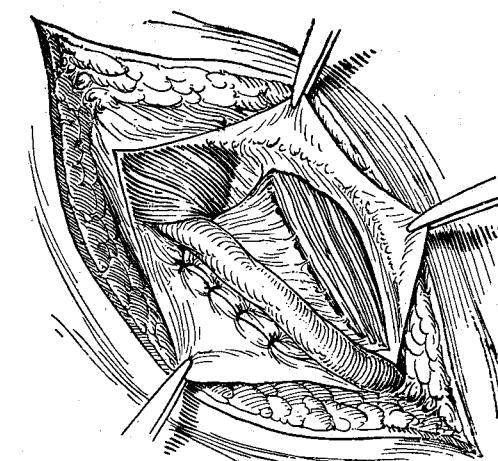
Esta técnica es ideal para la corrección de las hernias inguinales gigantes o hernias inguinales recidivadas en que los planos aponeuróticos han desaparecido completamente. Después de suturar la fascia transversalis o lo que quede de ella, se inicia la confección de un entrelazado con seda floja que iniciando en la espina del pubis se dirige hacia arriba de la cara anterior del Oblicuo Menor, de allí desciende al ligamento inguinal, de nuevo asciende al Oblicuo Menor y así sucesivamente hasta el orificio inguinal interno de donde se regresa nuevamente, recorriendo el mismo trayecto de fuera adentro y entrecruzándose con los otros anteriores hasta rematar en la espina del pubis.



7. Técnica de Berger- Halstaed:

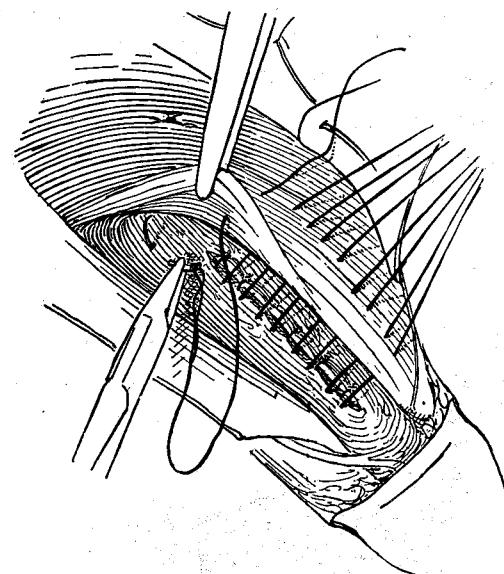
Esta técnica fue popularizada por los cirujanos arriba mencionados a partir de 1902, el fundamento de la misma descansa en el descendimiento de un colgajo que se recorta sobre la hoja anterior de la vaina del recto, se rota sobre su borde externo y se sutura al ligamento inguinal, después de haber reparado la fascia transversalis.

Es una buena técnica para las hernias inguinales direciones con fascia transversalis débil, pero tiene el inconveniente de dejar un punto débil a nivel de la hoja anterior de la vaina del recto, aunque Kurtz y Foshi han demostrado experimentalmente que la fascia del recto se regenera sola y rápidamente.



8. Técnica de Ferguson:

Esta técnica sutura los músculos oblicuo Menor y Transverso al ligamento de Poupart por encima del cordón, suturando continuación los labios de la aponeurosis de inserción del Oblicuo Mayor. Tiene el gran inconveniente que deja en enorme punto débil a nivel del orificio inguinal externo, que es por donde va a emerger el cordón de la cavidad abdominal.



DISCUSION

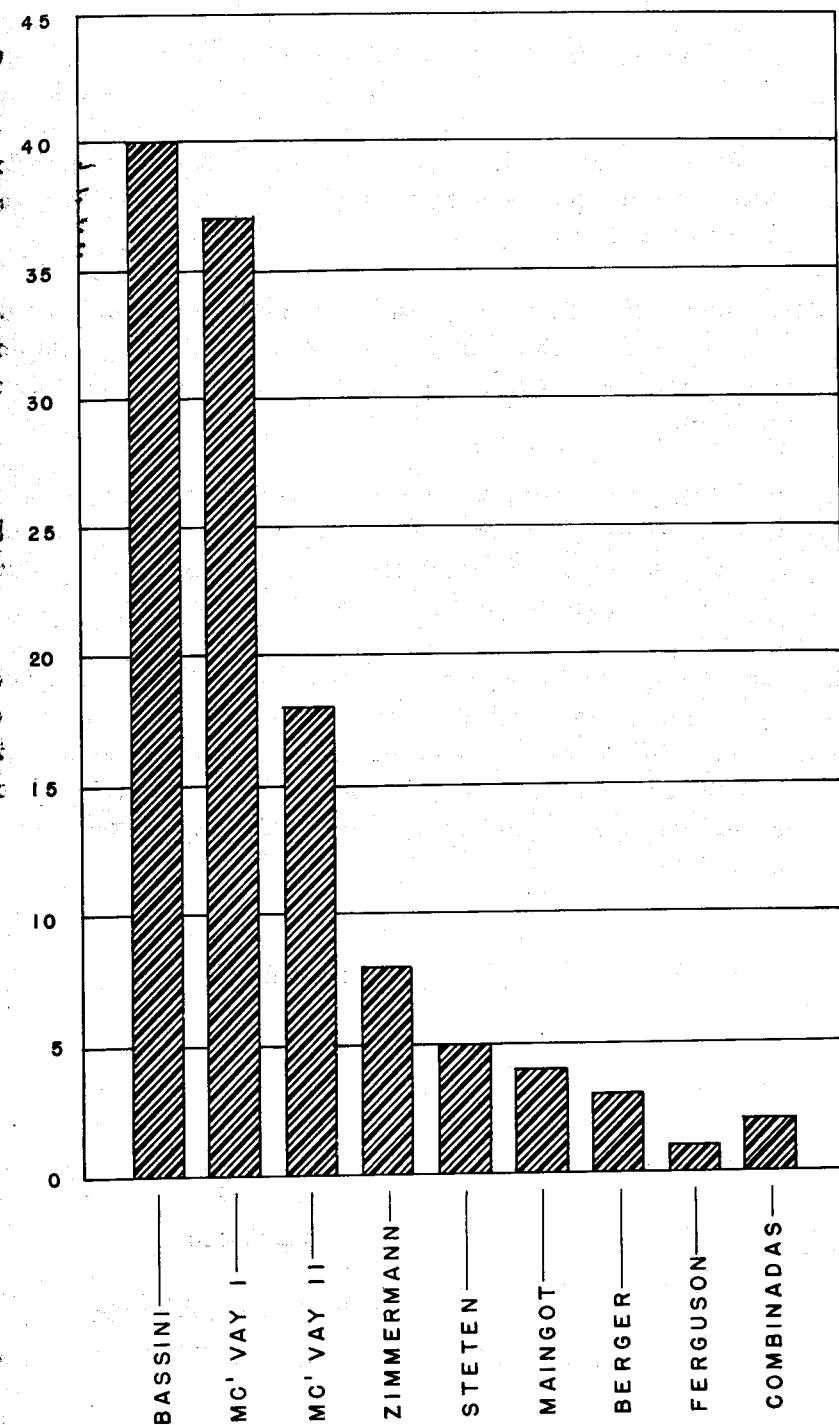
Al revisar estas 118 hernioplastías de diferentes tipos creemos hacer resaltar una serie de puntos importantes en la ejecución de las mismas: 1o. Fueron usados tres tipos diferentes de incisiones los que podemos enumerar así: a) Transversal, siguiendo uno de los pliegues de la región inguino-abdominal, b) Parainguinal Superior y c) Pararectal. Creemos que la incisión transversal es la más anatómica y la que dejará con el tiempo una cicatriz casi invisible. La Parainguinal Superior paralela al pliegue inguinal es tal vez la que mejor exposición da, pero tiene la desventaja que deja una cicatriz muy visible. Finalmente la Pararectal se quedaría reservada para aquellos casos en que preventivamente se piensa bajar un colgajo de fascia de la vaina del recto. Es completamente antiestética, dejando una cicatriz muy visible.

2o. En todos nuestros casos fue usado como material de sutura, material inabsorbible, fundandonos en que estudios estadísticos demuestran una cantidad grande de recurrencias en las series en que el material de sutura usado ha sido absorbible. Queremos recalcar aquí mismo que un factor de primordial importancia en la ejecución de una hernioplastía es la sutura, la cual nunca debe quedar sometida a demasiada tensión. Factor igualmente de primordial importancia en la ejecución de nuestras hernioplastías fue una cuidadosa hemostasia y una esterilización igualmente cuidadosa, llevada hasta el exterior en los casos en que se realizó la técnica de Maingot, pues es bien sabido que los hematomas, fugas de suero y la infección del material de sutura son tres de las principales causas que contribuyen a la recidiva de las hernias, y es otra razón por la cual el material absorbible ha sido completamente abandonado, pues en iguales condiciones de esterilidad se infecta más fácilmente que el material inabsorbible.

3o. La diversidad de técnicas usadas en esta serie y la mayor frecuencia del uso de la técnica de Bassini en la misma, se debe a las diferentes simpatías de los cirujanos por determinada técnica y habiendo contribuido un grupo de jóvenes cirujanos en

la ejecución de las mismas y siendo el Bassini el más universalmente conocido se comprende la mayor predilección que por él se tuvo. Sin embargo, creemos que a la luz de los conocimientos actuales sobre anatomía y técnica de la hernioplastia inguinal, las son las técnicas más racionales: las técnicas de Mc. Vary, la de Zimmerman, siempre que la hernioplastia sea por primera vez. Pero también podemos asegurar que cualquier técnica de hernioplastia inguinal es buena, siempre que se observen mejor posible los principios generales de cirugía en su ejecución: antisepsia y asepsia cuidadosa, hemostasis perfecta, disección minuciosa y material de sutura adecuado, fijado a una tensión también adecuada. (Ver Fig. 12.).

4o. Con respecto a nuestras recidivas podemos decir que se ajustan más o menos a las obtenidas en modernas series seguidas en otros hospitales. De 107 enfermos que fueron operados en el período comprendido entre Enero de 1955 y Enero de 1958, hemos controlado 33 de estos casos teniendo el más antiguo tres años de control y el más reciente 6 meses, es decir un promedio de 21 meses, de estos 33 casos controlados que representan 36 hernioplastias tuvimos 2 recurrencias, lo que nos da una posibilidad de 118 hernioplastias de 6 a 7 recurrencias.



CONCLUSIONES

- 1o. El tratamiento de la hernia es la reparación quirúrgica precoz.
- 2o. Creemos que el término Tendón Conjunto debe serabolido de la terminología herniplástica, ya que como entidad anatómica no existe.
- 3o. Cualquier tipo de hernioplastía inguinal que se use, es un buen procedimiento, siempre que se observen los principios generales de la cirugía y que se elija el material de sutura adecuado.
- 4o. Nuestros porcentajes de recidivas conocidas es de 5.5% y de posibles recidivas es de 18.1 %, siendo similar a las observadas en series modernas de hospitales acreditadas y hasta podemos decir que los resultados han sido muy buenos.
- 5o. Esperamos, con la revisión de casos antes hecha, haber contribuido en algo al estudio del problema del tratamiento de la hernia inguinal; que siempre ha sido menospreciado y descuidado sin pensar que constituye un reto a la cirugía y que una hernia mal operado por primera intención recidivará una o más veces.

Armando Barillas A.

Vo. Bo.

Dr. Julio de León

Imprímase

Dr. Ernesto Alarcón
Decano

BIBLIOGRAFIA

Burton, C. C. S. G. O. Dec. 1957, Vol. 105 No. 6 - 521

Cuttler and Zollinger
Atlas of Surgical Operation - Second Edition 1949,
Pág. 43

Doran, F. S. A.
Analys of Surgery. Dec. 1957, Vol. 146, No. 6-957

Kirschner, Martin
Operaciones para la cura radical de las hernias. 1949.

Mc. Vay, Chester B.
Hernia - The Pathologic Anatomy and their Anatomic
Repair of the More Common Hernias - 1954.

Zimmerman, Leo M. and Anson, Barry J.
The Anatomy and Surgery of Hernia - 1953