

Técnica del Tratamiento Quirúrgico de las Hernias Inguinales

POR EL

Dr. Juan Cafferata (hijo)

Desde muy antiguo, ha constituido una preocupación de los cirujanos la reducción de las hernias, cualquiera fuera su localización.

Con la era Listeriana se inicia un período fundamentalmente importante en el pronóstico de las intervenciones quirúrgicas, ya que hasta ese momento la cirugía hábilmente practicada, sufría los más grandes fracasos frente a la infección. Desde ese momento se multiplican los esfuerzos por mejorar las técnicas, perfeccionar la reconstrucción de los planos anatómicos y evitar las recidivas.

No me detendré mayormente en las referencias históricas sobre el tratamiento cruento de las hernias inguinales, practicadas por los antiguos, que desde la castración, pasando por la destrucción del saco herniano y su contenido, mediante aplicaciones de instrumentos calentados al rojo, la ligadura del saco herniano a través de los planos superficiales, mediante suturas en masa, hasta la aplicación de vendajes especiales destinados a contener las vísceras procliventes.

En los últimos tiempos y a partir del siglo XIII, se preconizan y practican procedimientos más razonables y eficaces.

Duplay y Reclus, en su *Traité de Chirurgie*, tomo 6, pág. 145, dicen: Para obtener la cura radical de las hernias, los procedimientos o métodos empleados pueden reducirse a los siguientes: 1°.) Métodos de las inyecciones pre-herniarias; 2°.) Obliteración del trayecto por la sutura sub-cutánea; y 3°.) La operación propiamente dicha, que comprende: la incisión de los planos superficiales, el aislamiento del saco, la obliteración de su cuello por la ligadura o su-

tura, seguida de la extirpación o fijación en la pared abdominal del saco así tratado, y finalmente la sutura al descubierto del trayecto herniario y la obtención de una cicatriz parietal, capaz de oponerse al retorno de la hernia.

De estos tres métodos, los dos primeros sólo son aplicables a las hernias reductibles; el tercero, al cual se atienden hoy en día todos los cirujanos, se aplica en todas las hernias, reductibles o irreductibles, libres o estranguladas.

Luton fué el primero que en el año 1875 buscó de obtener a nivel del anillo herniano, por la inyección de sustancias cáusticas, un proceso plástico, una retracción de los tejidos por neoformación fibrosa, que envolviendo el cuello determine su cierre.

Spanton, después del procedimiento puesto en práctica por John Wood, creó un instrumento especial —el Strephotomo— parecido a un tirabuzón, que se introducía mediante una pequeña incisión practicada en la parte superior del trayecto inguinal, y una segunda en su extremidad inferior por donde se introducía el dedo del operador, que rechazaba el saco herniano y el cordón, determinando con el instrumento una serie de perforaciones en los pilares del trayecto y del saco, con lo que producía un proceso adhesivo plástico, que cerraba u obliteraba el trayecto.

Por fin, la cura radical a cielo abierto, en donde la hernia, esencialmente constituida por un saco peritoneal, que ha atravesado un punto débil de la pared abdominal, con el contenido visceral o epiploico, debe ser eliminado y reconstruida la pared, para evitar la reproducción de aquélla.

Para ello será menester incidir los tegumentos, continuar con las capas aponeuróticas, aislar el saco de los elementos adosados a él, llegar al orificio por donde se deslizó hacia el exterior de la cavidad abdominal, abrirlo para verificar su contenido, reducir éste, ligar el cuello del mismo y reconstruir la pared profunda o posterior que le dió salida, evitando que se reproduzca; y realizar en último término, la síntesis definitiva de los otros planos superficiales.

Por lo tanto, la cura radical comprende un número variable de tiempos operatorios, que deberán sucederse armónicamente para realizar una intervención reglada, sin riesgos y realmente útil.



Hoy en día parecen agotados los temas referentes al tratamiento quirúrgico de las hernias; así lo demostró el Profesor Carlos I. Allende, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en su documentado relato al Octavo Congreso de Cirugía del año 1941.

Todos los esfuerzos tendían a obtener un plano resistente, capaz de oponerse en el futuro, a la procidencia de los órganos intra cavitarios, que se deslizan por un punto débil de la pared, siguiendo trayectos más o menos cortos, hacia los tegumentos, para evidenciarse en la superficie de los mismos, deformando las regiones, más o menos intensamente de acuerdo al tamaño de las hernias.

Se ha generalizado en forma tal, dicho tratamiento, que en los servicios de urgencia y en las grandes clínicas quirúrgicas, la operación de las hernias, principalmente inguinales, constituye una intervención corriente, a la que no se presta mayor atención ni se le da importancia y a veces se entrega a manos inexpertas, resultando como corolario, el fracaso por las recidivas en el mejor de los casos.

Si bien es cierto, la intervención en sí no reviste mayores dificultades, es necesario para el éxito de la misma, conocimientos anatómicos precisos que ponen al cirujano novel, al abrigo de los inconvenientes mediatos del post-operatorio, la recidiva.

Es claro que no siempre los fracasos se deben a una imperfección en la técnica, ni a un desconocimiento de los elementos anatómicos, muchas veces alteraciones congénitas o adquiridas de los tejidos modifican el resultado.

Este hecho ha originado una serie de modificaciones en la reconstrucción de los planos profundos tendientes todas ellas, a evitar la reproducción de la primitiva lesión.

Una de estas modificaciones técnicas que se aplica en el servicio del Profesor Bertola, en el Hospital San Roque, motiva este trabajo.

Modificación al procedimiento de Bloogood, descripto por el mismo en el año 1919 y modificado por Bertola, cuya síntesis consiste en aproximar, mediante puntos separados, el ligamento de Henle, al arco crural.

De sus resultados, no tenemos hasta el presente ningún fracaso. Se han observado durante largo tiempo los operados y ninguno ha presentado recidivas.

Pero antes de describir en detalle, la técnica seguida, conceptúo necesario apuntar algunos antecedentes, referentes al territorio hernario, por donde los órganos se deslizan al exterior, constituyendo la entidad mórbida que nos ocupa.

Para terminar, con estas consideraciones generales, transcribiré a continuación las palabras del eminente cirujano Profesor Chutro, el tratar el tema en sus lecciones de Clínica Quirúrgica.

“La hernia inguinal, es una afección, que aparece en los varones de toda edad. Su descripción llena volúmenes, en las enciclopedias de cirugía y parece inoficioso escribir algo más al respecto. Sin embargo no está dicha la última palabra. Quedan muchos puntos oscuros concernientes a Patología y tratamiento”.

Consideraciones anatómicas

La sucesión de planos que de la superficie a la profundidad, se escalonan o se superponen, en la región inguinal; resultan de interés, los más profundos.

Preseindiendo pues de los tegumentos, el tejido celulo-adiposo y la fascia superficiales, hemos de detenernos en los planos músculo-aponeuróticos y en el que está representado por la fascia transversalis, por ser realmente de interés en dos aspectos.

Primero, porque a través de ellos, se deslizan al exterior, los órganos que forman la hernia, (Saco y su contenido) elementos del cordón y del cordón mismo.

Segundo, porque con ellos deberemos reconstruir las paredes del trayecto inguinal, reforzando el plano profundo o pared posterior, evitando las recidivas herniarias.

Debajo de los planos superficiales, aparecen sucesivamente, la aponeurosis del oblicuo mayor, de color blanco, formada por fibras longitudinales que al llegar al sitio por donde se exterioriza el cordón y sus elementos, forma un anillo llamado generalmente interno, por su situación con respecto a la línea media del

abdomen, y al que la aponeurosis del oblicuo, contribuye a formar sus tres cuartas partes.

Este plano, como veremos oportunamente, que debe ser seccionado en el sentido de sus fibras, no juega en la reconstrucción parietal, ningún rol importante, ya que en la patogenia de la hernia, no interviene mayormente; su valor es por lo tanto desde ese punto de vista, secundario.

Inmeditamente por debajo y una vez abierto el primer plano aponeurótico, aparece el cordón espermático con su intrincado sistema de elementos vasculares, que ha hecho su aparición en el extremo externo de la región inguino-abdominal y se encuentra apoyado directamente sobre el plano sub-yacente, siguiendo una dirección oblicua, hacia abajo, en dirección a las bolsas.

El cordón y sus elementos emergen del abdomen por el anillo inguinal externo, opuesto al interno y cuya denominación obedece a la misma razón señalada para aquel, es decir, más alejado de la línea media, que el interno.

Cubierto por el músculo cremaster, dependencia del oblicuo menor, cuyas fibras longitudinales, lo acompañan en todo el trayecto inguinal, para formar luego en la región escrotal, un plano perfectamente individualizado.

El sitio de emergencia del cordón a través de la fascia transversalis, el anillo inguinal externo, es el sitio por donde hacen emergencia también, una variedad de hernias inguinal, la oblicua externa.

Acompañan al cordón espermático, ramas o filetes nerviosos, provenientes del plexo lumbar, el abdomino genital mayor.

El plano inmediato inferior, sobre el que descansan los distintos elementos ya mencionados, está constituido por la fascia transversalis en el sector externo y superior y por el complejo oblicuo menor y transverso, que dan origen al tendón conjunto.

La fascia transversalis, está separada de la gran cavidad, por el último plano, representado por el peritoneo parietal.

Esta se comporta en su porción interna, reforzada a su vez por la aponeurosis posterior del transverso y del recto anterior mayor en una forma especial.

Y el peritoneo visto por su cara interna, presenta características especiales, que de inmediato señalaremos y que en parte explican, el origen de las hernias, ya que ellas dejan en la pared, espacio de menor resistencia, verdaderas fosas, por donde se insinúan al exterior, recubiertos por la hoja peritoneal, las vísceras que forman el contenido del saco herniario.

Los restos de la arteria umbilical y el uraco que descienden del ombligo y en parte divergente, llegan al extremo inferior de la pared abdominal, haciendo relieve sobre el peritoneo parietal que los cubre.

La fascia transversalis presenta en esta porción inferior algunas particularidades dignas de anotar.

Si examinamos la pared posterior del abdomen por detrás y debajo del músculo recto antes de insertarse en el pubis, nos llama la atención la forma como se comporta.

Un poco por encima de la vaina del recto, donde los vasos epigástricos perforan la misma, la fascia se condensa en una arcada, o formación convexa hacia arriba, que en anatomía se llama arcada de Douglas, y se continúa hacia abajo y afuera, pasa por fuera también de los vasos epigástricos, condensándose en nuevas fibras, a las que se agregan algunas provenientes del sector superior y dan origen al mal llamado ligamento de Hesselbach.

Por dentro de esta formación fibrosa y dependiente de la aponeurosis posterior del recto, encontramos una nueva condensación de fibras, que se dirigen hacia adentro, siguiendo el borde externo de dicho músculo, es el ligamento de Hanle, que nos servirá, en el procedimiento a describir, como un medio de unión de la futura sutura, juntamente con el tendón conjunto para llevarlo contra el arco crural y formar la pared posterior del trayecto inguinal.

Entre las distintas formaciones anatómicas mencionadas, quedan espacios de menor resistencia que aprovechan las vísceras abdominales, para salir al exterior y dar origen a las hernias.

Para no detenerme en la clasificación de aquellas, ya que este punto corresponde a la Patología Quirúrgica; lo mismo que al mecanismo de producción de las mismas por iguales razones.

Solamente he apuntado algunas consideraciones de orden anatómico, indispensables para poder abordar con conocimientos y bases sólidas, la reconstrucción de los distintos planos.

Resumiendo, el trayecto inguinal, que forma parte de la región inguino-abdominal, está formado por cuatro paredes y dos extremidades.

Una pared anterior representada por la aponeurosis del oblicuo mayor, una pared posterior, a la que concurren en su formación el completo, oblicuo menor y transverso o mejor llamado, tendón conjunto, que llena el sector infero-interno, correspondiendo a la fascia transversalis, el resto. Por este espacio salen el cordón y sus distintos elementos que lo acompañan.

Una pared inferior, constituida por el arco crural y una pared superior, formada por el borde inferior de los músculos oblicuo menor y transverso.

De las extremidades o anillos inguinales, el interno está representado por la emergencia del cordón y sus elementeos, cuya salida está señalada por una disposición especial del oblicuo mayor en forma de media circunferencia.

El extremo externo, aunque profundamente colocado se denomina anillo inguinal externo y señala el sitio por donde emergen de la cavidad abdominal, el cordón y sus elementos en el hombre y el ligamento redondo en la mujer .

Técnica de la cura radical

Señalada la línea de incisión, que como lo indica la figura N°. 1 se hace sobre la mitad interna de la línea de Malgaine, procedemos a practicar la anestesia.

Ella siempre es local, nuestra experiencia nos autoriza a analizarla sistemáticamente, pese a la opinión muy respetable de numerosos cirujanos, que llegan hasta proscribirla.

Para ello utilizamos novocaína al 1 % con algunas gotas de adrenalina al milésimo y comenzamos, bloqueando los nervios abdomino-genitales, a un través de dedo por dentro de la espina ilíaca ántero-superior.

Introducimos la aguja y en forma tridente, inyectamos los planos superficiales y profundos.

Una segunda inyección del mismo anestésico y en forma igualmente tridente, se hace sobre el cordón y los elementos, en el momento de abandonar el anillo inguinal interno.

A veces será conveniente inyectar una pequeña cantidad de

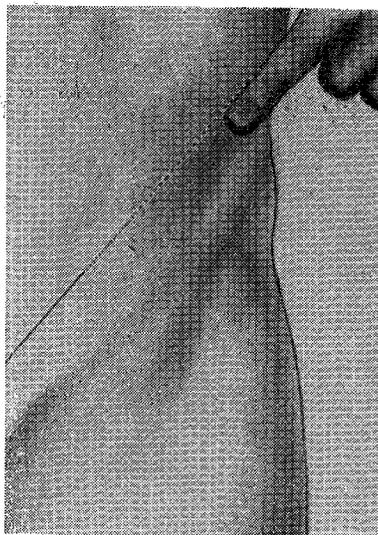


FIGURA N°. 1

La línea de puntos señala el sitio de la incisión. Línea de Malgaigne. Un través de dedo, por dentro de la Espina Iliaca. La mitad interna que termina en el cuerpo del pubis, señala el sitio de la futura incisión.

novocaína a lo largo de la línea de incisión, para bloquear aquellos filetes sensitivos que provenientes de los últimos intercostales y los abdómino-genitales, pudieran escapar al anestésico.

Confeccionado el campo operatorio previa antisepsia de la región y separado el instrumental necesario, que será el de uso corriente, pues no es necesario ninguno especial, y colocado sobre la mesa de Finochietto, se da principio a la intervención.

Incisión de los planos superficiales, piel y tejido celular; es-

tos planos son atravesados como indica la figura N°. 2, por dos o tres pequeñas venas que deberán ser prolijamente ligadas entre dos pinzas hemostáticas, así como otros vasos que seccionará el corte. La prolijidad en la hemostasia de este plano tiene un gran valor en el post-operatorio, ya que la producción de hematomas traería entorpecimientos del proceso de cicatrización.



FIGURA N°. 2

La sección de los planos superficiales, ha sido hecha. Piel, tejido celular, tejido adiposo. Atraviesan la herida, los vasos superficiales que se ligarán entre dos pinzas hemostáticas. La línea de puntos indica la futura sección de la aponeurosis.

En la misma figura N°. 2 está señalada con una línea de puntos el sitio de la futura incisión aponeurótica previa sección de la fascia superficialis. En este momento deberán colocarse las compresas de gasa en los bordes de la incisión superficial, que serán mantenidas por pinzas de campo operatorio adecuadas.

La incisión sobre la aponeurosis del oblicuo mayor se hará a partir del anillo inguinal interno inmediatamente por encima de la

emergencia del cordón y en una extensión más o menos igual a la de los planos seccionados, ambos bordes serán tomados por una pinza de Kocher, que los mantendrá fijos y separados.

Aparece en este momento el saco herniano cuando la hernia todavía no ha abandonado el trayecto inguinal, rodeada por el cor-

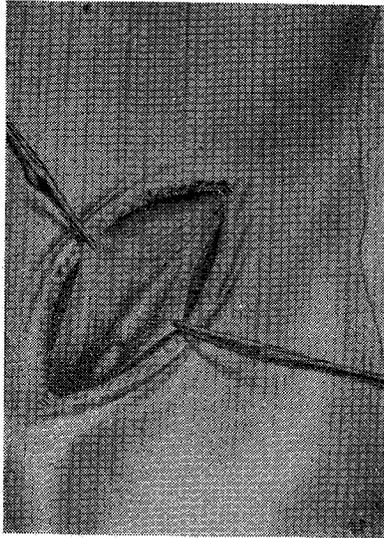


FIGURA N° 3

La línea de puntos señala la incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor, debajo del cual aparece el cordón y sus elementos.

dón y sus elementos, que habrá que aislar cuidadosamente para no incluirlo en la ligadura del cuello del saco.

Con maniobras suaves de despegamiento, se va aislando el saco del cordón y sus elementos venosos, maniobra que en el caso de haber existido aparatos de prótesis, se ve enormemente dificultada por las adherencias contraídas entre los elementos anteriormente citados.

A veces el conducto deferente se adosa tan íntimamente al saco herniano, que será menester su investigación minuciosa para no incluirlo en la ligadura posterior.

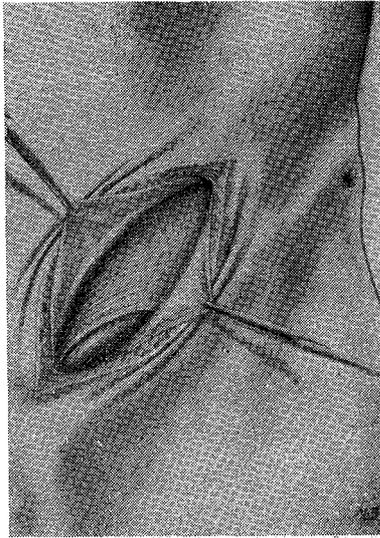


FIGURA N° 4

Seccionada la aponeurosis del oblicuo mayor y mantenida por dos pinzas de Kocher, aparece debajo la porción carnosa del tendón conjunto.

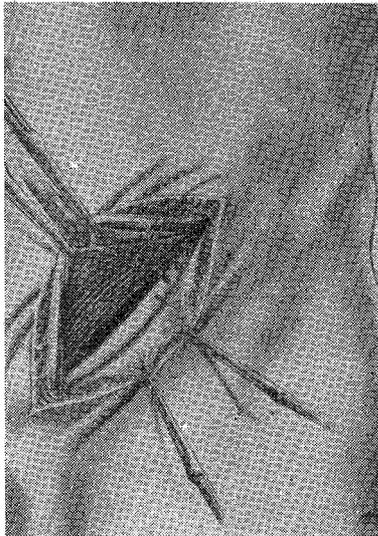


FIGURA N° 5

Reconstrucción de la pared posterior del trayecto inguinal. El tendón conjunto y el ligamento de Henle, se aproximan, mediante puntos separados y material crómico, a la arcada crural.

Una hemostasia prolija será de absoluta necesidad, una vez practicado en totalidad la separación del saco herniano de los elementos que lo rodean.

Algunos cirujanos abren prematuramente el saco herniano, reducen el contenido epiploico o visceral e introducen el dedo índice hasta llegar al fondo del mismo, realizando a partir de este



FIGURA N° 6

Suturado del plano posterior desde el orificio inguinal externo hasta el pubis; el cordón y sus elementos queda como descansando sobre ese lecho, para ser cubierto por el plano anterior.

momento el despegamiento o la separación de los distintos órganos que lo rodean.

Nosotros rara vez procedemos en esta forma, pues creemos innecesaria tal maniobra, ya que una vez separado e independizado el saco del cordón, recién lo abrimos. Una vez aislado el saco, el cordón y sus elementos son cargados sobre un tubo de caucho y reclinado hacia adentro, para que las maniobras posteriores no se vean dificultadas. Abierto el saco y reducido su contenido, proce-

demos a su ligadura, pasando a nivel del cuello por transficción y con material reabsorbible montado en una aguja de Mayo, terminamos su ligadura y luego procedemos a seccionar el saco por fuera de la misma.

Generalmente nos conformamos con la maniobra descrita anteriormente; no fijamos el cuello a la aponeurosis del oblicuo, sim-

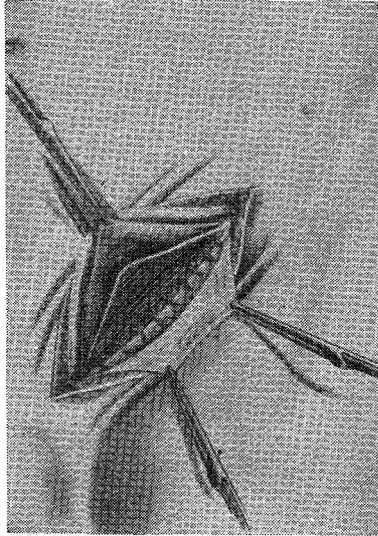


FIGURA N° 7

Terminada la sutura del plano posterior, a puntos separados y catgut crómico n° 1, se practicará de inmediato la sutura del plano superior que aparece tomado con dos pinzas de Kocher.

plemente lo abandonamos sobre la fascia. En este momento damos comienzo a la tarea de la reconstrucción de los distintos planos, poniendo especial cuidado en el plano posterior. Una pinza de Duval toma el tendón conjunto para mantenerlo fijo y dar comienzo al primer punto, que mediante una aguja de Mayo, un porta-agujas de Finochietto y catgut n° 2, se pasa a través de aquél, primero y a la arcada crural después, anudándose luego y dejando espacio suficiente para que el cordón y sus elementos emerjan sin

ser comprimidos. Se deja el hilo sin cortar para que sirve de jalón y de sostén y a puntos separados en igual forma que el primero, se continúan realizando los demás.

Los otros puntos de sutura incluyen el ligamento de Henle, variante al clásico procedimiento de Bassini y que en las paredes de escaso poder muscular, permite un sostén y una fijeza mayor a la pared posterior del trayecto debidamente reconstruída.

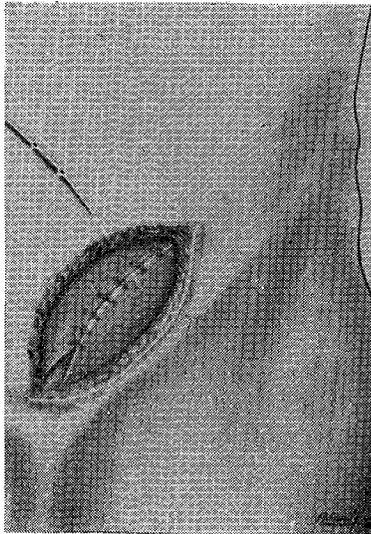


FIGURA N° 8

El plano anterior o la aponeurosis del oblicuo mayor suturada a puntos separados y a un centímetro de distancia. Debajo, reconstruído el anillo inguinal interno, por donde aparece el cordón y sus elementos.

Se llega por fin a colocar el último punto sobre el cuerpo del pubis, lo que algunos cirujanos aprovechan para tomar el periostio en la realización de este último. Queda así encerrado el plano muscular posterior y reconstruído el sostén de la pared posterior del trayecto inguinal, sobre el cual va a descansar como en un lecho blando el cordón y sus elementos, que son librados del tubo de goma que los separaba y que en este momento se apoyan sobre el pla-

no reconstruído. La maniobra de la reconstrucción de este plano, esquematizado en las figuras 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, y 19, se refiere a la situación que el cordón y sus elementos guardan con respecto a las dos paredes anterior y posterior del trayecto.

Asimismo, en los esquemas se aprecia con absoluta precisión, ya que están tomados de perfil y señalados en trazos gruesos, los

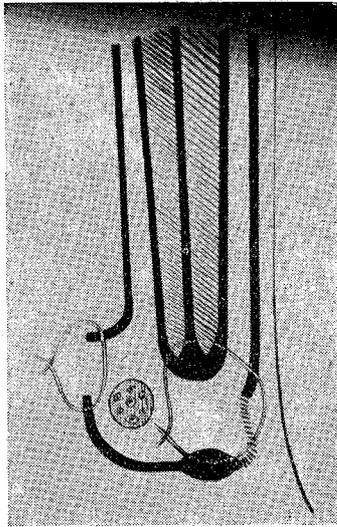


FIGURA N° 9

elementos aponeuróticos que al ser tomados con el punto correspondiente, van a dar mayor resistencia al plano reconstruído.

Señalan asimismo los esquemas, las variantes en la posición del cordón y sus elementos, que con respecto a los planos éstos serán pre o retro-funiculares, alojándose aquél o bien por debajo de todos ellos o bien por encima.

Reconstruído el plano posterior, se comienza la sutura del plano anterior o aponeurosis del oblicuo mayor, que al igual que el anterior se hará con material reabsorbible y a puntos separados, comenzando el primero de ellos por el extremo interno de la he-

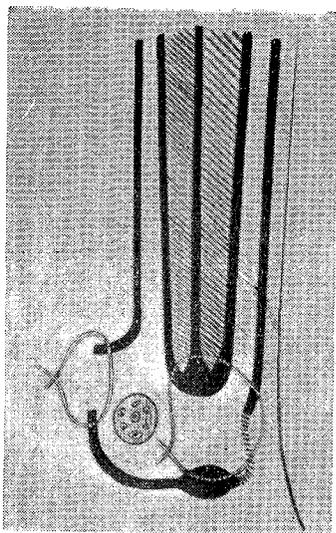


FIGURA N°. 10

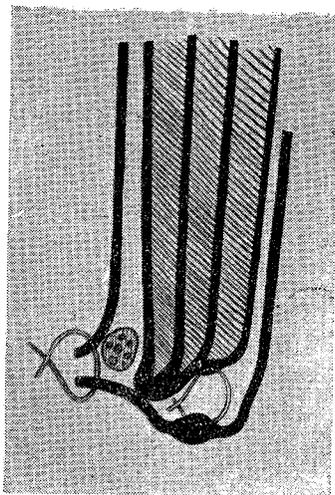


FIGURA N°. 11

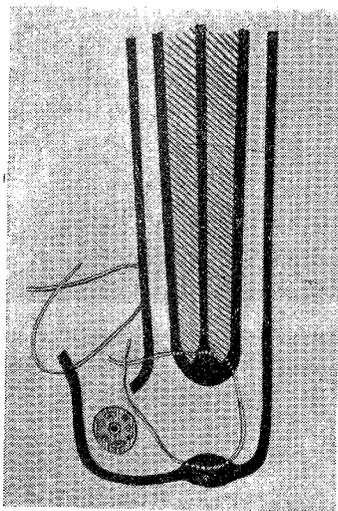


FIGURA N°. 12

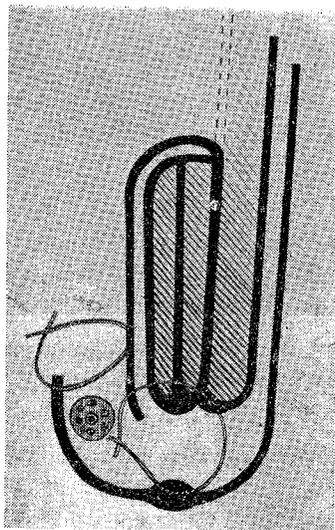


FIGURA N°. 13

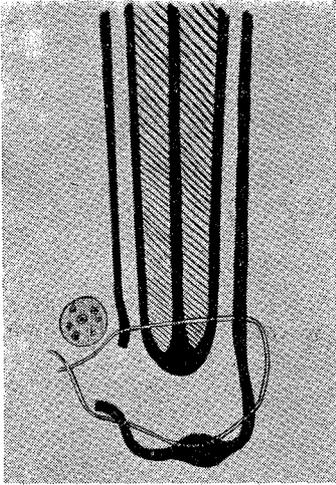


FIGURA N°. 14

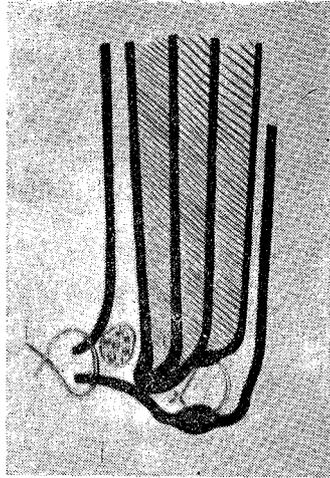


FIGURA N°. 15

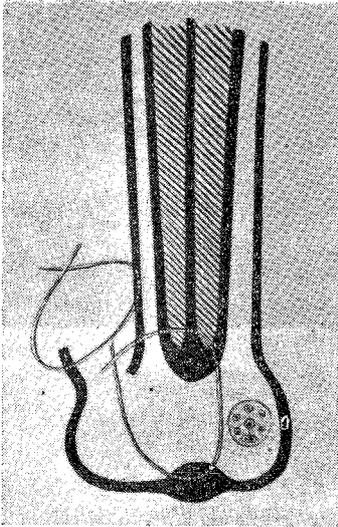


FIGURA N°. 16

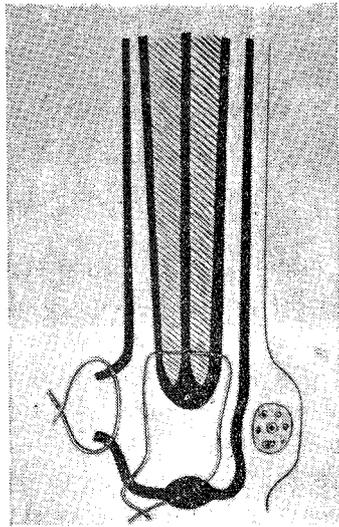


FIGURA N°. 17

rida y con la suficiente luz para los elementos que acompañan al cordón y a este mismo para que no sufran compresiones.

Estos distintos tiempos últimamente descriptos, están representados en las figuras 5, 6, 7 y 8; en esta última, que representa la reconstrucción de la pared anterior a puntos separados, señala el final de la manijobra.

Queda así reconstruído el trayecto inguinal, reforzada la pa-

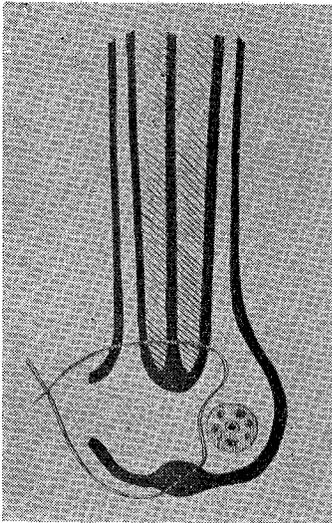


FIGURA N° 18

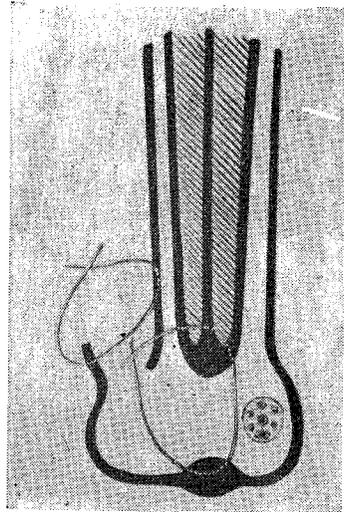


FIGURA N° 19

red posterior y el cordón con sus vasos y nervios, incluido en el lecho del mismo; falta la síntesis de los planos superficiales.

Será conveniente pasar unos puntos separados, de aproximación simplemente, que abarquen tejido célula-adiposo de ambos lados. Si la hemostasia ha sido prolija, no es necesario dejar drenaje alguno; sin embargo, en las hernias con grandes adherencias no está de más colocar un drenaje laminar que se retirará a las cuarenta y ocho horas siguientes a la intervención.

Por último, se retiran las compresas del campo y se sutura la piel; nosotros usamos para ello hilo de lino, a puntos separados y

a un centímetro de distancia cada uno; colocación finalmente del aposito y fijación del mismo.

BIBLIOGRAFIA

Bosch Arana. — Técnica Quirúrgica Sincronizada; tomo 1, pág. 335.

Chutro. — Lecciones de Clínica Quirúrgica; tomo 1, pág. 109.

Actas Congresos Argentinos de Cirugía. — XIII Congreso. Relato del Profesor Carlos I. Allende, pág. 199.

Christmann y Ottolenghi. — Técnica Quirúrgica; tomo II, pág. 167.

Davis Aplied. — Anatomy Muller, pág. 434.

Gerard Georges. — Manuel D'Anatomie Humane, pág. 505.

Duplay y Reclus. — Traité de Chirurgie; tomo VI, pág. 145.

Horsley y Bigger. — Cirugía Operatoria; tomo II, pág. 788.

Keen. — Cirugía; tomo IV, pág. 47.

Kirschner. — Tratado de Técnica Operatoria General y Especial; tomo IV, pág. 93.

Lejars — Chirurgie D'Urgence, pág. 605.

Marion. — Técnica Quirúrgica; tomo I, pág. 462.

Nelson - Surgery; volumen IV, pág. 589.

Pels Leusden. — Tratado de Operaciones, pág. 627.

Peyrat J. J. — Pathologie Externe; tomo III, pág. 582.

Prosecteurs. M. Guibe. — Chirurgie de L'Abdomen, pág. 21.

Pauchet Víctor. — Práctica Quirúrgica Ilustrada. Fascículo 1°. de la versión española de la 2ª. edición francesa, pág. 27.

- Paitre-Lacaze.* — Práctica Anatómico-Quirúrgica Ilustrada; tomo I, pág. 1 y sus siguientes.
- Spivack.* — Técnica Quirúrgica en las operaciones abdominales, pág. 610.
- Spalteholz.* — Anatomía Humana, pág. 298.
- Rouviere.* — Anatomía Humana; tomo II, pág. 446.
- Tandler J.* — Tratado de Anatomía Sistemática; tomo I, pág. 366.
- Testut-Latarjet.* — Anatomía Humana; tomo I, pág. 988.
- Testut-Jacob.* — Anatomía Topográfica; tomo II, pág. 38.
- Tillaux.* — Anatomía Topográfica, pág. 681.
- Thorek.* — Técnica Quirúrgica Moderna; tomo III, pág. 468.