

Una nueva modalidad de la hernioplastia inguinal

Drs. Francisco Montbrun*, Carlos A Hernández H*, Enrique Montbrun Molina

En los últimos quince años ha habido una verdadera revolución en el tratamiento quirúrgico de las hernias de la región inguinal. El factor económico ha influido para disminuir y aun eliminar la hospitalización posoperatoria. Ha prevalecido el método ambulatorio.

Se ha garantizado la eficacia de la operación con la aplicación, en las zonas debilitadas, de telas de malla, de material plástico producidas por distintos fabricantes. Ellas refuerzan a la pared abdominal, en la cual suprimen la tensión de las suturas, pues siempre habrá suficiente material para lograr cómodamente la realización de la síntesis. Es admitido que el factor tensión genera una constante tracción sobre las suturas, que al fin ceden y se provoca la recidiva. Sin embargo, no hay que generalizar y siempre existe la eventualidad de que una disección cuidadosa determine la liberación tisular que permita su favorable deslizamiento con una fácil síntesis. Queda siempre la interrogación acerca de la resistencia de los tejidos y si ella es suficiente para reforzar debidamente a las áreas de debilidad, para producir una cicatriz fuerte y estable.

Por lo anteriormente expuesto es que en el 82° Congreso del Colegio Americano de Cirujanos (San Francisco, EE.UU., 1996), se dedicaron dos grandes salones para la exhibición de las técnicas para el tratamiento de las hernias. Estas fueron generalmente combinadas con la implantación de prótesis. Se ha hecho tan frecuente este modo de proceder que para 1996 se calculaba que el número de casos operados podía llegar a un millón en todo el territorio de Norteamérica, incluidos los intervenidos de acuerdo a los métodos tradicionales.

Como factores favorables se recalca la aplicación del método ambulatorio, la mayor garantía contra la recidiva y la comodidad de la anestesia local, que facilita la rápida movilización del paciente. Se ha creado una nueva subespecialidad y la consiguiente preparación específica de los cirujanos. Es sabido que la medicina prepagada persigue fundamentalmente rebajar los costos y que, consecuentemente, ella espera un éxito en cada caso. Cuando no sucede esto último y la hernia recidiva habrá siempre resistencia de parte del seguro para pagar la segunda operación, indicada por la recurrencia.

Pueden generarse reclamos y hasta demandas en relación con la responsabilidad que asume el cirujano, obligado por las circunstancias, a restituir la normalidad en la región, con ausencia de dolores, edemas o problemas en el área genital.

Los conceptos que se emiten obligan a realizar esta operación dentro de un conocimiento anatómico que no puede ser improvisado, ni mal aplicado. Las disecciones en el cadáver son exigidas y constituyen precisamente el fundamento de la disección operatoria ágil, breve y con poco traumatismo, que no desgarrar ni lesiona elementos cuya integridad debe ser preservada, sea dentro del funículo espermático o en la inmediata cercanía, como los vasos femorales o ilíacos externos, que están más cerca de lo que se cree. La disección exagerada, que aísla los elementos en todo su trayecto separa forzosamente las estructuras y las somete a tracciones indebidas. Más grave aún es el caso donde hay infección por falta de asepsia, lo cual causa la pérdida de la intervención. Hay dificultades técnicas que solamente la experiencia resuelve. Tal es el caso de los grandes sacos que han perdido sus relaciones, los problemas del contenido del saco: adherencias intestinales, deslizamiento del ciego o el colon, herniación de la

* Individuo de Número

vejiga, etc. Los excesos en la disección a menudo producen la lesión de elementos cuya integridad es muy importante conservar, como sucede con la fascia transversalis, el anillo inguinal interno, o los músculos de las paredes del conducto inguinal, los fascículos del cremáster, o la inervación debida a los nervios ilioinguinales.

A los factores técnicos se han agregado, en el tratamiento de la hernia inguinal, los factores económicos y sociales relacionados con el trabajo y que obligan a que el empleado se reintegre en corto plazo a sus actividades. Se asignan generalmente lapsos de reposo en desproporción a su rehabilitación, que tampoco reconoce dolores, inflamaciones u otros problemas locales.

Seleccionamos el trabajo que consideramos como el de más importancia entre los exhibidos. Nos referimos al procedimiento de Robbins y Rutkow (1). Describiremos sus tiempos y los resultados de su estadística operatoria. En una segunda parte expondremos nuestro modo de actuar, con las variaciones con la técnica de los autores citados, y sus resultados.

Procedimiento de Robbins y Rutkow (1)

Aplican generalmente el método ambulatorio, relegan la hospitalización para los casos complicados (grandes hernias, hernias con deslizamiento de colon, vejiga, etc.).

Usan la anestesia local, cicloprocaína en solución débil (0,5% al 2%) asociada al midazolam o al diazepam intravenosos. El paciente debe conservar la posibilidad de contraer la pared abdominal y poder pujar, lo cual orienta sobre la acertada colocación de la malla y sus apoyos. La anestesia local se logra por la infiltración de los territorios de los nervios ilio hipogástrico e ilio inguinal, a partir de la espina ilíaca anterosuperior. Se extiende en forma descendente hasta el anillo inguinal externo y el tubérculo del pubis. En ciertos casos se prefiere la aplicación de la anestesia epidural o peridural. Siempre habrá de tenerse en cuenta que el paciente va a egresar a las seis horas, como lo estipulan los servicios ambulatorios.

La incisión es corta, de seis centímetros. La grasa subcutánea se secciona con la ayuda de un electrocoagulador, o con láser. En ambos casos el tiempo es exangüe. Puede haber necesidad de seccionar y ligar algunos vasos. Se secciona y entreabre el músculo oblicuo externo y se protegen

los ramos inguinales de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico.

Se localiza y aísla el funículo espermático. La sección longitudinal del cremáster en su línea longitudinal anterior, facilita la localización y la disección del saco (Figura 1), la cual lo libera totalmente. En las grandes hernias habrá necesidad de resecarlo. La disección es alta y contornea totalmente al cuello. Este último, en la mayoría de los casos, no es ligado. En las hernias inguinoscrotales se procede a su resección con ligadura del cuello. Ocasionalmente el saco, en el primer caso, es abierto y tratado su contenido.

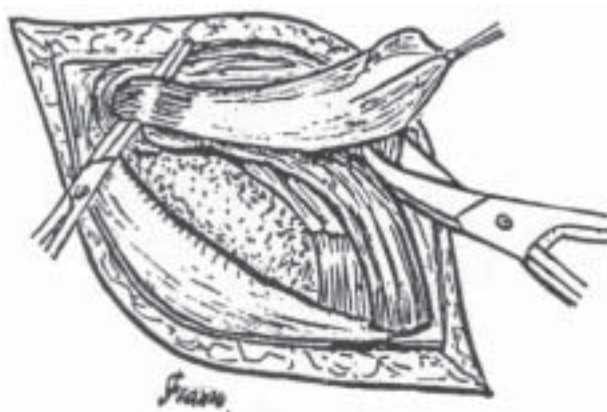


Figura 1. Disección del saco.

El cuello herniario debe quedar bien aislado de los elementos del funículo espermático. Todo el saco es apelonado y rechazado a través del anillo inguinal interno, hacia el espacio subperitoneal, y se mantiene en tal sitio con la ayuda de un cono de malla de propileno (Figura 2). La malla es adherente y se apoya en la fascia transversalis que rodea al anillo inguinal interno (Figura 3, 4 y 5).

En las hernias directas, los autores citados seccionan a la fascia, disecan el saco y lo rechazan con el cono, el cual lo mantiene como en el caso anterior. En todos los casos se colocan puntos de apoyo anclados en la fascia vecina y se comprueba su contención ordenando al paciente contraer la pared.

Una malla superpuesta (Figura 6) es colocada dentro del conducto inguinal. Ella es adecuadamente suturada y mantenida en su posición por varios puntos de fijación.

HERNIOPLASTIA INGUINAL

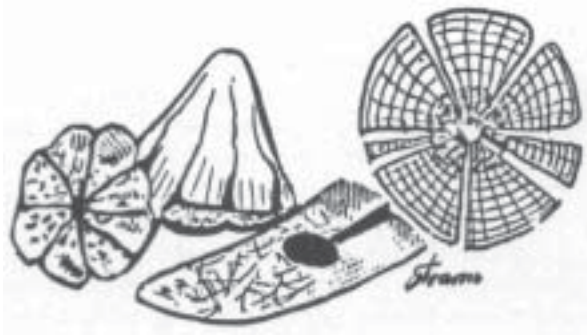


Figura 2. Cono y solapa de malla.

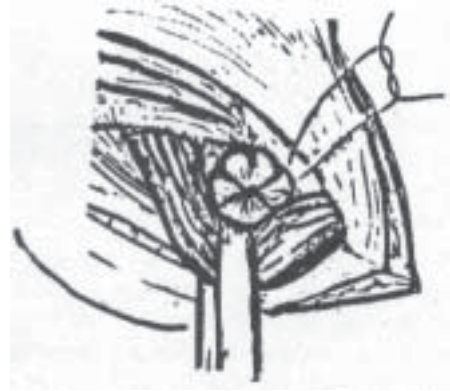


Figura 5. Fijación a la fascia.

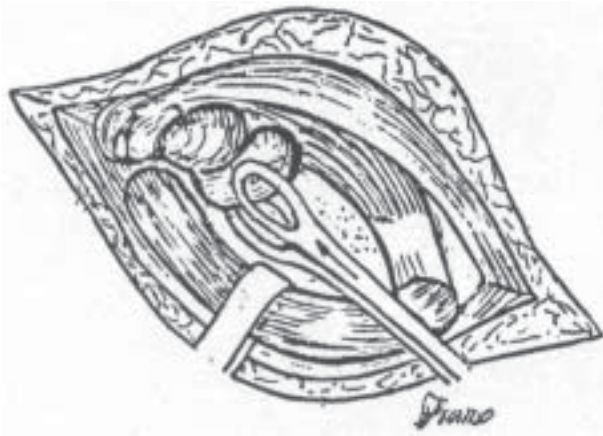


Figura 3. Impulsión del saco a través del anillo inguinal interno.

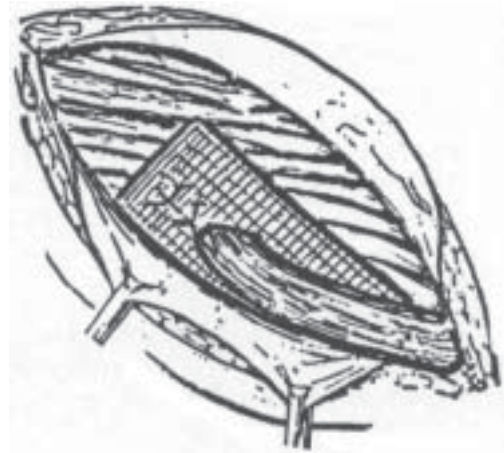


Figura 6. Solapa de refuerzo colocada sobre la pared posterior del canal.

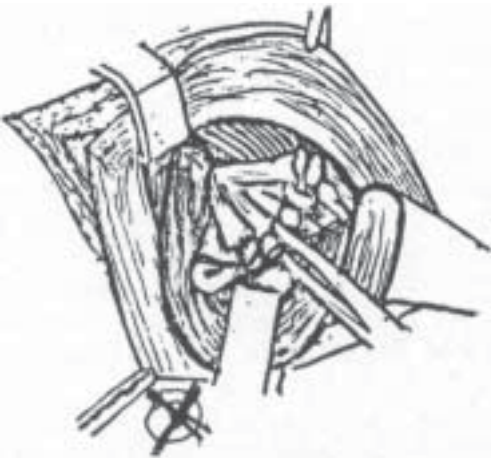


Figura 4. Contención y reforzamiento con el cono.

Finalmente, se reconstruye el funículo espermático y se sutura el oblicuo externo, el plano subcutáneo y la piel. Es excepcional que haya requerimiento de un drenaje.

Robbins y Rutkow (1), presentaron una estadística de 1793 casos primarios. No describen recurrencias en hernias primarias; hubo cinco recidivas en los 316 casos operados por recurrencias. En este último grupo se constataron diez infecciones, generalmente superficiales, sin invasión de la prótesis.

Las características de la globalidad de los casos se expresan en el Cuadro 1 (2 109 casos).

Nuestros casos suman 46, cuyas características se muestran en los Cuadros 2 y 3.

Cuadro 1

Características de las 2 109 hernias inguinales presentadas por Rutkow y Robbins (1)

Tipo	Primario (N= 1 793)		Recurrente (N= 316)	
	Nº	%	Nº	%
Indirectas derechas	592	33	44	14
Directas derechas	394	22	126	40
Femorales derechas	16	1	3	1
Indirectas izquierdas	447	25	32	10
Directas izquierdas	340	19	110	35
Femorales izquierdas	4	<1	1	<1

Tipo	Nº	%	Nº	%
Tipo 1	215	12	10	3
Tipo 2	592	33	52	17
Tipo 3	213	12	9	3
Tipo 4	537	30	91	29
Tipo 5	197	11	145	45
Tipo 6	18	1	5	1
Tipo 7	21	1	4	1

Cuadro 2

Casuística del Dr. Francisco Montbrún 1980-1995

Tipo	Primario	Nº	V	H
Indirectas derechas		7	4	3
Directas derechas		3	1	2
Femorales derechas		1	0	1
Indirectas izquierdas		5	4	1
Directa izquierdas		1	1	0
Femorales izquierdas		1	0	1
		18	10	8

Tipo	Primario
Tipo 1	5
Tipo 2	3
Tipo 3	3
Tipo 4	1
Tipo 5	2
Tipo 6	2
Tipo 7	2
	18

Sólo se incluyeron las hernioplastias con aplicación de malla y control periódico. En su totalidad son pacientes privados.

Recurrencia: nula.

Sin intolerancia a la malla, ni infección.

Cuadro 3

Casuística del Dr. Carlos A Hernández H

		Hernias inguinales tratadas con malla de propileno															
Nº de casos		28															
Sexo	Femenino	7															
	Masculino	21															
Tipos de hernias	Inguinal derecha	11															
	Inguinal izquierda	7															
	Inguinal bilateral	10															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Primarios</th> <th colspan="3">Recurrentes</th> </tr> <tr> <td></td> <th>1ª vez</th> <th>2 veces</th> <th>3 veces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Casos</td> <td>7</td> <td>12</td> <td>7</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Primarios	Recurrentes				1ª vez	2 veces	3 veces	Casos	7	12	7	2
Primarios	Recurrentes																
	1ª vez	2 veces	3 veces														
Casos	7	12	7	2													

El total de los casos tratados incluye el 75 por ciento de hernias recidivadas.

Nuestra conducta fue la siguiente:

- No se aplicó rutinariamente el método ambulatorio. No hubo facilidades de este tipo, en nuestras clínicas sino a partir de los últimos años de la década de los 80. Uno de nosotros (F M) siempre recurrió a la hospitalización y a la anestesia peridural o general.
- Los tiempos operatorios superficiales fueron iguales a la técnica de Robbins y Rutkow.
- El tratamiento del saco fue el clásico: disección total, resección cuando fue fácil; en los casos de saco grande esclerosado o adherido a los elementos del funículo, se abandonó (Figura 7).
- Se aplicó la prótesis mediante suturas de sus bordes a la hoz inguinal y al músculo transversario del abdomen en la parte superior, y al tracto pectíneo y el ligamento inguinal en la inferior (Figura 8). Se colocó sin tensión; esto se comprobó con la contracción de la pared en los casos donde se empleó la anestesia local o la de tipo peridural.

No hubo recidivas en ninguna de las dos series.

Los autores de este trabajo están satisfechos de los resultados de sus casos y de la técnica empleada. Reconocen y admiran los resultados obtenidos por Robbins y Rutkow (1) con su técnica, muy sencilla y rápida; la garantía de sus resultados radica en la experiencia de esos cirujanos; en otras manos pueden haber consecuencias muy distintas. Por eso

HERNIOPLASTIA INGUINAL

aconsejamos a quien proyecte practicar su técnica, entrenarse previamente en el cadáver y adquirir habilidad en la colocación y fijación del cono plástico, donde parece radicar la eficacia de la operación.

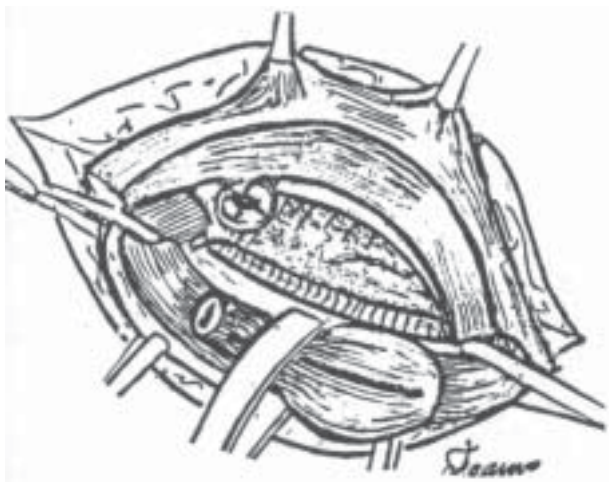


Figura 7. Exposición de la pared posterior del conducto inguinal.

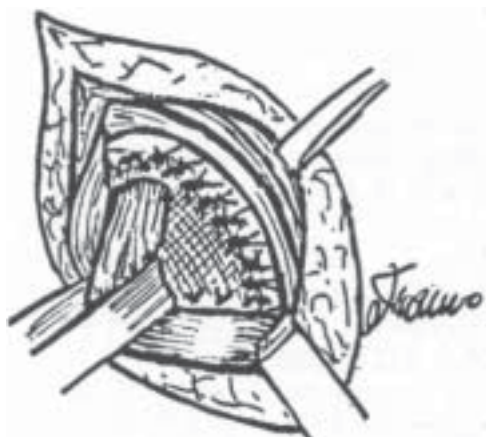


Figura 8. Fijación de la malla.

DISCUSIÓN

Se presenta un nuevo enfoque en el tratamiento de las hernias inguinales, de acuerdo a la técnica de la hernioplastia simplificada. Su característica de operación practicada ambulatoriamente, la brevedad

de sus tiempos y la aplicación de una prótesis en cono y en forma de tela complementaria, han favorecido su éxito. Los autores Robbins y Rutkow presentan una numerosa casuística con recidiva escasa. Paralelamente, exponemos los resultados obtenidos por nosotros en 46 casos de hernioplastia, con aplicación de malla de propileno, con recidivas nulas. La intención no es comparar nuestra pequeña estadística proporcionalmente mínima, con el trabajo que se discute; sólo deseamos destacar que a pesar de los éxitos que conquistan los procedimientos novedosos, la técnica que ha demostrado ser muy eficaz sigue vigente.

El material de prótesis utilizado es la malla de propileno y en el procedimiento de Robbins y Rutkow se dispone en forma de cono, para mantener la reducción del saco herniario rechazado a la grasa subperitoneal a través del anillo inguinal interno. El fabricante, para asegurar más la estabilidad del cono agrega a la malla un material especial, que lo hace adhesivo a la fascia transversalis vecina.

Se insiste, a todo lo largo de la exposición en la abreviación de la disección operatoria, y de las maniobras de divulsión, y de todo traumatismo operatorio que cause edema, seromas, hematomas, los cuales retardan la cicatrización y favorecen a la infección.

Igualmente, se insiste sobre la necesidad de entrenar a los cirujanos de hernias, con la finalidad de hacerlos más hábiles por su conocimiento anatómico, causa del reconocimiento rápido y efectivo de los puntos de referencia que son clave de la hernioplastia. Se insiste igualmente sobre la repercusión del factor socioeconómico en este tipo de operaciones, donde la medicina prepagada, con todas sus exigencias, tiene un amplio campo, poco agradable para el cirujano y modificador de la relación médico-paciente.

REFERENCIA

1. Robbins AW, Rutkow IM. The mesh-plug hernioplasty. Surg Clin North Am 1993;73:501-512.