

## CASOS ESPECIALES

### ***"Hernia inguinal indirecta en el niño" Técnica de POTTS***

I. PRIMER TIEMPO: Incisión de los planos superficiales:

- a) Incisión transversa suprapúbica: se practica una pequeña incisión pequeña transversal, siguiendo preferiblemente el pliegue suprapúbico.
- b) Se secciona la aponeurosis del oblicuo mayor en la dirección de sus fibras, sin abrir el anillo inguinal superficial, y se procede a localizar el saco herniario.

II. SEGUNDO TIEMPO: Tratamiento del saco y su contenido:

Se libera cuidadosamente el saco de las estructuras vecinas del cordón, para lo que generalmente puede usarse la maniobra de Ombredanne; si el saco es pequeño puede tratarse sin abrirlo, retorciéndolo hasta que la última vuelta quede a ras con el peritoneo parietal. Se hace la transfixión del saco lo más alta posible, seccionando el exceso de saco.

Vemos como el muñón se retrae debajo del músculo oblicuo menor.

III. TERCER TIEMPO: Cierre de la pared:

Se cierra la aponeurosis del músculo oblicuo mayor con puntos sueltos y cierre de la piel. Si se trata de una hernia inguinal indirecta en una niña, se repara de igual manera que en los varones.

### **Comentarios**

1. La incisión transversa suprapúbica se utiliza con fines estéticos, pero además proporciona una mejor cicatrización de la herida.
2. El anillo inguinal superficial no se abre para evitar la atrofia testicular que se podría producir por un anillo cicatrizal demasiado cerrado.
3. Con la ligadura alta del saco herniario se obtiene la curación de la hernia

inguinal indirecta de los lactantes y niños menores.

4. No se debe reforzar la fascia transversalis si no está indicada, porque además de ser innecesario, demora el acto quirúrgico.

5. En la actualidad esta técnica cuenta con la aceptación de todos los autores modernos, la cual se usa ampliamente en sus indicaciones precisas.

### **"Hernia inguinal en la mujer" TÉCNICA OPERATORIA:**

I. PRIMER TIEMPO: Incisión de los planos superficiales:

*Incisión transversa:* se prefiere una incisión transversa siguiendo uno de los pliegues de la región inguinal partiendo por encima de la espina del pubis lateralmente en unos 6 cm hasta unos 2 cm del arco crural (con fines estéticos).

II. SEGUNDO TIEMPO: tratamiento del saco y su contenido.

Se diseca y aísla el saco herniario (por persistencia del conducto de Nück), se reduce su contenido y se trata el saco en la forma acostumbrada (ligadura alta del saco herniario).

III. TERCER TIEMPO: tratamiento de la pared inguinal, según las dos variantes que se exponen a continuación:

a) Con conservación del ligamento redondo: Se diseca el ligamento redondo y al hacer la reconstrucción de la pared inguinal se incluye en las distintas ligaduras (puntos del tendón conjunto al ligamento redondo y al ligamento inguinal).

b) Sin conservación del ligamento redondo: actualmente preferimos extirpar el ligamento redondo con el saco herniario, lo que permite el cierre completo del anillo inguinal profundo; resulta la operación ideal de las hernias, pues se ocluye toda la pared posterior con los tejidos vecinos (fascia transversalis, músculo transverso y oblicuo menor), sin posibilidad de recidiva.

## ***"Hernias inguinales directas"***

A nuestro juicio, no deben existir técnicas especiales para la reparación de las hernias inguinales directas. En el acto operatorio, el cirujano debe definir el procedimiento a utilizar, valorando el grado de dilatación del anillo y el estado de la pared posterior en su tercio medio.

En general, la única diferencia entre la reparación de una hernia directa y una indirecta estriba en la conducta distinta ante el saco herniario y en el hecho de que la primera destruye en mayor medida la pared inguinal posterior. No debemos abrir el saco herniario, a menos que este adopte el tipo raro diverticular de cuello largo y estrecho, con paredes bien definidas, pero en ese caso es obligado recordar que la vejiga forma parte de su pared interna.

Cuando el saco herniario aparece bien definido y muestra solamente un abultamiento ligero, basta con invertirlo en bolsa de tabaco y suturarlo en forma interrumpida al suelo del conducto inguinal. En ocasiones se refuerza con un segundo plano de la región.

En el segundo caso, cuando dadas las características del saco herniario es preciso abrirlo, se trata de la variedad de hernia directa en la que la vejiga forma parte de su pared interna: Se expone la hernia en la forma acostumbrada. Procedemos a la apertura de la fascia transversalis; se limpia el peritoneo de la grasa peritoneal y abrimos el saco herniario hacia su lado externo, por el peligro de lesionar la vejiga y separando ésta por disección roma, con el dedo índice introducido en la cavidad peritoneal y el pulgar de la mano contraria cubierto con una gasa. La situación de la adherencia de la vejiga a la pared del saco se halla sellada por una capa densa lobular de grasa, unida íntimamente a la vejiga y a la pared del saco; grasa muy diferente de la que existe por encima del peritoneo en el resto del conducto inguinal. Se puede despegar la vejiga en toda la distancia deseada, pero es conveniente no disecar excesivamente hacia la línea media, con el objetivo de no exteriorizarla de nuevo al tirar de los bordes del saco.

Si al reparar estos tipos de hernia inguinales directas se descubre un saco indirecto asociado, debe acudirse a la maniobra de Houget.

Es necesario hacer una total y completa disección del saco herniario, si existiere, resecándolo por el cuello; luego se procede a la sutura de este, con lo cual es posible visualizar perfectamente las estructuras anatómicas necesarias para la ulterior reparación.

Si se trata de un área debilitada de fascia transversalis, bien sea sin saco definido o con un determinado saco, se precisa su invaginación, previa ligadura de una sutura en "bolsa de tabaco" por su base con material no reabsorbible.

Es importante señalar que en la reparación no puede utilizarse una fascia debilitada y mucho menos un saco herniario, pues resultaría una recidiva segura.

### ***"Hernias inguinales por deslizamiento"***

La primera descripción de esta variedad de hernia fue hecha por el anatómico italiano Antonio Scarpa, aún cuando no llamó la atención de la clase médica.

En los albores del presente siglo, los cirujanos franceses se refirieron nuevamente a dicha hernia, siendo los responsables de su difusión general.

Para poder comprender la conducta que se sigue en estos tipos de hernias, debemos comprender, antes que todo, su MECANISMO DE PRODUCCIÓN:

Entendemos por hernia inguinal por deslizamiento aquella en que una parte del intestino grueso, en cualquiera de las dos fosas ilíacas, se halla fijada en una extensión variable a la pared del saco y se hernia con él, debiendo recordarse que hay hernias por deslizamiento de la vejiga en casi todas las hernias crurales y en las inguinales directas. En el lado derecho contienen el ciego y a veces parte del colon ascendente; en el lado izquierdo contienen el sigmoides y a veces la parte inferior del colon descendente.

Es decir, que cuando una víscera, tal como el intestino delgado, el colon transversal o el sigmoides, sale de la cavidad abdominal y penetra en el canal inguinal (o femoral) se convierte en el contenido del saco herniario común. Sin embargo si el colon ascendente o el descendente, que no está revestido de peritoneo parietal en toda su circunferencia, se disloca y comienza a deslizarse

hacia abajo, de modo que el peritoneo que cubre sus caras anteriores y laterales permanece inmóvil en tanto que la víscera desnuda continúa su descenso hasta aparecer en el canal inguinal, se convierte entonces en una hernia por deslizamiento.

Una hernia inguinal por deslizamiento es en realidad una prociencia de la víscera afectada que desciende por detrás del peritoneo a través del anillo inguinal interno agrandado, hasta el conducto inguinal. Como quiera que la víscera afectada (ciego o colon sigmoides) se halla cubierta por peritoneo únicamente en la parte anterior y parte de su lado externo, los repliegues laterales del peritoneo (hoja externa de su mesocolon) forman la pared antero-lateral del saco, mientras que la cara anterior de la víscera constituye la pared posterior de este último. Por eso la víscera se encuentra por detrás y por fuera del saco.

El saco peritoneal puede ser grande y descender más que el vértice del ciego o sigmoides prolapsado, en cuyo caso se puede abrir el saco sin peligro de lesionar el intestino. El intestino prolapsado puede haber descendido mucho más que un saco relativamente pequeño; en tal caso puede confundirse la pared del intestino con la pared del saco y abrirla, acarreando consecuencias graves, o pudiera suceder que se identifique y abra el saco pero al intentar la ligadura alta no percatarse de la pared intestinal incluyéndola en la ligadura y comprometiendo en consecuencia su irrigación.

En algunos casos el prolapso del intestino es completo, de modo que resulta casi totalmente extraperitoneal (no existe saco peritoneal) pudiendo confundirse el intestino herniado con un saco y ser abierto.

De estos hechos se desprende que frente a una hernia inguinal por deslizamiento debemos buscar siempre el saco en la parte alta o en la cara anterior e interna del mismo recordando que los vasos sanguíneos se encuentran en su cara posterior.

## Incidencia de hernia inguinal por deslizamiento

	Nº total de hernias	H.deslizadas	Incidencia (%)
Gibson and Felter (1930)	1.878	56	3.0
Fallís (1936)	1.600	53	3.3
Parsons (1937)	702	27	3.8
Longacre (1939)	925	29	3.1
Sensenig and Nichols (1955)	1.200	59	4.9
Ryan (1956)	6.188	313	5.1
Giuseffi and McSwain (1957)	1.457	50	3.4
Estes (1960)	400	36	9.0
Maingot(1961)	1.000	64	6.4
Palumbo and Sharpe (1971)	3.572	99	2.8
Piedad et al (1973)	1.080	60	5.6
Obney (1984)	107.854	9.599	8.9
Goderich (1990)	1.305	117	8.1

El tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento es siempre operatorio. El objetivo de cualquiera de las operaciones utilizadas es:

- a) Resección del saco si existe.
- b) Estrechamiento y refuerzo del anillo inguinal interno.
- c) Prevención del descenso retroperitoneal de la porción extraperitoneal del intestino afecto sin comprometer su irrigación.
- d) Reparación del conducto inguinal.

Las hernias inguinales por deslizamiento comprenden el 1,5% de todas las hernias siendo las recidivas postoperatorias más frecuentes que en cualquier otro tipo de hernias, debiéndose probablemente al gran tamaño del orificio herniario.

## **Técnicas originales:**

Los precedentes se refieren a:

### **Hotchkiss:1909 Moschowitz: 1925**

Para la reparación de este tipo de hernias, se utilizan dos técnicas: una, en la que la reparación se efectúa por vía intraabdominal, técnica de **La Roque** y otra en la que se repara por vía extraperitoneal.

El primer proceder es el de elección. Se procede a practicar una incisión inguinal oblicua un poco más larga que de ordinario, se incide la aponeurosis del oblicuo mayor efectuándose la apertura del conducto inguinal; se expone el saco, se identifica y se abre por su cara anterior poniendo al descubierto el ciego o el sigmoides deslizado. Se seccionan el músculo oblicuo menor y transverso en la dirección de sus fibras o unos 2,5 cm por encima del anillo inguinal profundo. En este punto, una vez identificado el peritoneo, se procede a su apertura exponiendo el contenido de la hernia desde arriba. Si no se ha podido identificar el saco con seguridad se aconseja la apertura del peritoneo en la forma antes dicha para de este modo con el dedo introducido en el interior del mismo a través de la cavidad abdominal, proceder a la completa identificación de dicho saco, así como la pared del intestino constituyente del mismo. Una vez completamente liberado el saco del cordón, se procede a movilizar el colon procurando no lesionar sus vasos nutricios que se encuentran en su cara posterior. Se hace salir el saco y el cordón por la incisión abdominal.

Puede observarse ahora que la pared anteroexterna del saco es la hoja externa del mesocolon la cual se continúa con el labio inferior del orificio o incisión superior de la cavidad peritoneal. El exceso de peritoneo que forma el saco se reseca, y se cierran los bordes para restablecer la cubierta peritoneal externa del mesocolon. Esta línea se sutura, continuando por el labio inferior de la incisión peritoneal. Se introduce el intestino en el abdomen.

El peritoneo, fascia transversalis, músculo oblicuo menor y transverso se cierran a nivel de la incisión superior. A continuación se procede al cierre de la

pared inguinal posterior siendo un punto importante el cierre del anillo inguinal profundo. Se recomienda utilizar material de sutura no absorbible. Algunos cirujanos traccionan del colon hacia arriba dentro de la cavidad abdominal y practican una colopexia suturando la pared posterior del ciego o del sigmoides, reducidos, a la pared abdominal posterior a fin de impedir el futuro descenso del intestino (**"método de Lardennois<sup>99</sup>**).

Koontz, ha dicho que, en algunas hernias por deslizamiento, la masa del contenido herniario puede ser tan grande que resulta físicamente imposible reducirla a través del anillo interno aún cuando se emplee tracción desde arriba y taxis desde abajo. Estos casos los resuelve seccionando verticalmente la porción central del músculo oblicuo menor desde la incisión oblicuo- transversa de La Roque hasta el anillo profundo o bien seccionando la incisión del oblicuo menor a la línea semilunar, rechaza el colgajo muscular de modo que puede reducirse la hernia y tratarla en la forma antes descrita, suturando con posterioridad el colgajo del músculo oblicuo menor semilunar, con puntos que ahora coloca en tejido aponeurótico más resistente.

El segundo proceder para la reparación de este tipo particular de hernia inguinal citado (hernioplastia por vía extraperitoneal) estriba en exponer la hernia en la forma acostumbrada y proceder a la apertura del saco, con cuidado, por su cara anterior interna, empezando por la parte superior, junto al cuello. Al abrirlo se comprueba hasta que punto su pared posterior está formada por intestino. Se secciona el saco con tijeras en su parte posterior a una distancia aproximada de 2 cm de las paredes laterales y de la extremidad inferior y se tira de él hacia afuera, evertiendo de esta forma el saco herniario y formando dos colgajos laterales que se suturan uno al otro por detrás del colon para formar un nuevo mesocolon. Una vez peritonizados completamente el intestino grueso herniado por sutura de los bordes del saco por detrás del intestino, procedemos a la reducción del mismo hacia el interior de la cavidad abdominal (**"proceder de Hotchkiss<sup>99</sup>**).

A continuación se liga el cuello del saco a un nivel alto con una sutura en "bolsa tabaco" y se reseca su parte sobrante. Se procede a reparar la pared inguinal posterior con las técnicas acostumbradas.

En hernias voluminosas que contienen un segmento largo de intestino grueso existe el peligro de obstruir el intestino reducido, así como también de lesionar sus vasos con esta última técnica.

Por último debemos añadir, que cuando la hernia por deslizamiento sea demasiado pequeña (insinuándose solamente las vísceras en el saco herniario) procedemos a repararla con simples "bolsas de tabaco" a nivel de dichos sacos.

Dejamos sentado que siempre que la hernia por deslizamiento sea grande utilizamos la técnica de La Roque; si fuese de volumen mediano a moderado, preferimos la reparación por la técnica de la vía extraperitoneal citada; y por último, si la hernia por deslizamiento fuera muy pequeña nos limitamos a invaginarla en "bolsa de tabaco", procediendo a continuación a la reparación de la pared inguinal posterior con las técnicas acostumbradas.

La "**Técnica de Moschowitz**" es esencialmente para deslizamientos del sigmoides y sus pasos técnicos son, en lo fundamental, similares a la de Paúl La Roque.

Debemos señalar que al cierre sacular en "bolsa de tabaco", descrito por Leo Zimmerman, es de gran valor; pero al igual que las anteriores, requiere de una correcta reparación del anillo y de la pared posterior.

Hemos tenido referencias de que otros autores, y entre ellos Rodríguez Florido, de Pinar del Río (Cuba), invagina la víscera deslizada, seccionando el borde peritoneal, y no cierra el peritoneo.

### ***"Hernia inguinal estrangulada"***

Entendemos por hernia estrangulada, aquella en que el contenido es brusca y permanentemente constreñido, interfiriéndose con ello su circulación, de lo que resultará la gangrena del órgano herniado, si no se acude pronto a remediar tal situación.

Son varios los síntomas que la caracterizan, entre ellos el dolor, la turgencia y la falta de impulsión a la tos, ya que la irreductibilidad no nos indica por sí sola

la estrangulación; así vemos como la hernia irreductible es dolorosa y se acompaña de los síntomas de obstrucción intestinal, como puede ocurrir con la hernia que ha perdido el "derecho a domicilio", en la hernia por deslizamiento, en la que ha creado íntimas adherencias con el saco, etc.

También debemos citar aquí que algunas hernias estranguladas no dan síntomas de oclusión intestinal, como es el caso del epiplocele y más raramente de las hernias de Richter y de Littré.

Cuando nos encontramos ante una hernia atascada, la hallamos pesada, sólida, pero no dolorosa y sin fenómenos inflamatorios; puede haber síntomas obstructivos, aunque sin compromiso vascular.

Igualmente, en la hernia inflamada existe sensibilidad y dolor pero no se acompaña de oclusión intestinal. Habrá impulsión a la tos, aunque dolorosa y la piel que la cubre estará rojiza y caliente precozmente.

Al referirnos en particular a la hernia inguinal estrangulada, nos percatamos de que su incidencia es más frecuente, en comparación con las otras variedades como la crural, umbilical o incisional, a pesar de que estas últimas tienen mayor tendencia a estrangularse; esta paradoja podemos explicarla por la mayor frecuencia de las hernias inguinales.

Vemos el siguiente cuadro:

Frecuencia de estrangulación de las hernias:

Inguinal	Crural	Umbilical
4 a 20 %	2 a 4 %	25 a 30 %

La causa de la estrangulación está ligada a esfuerzos bruscos como levantar pesos, vómitos, etc.; resulta más frecuente en los hombres de 40 a 50 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad.

Numerosos autores señalan que la hernia estrangulada constituye más del 50% de los ingresos por síndrome oclusivo; no obstante, en primer lugar, son debidos a las bridas postoperatorias, persistiendo las neoplasias en tercer lugar.

## Patogenia

Sobre la patogenia de la hernia estrangulada hay muchas teorías que tratan de explicarnos su mecanismo; en la actualidad nosotros aceptamos la siguiente:

Una brusca distensión del anillo constrictor, por esfuerzo violento, permite el paso hacia el saco herniario de un volumen mayor de vísceras de las que habitualmente admite. Al pasar el instante del esfuerzo, la dilatación momentánea sufrida por el anillo, desaparece, recuperando su diámetro anterior, siendo ahora suficiente (demasiado estrecho) para permitir el reingreso al abdomen de la víscera herniada; debido a la constricción venosa, las vísceras contenidas en el saco se ingurgitan y edematizan; este círculo vicioso aumenta el proceso de estrangulación.

Como agente estrangulante en las hernias crural y umbilical aparece el anillo anatómico pero en la inguinal, es el cuello del saco engrosado y rígido, formando un verdadero anillo resistente y poco elástico.

Otras veces pueden actuar unas formaciones fibrosas congénitas, los diafragmas de Ramoneda, que son anillos que persisten en el conducto peritoneo-vaginal y también anillos formados por bridas y adherencias intrasaculares.

El contenido estrangulado puede ser cualquier víscera abdominal, aunque en orden de frecuencia se presentan:

1. Epiplón solo
2. Epiplón con una o más asas intestinales
3. Intestino solo
4. Más raramente cualquier órgano abdominal: ovario, vejiga, trompa.

Cuando el contenido estrangulado es el intestino, con frecuencia un asa completa, nos hallamos ante un cuadro oclusivo, en el que aparecerán los siguientes hallazgos macroscópicos:

1. La constricción que data de pocas horas interrumpe principalmente la

circulación venosa, no así la arterial de inicio,(trompa sanguínea) dando lugar a cianosis y edema, pero la serosa conserva su brillo y su lisura, y el intestino su peristalsis. Las arterias de los mesos laten aún, y un exudado seroso se deposita poco a poco en el saco herniario (el asa es viable todavía).

2. A medida que pasan las horas, los trastornos circulatorios progresan, sobrevienen pequeñas hemorragias capilares, se acentúa el brillo de la serosa, el asa pierde su elasticidad; toma un color más oscuro; el líquido contenido en el saco se hace hemático y turbio; las arterias del meso no laten y hay trombosis venosa; el intestino es incapaz de contraerse (ya no es viable).

3. La circulación arterial ya interrumpida, con áreas de trombosis del meso, llevarán a ese intestino a la gangrena; la serosa aparece sin brillo, blanda, sin elasticidad, de color grisáceo o bien oscuro con manchas grises o verdosas. El líquido muy turbio puede tener franco olor fecaloideo, siendo altamente tóxico y séptico.

Luego veremos como estadios intermedios entre la primera y segunda etapas, a veces requieren pruebas para determinar su viabilidad.

Debemos recordar que, en ocasiones, cuando nos hallamos ante una hernia de Mayal o hernia en "W", las dos asas contenidas en el saco pueden ofrecer pocas alteraciones, mientras que la parte central retrógrada puede hallarse gangrenada en la cavidad abdominal. Asimismo, es importante revisar la zona a través del anillo de estrangulación, que es donde suelen asentar las peores lesiones.

En un inicio, el asa aferente se encuentra con peristalsis, tratando de vencer el obstáculo hallado, que interrumpe la libre progresión de la peristalsis, dejándose distender el intestino cada vez más. Por el contrario, el asa eferente aparecerá delgada, aplanada y vacía.

No debemos olvidar que aunque raras, también puede tratarse de una hernia por pellizcamiento de un borde libre del asa (Richter) o de un divertículo de Meckel (Littre), en las cuales no habrá manifestaciones de oclusión intestinal, pero que si no se diagnostican, al perforarse la parte esfacelada y

estrangulada, puede dejar un asa perforada y libre en cavidad peritoneal.

En caso de un epiplón estrangulado no habrá signo de obstrucción intestinal. Éste, aparecerá engrosado como una masa compacta, con un surco profundo en el lugar de la estrangulación, de color más oscuro de lo normal, formando a veces numerosos pliegues adheridos entre sí; puede haber adherencias o no en el saco.

### **TRATAMIENTO:**

No debe ser otro que el quirúrgico, aunque en condiciones especiales pudiera intentarse la taxis o reducción incruenta:

1. Si no han pasado más de 6 horas desde la estrangulación.
2. Si estamos lejos de un centro quirúrgico.
3. Si es muy malo el estado general del paciente.
4. Si no es demasiado laboriosa y violenta su ejecución.

Si al concluir la taxis, no le sigue un alivio inmediato de todos los síntomas de obstrucción, es preciso operar rápidamente, pues existe el grave peligro de haber hecho una reducción en masa.

Hemos de añadir que este proceder nos parece extraordinariamente peligroso.

Antes de referirnos al tratamiento quirúrgico en particular, daremos a conocer algunas estadísticas que por sí solas, señalan los beneficios que aporta la cirugía en esta entidad.

- Mortalidad en hernia no estrangulada menos de 1%
- Mortalidad en hernia estrangulada operada entre las 12-24 horas, 5%
- Operado, a los 4-5 días: 70%.

Entre las indicaciones preoperatorias, en esta entidad son las básicas dirigidas a combatir la deshidratación y el desequilibrio hidromineral y ácido básico, así como la aspiración gástrica.

Deberá usarse anestesia raquídea, aunque si las condiciones del paciente lo permiten, podrá usarse A. general. En casos especiales, sobre todo en ancianos en muy mal estado, puede recurrirse al anestésico local con sedación y cobertura anestesiológica.

La incisión cutánea será de una longitud algo mayor que la que se practicó en la hernia no estrangulada.

La sección de la aponeurosis del oblicuo mayor se hará de abajo hacia arriba, pero poniendo el máximo cuidado al incidir el anillo inguinal.

A veces, cuando la estrangulación está a nivel del anillo inguinal superficial, resulta muy arriesgado seccionar éste, porque puede hallarse fusionado a la masa herniaria. Al seccionar el primero es posible lesionar el saco y su contenido.

En estos casos conviene aislar el saco por debajo del anillo, abrir el saco e introducir un dedo en dirección ascendente para percibir el anillo inguinal superficial y proceder a cortarlo por delante de nuestro dedo, que sirve de protección.

Cuando la hernia está estrangulada a nivel del anillo inguinal profundo, lo cual no es tan común, el saco se halla distendido por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, a la que está íntimamente adherido. En estas condiciones no se abrirá la aponeurosis de arriba hacia abajo como se recomienda en la hernia no estrangulada, sino que se expondrá y abrirá el saco en la parte superior del escroto, se introducirá el dedo en dirección al conducto inguinal y se seccionará por delante del dedo, que protege así el contenido del saco. La apertura del saco debe hacerse con las máximas precauciones para no lesionar las asas intestinales distendidas. Para ello lo mejor es proceder a prender una parte de la pared anterior del saco entre dos pinzas hemostáticas y con el mango del bisturí comprimir el cono así formado desde el vértice hasta la base. El pequeño pliegue que se hace se corta oblicuamente con el bisturí y se ponen pinzas hemostáticas, acabando la apertura con tijeras.

Al abrir el saco se escapa una pequeña cantidad de líquido; si aparece claro e inodoro es signo de que las lesiones no han producido daños irreparables en el

intestino, pero si se aprecia turbio y con olor fecaloideo hay que pensar que tiene esfacelada una de las asas intestinales. Como este líquido es muy séptico, hay que cuidar mediante compresas que aislen el campo y por el aspirador, de que no contaminen la cavidad peritoneal.

El paso siguiente será la sección del anillo constrictor, de la manera ya descrita, cuidando de que el contenido del saco herniario no se deslice a la cavidad peritoneal, sobre todo la parte situada a nivel del anillo constrictor.

A continuación se procederá a examinar el contenido del saco herniario, el cual puede hallarse normal; no deben dejar de examinarse los segmentos intestinales contiguos, así como de asegurarnos que la quelotomía está bien hecha, en cuyo caso las asas intestinales se podrán entrar y sacar libremente.

Cuando el elemento estrangulado es el epiplón, de acuerdo con su aspecto macroscópico y sus características ya descritas, lo reintegramos a la cavidad o procedemos a pinzarlo en pequeños tramos, ligando y resecaando la parte afectada.

En el caso del intestino estrangulado es preciso decidir de inmediato si es viable o no. En los casos viables que no ofrezcan dudas, como ya hemos estudiado, procederemos a reintegrarlo a la cavidad, terminando la operación como una hernia no estrangulada. Pero en los casos en que el intestino no sea viable por las características que presenta, apareciendo gangrenoso, de color negruzco, grisáceo, etc., no debe introducirse en el abdomen, y resulta necesaria la resección intestinal.

Una vez decidida la resección, si el estado del paciente es bueno, se extirpa el intestino y se hace una anastomosis término-terminal cuidando de situar la sutura a un nivel que no ofrezca dudas sobre su garantía.

### *"Hernias inguinales reproducida"*

Nuestra mayor preocupación está dirigida a buscar cuáles son los factores que influyen en la reproducción herniaria de la región inguinal, a fin de poder, en lo posible, actuar sobre ello. Todo lo anterior nos condujo a iniciar la búsqueda en factores anatómicos y fisiológicos de interés quirúrgico, sin rechazar otros

aspectos o condiciones estudiadas y aplicadas hasta el momento para prevenir las recidivas.

Con esta finalidad llevamos a cabo una exhaustiva revisión de gran parte de lo informado hasta ahora sobre técnicas quirúrgicas, tanto en el ámbito nacional como extranjero, y encontramos lo siguiente:

Las hernias se reproducen por múltiples causas, a saber:

1. Técnica
2. Tipo de hernia
3. Tensión en la línea de sutura
4. Estado de la pared. Evaluación equivocada
5. Alteraciones del colágeno
6. Tejidos defectuosos o insuficientes
7. Infección
8. Hernia no advertida
9. Material de sutura empleado
10. Recidivas previas
11. Experiencia quirúrgica
12. Ejercicio y esfuerzos bruscos
13. Enfermedades asociadas

La frecuencia de recidivas indirecta es mucho mayor que la directa, para algunos alcanza más del 50%.

#### PRINCIPIOS TÉCNICOS PARA HERNIAS REPRODUCIDAS:

1. Para reparar una hernia reproducida deberá haber transcurrido un año desde la operación precedente.
2. Si se ha presentado supuración crónica postoperatoria, se contará el año a partir del cese de la formación de pus.
3. La reintervención tiene que estar siempre a cargo de un personal entrenado y diestro.
4. En la primera reproducción se recomienda el uso de la vía anterior, pero en caso de hernia iterada debe tenerse en cuenta la vía preperitoneal.
5. Se tratará de individualizar e identificar las estructuras anatómicas

6. No es necesaria la orquidectomía.
7. Las suturas deben ser irreabsorbibles.
8. Nuestros mejores resultados se han obtenido con suturas de polipropileno, así como con prótesis de este material.
9. No puede quedar tensión alguna en la línea de sutura.
10. Todo orificio herniario circular, triangular, cuadrado, poliédrico u ovoide ancho ha de ser convertido en líneas rectas mediante incisiones plásticas antes de proceder a su cierre.
11. El saco herniario debe ser ligado alto.
12. Si en la región inguinal es muy difícil identificar el cordón, es preciso disecarlo lo más distalmente posible y en forma ascendente llegar a la zona de difícil disección.

#### *OTRAS TÉCNICAS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS:*

##### *MANIOBRA DE BARKER (1885)*

Después de ligar el saco se conservan los cabos del hilo y se suturan altos (en dirección contraria a su salida normal) a la cara posterior del plano muscular.

##### *MANIOBRA DE DEEVER (1898)*

Introducir dedo por dentro del saco para buscar otras hernias:

- Apertura del saco herniario por su base y cara superior (Separando el O. Menor y el Transverso)
- Dislacerando la F.T.
- Se abre el peritoneo.
- Con los dedos introducidos en el saco se procede a su aislamiento.
- Sirve para buscar sacos previamente diagnosticados.

##### *MÉTODO DE HOUGET (1920)*

- Convertir saco directo en indirecto  
(si es necesario se ligan y seccionan los vasos epigástricos).

##### *MÉTODO DE ANDREWS (1895)*

- Imbricaba aponeurosis oblicuo mayor.

- Cordón entre los dos colgajos de la aponeurosis oblicuo mayor
- Colgajo interno aponeurosis oblicuo mayor, al ligamento inguinal junto Oblicuo menor y la fascia transversalis.
- El cordón se colocaba sobre este colgajo interno y el colgajo externo de la aponeurosis oblicuo mayor. Se suturaba al colgajo interno por encima del mismo.

#### *HALSTED (1899)*

- Ligadura alta del saco.
- Trasplante del cordón subcutáneo
- Oblicuo menor al ligamento Poupart.
- Aponeurosis oblicuo mayor sutura normal

#### *FERGUSON (1899)*

- No se movía el cordón de su lecho ni se intentaba trasplante alguno.

#### *FERGUSON-ANDREWS*

- No trasplante del cordón. Imbrica aponeurosis oblicuo mayor Igual que Halsted (II) que fue quien la ideó (publicada después).
- Koontz, considera que es más propio asociar sus nombres con la operación.

#### *TÉCNICA DE REINHOFF*

- Incisión de relajación vaina del recto.
- Cremáster y Fascia Transversal se suturan por debajo del borde del oblicuo menor y transversal y de sus aponeurosis, con puntos de colchonero de seda.
- No se trasplanta el cordón.
- Oblicuo menor y transversal al ligamento inguinal. Los puntos internos abarcan el borde externo de la vaina del recto.
- Bordes A.O.M. se imbrican y cierran con puntos de colchonero de seda.

#### *TÉCNICA de LUCAS CAMPIONNIERE (1881)*

- Igual a la de Andrews en 1885.

### *TÉCNICA DE McARTHUR (HERNIOPIASTIA INGUINAL DEL OBLICUO MAYOR)*

Músculos oblicuo menor y transverso al ligamento inguinal mediante una sutura de fascia viva, obtenida del borde del colgajo interno de la Aponeurosis Oblicuo Mayor, enhebrado en una aguja de Gallie. La tira aponeurótica actúa como sutura.

### *TÉCNICA de H.E. MOBLEY (1941) Hernias directas*

- Ligadura cuello del saco
- División aponeurosis del recto
- Sutura con catgut crómico del borde externo del colgajo aponeurótico del recto al repliegue del ligamento inguinal.
- Músculos Obl.Me. y transv. al Lig.Ing.
- Sutura de la incisión aponeurótica del recto.

### *TÉCNICA DE CARLOS A. GRIFFITH (1959)*

- Revitaliza la técnica de H.O. Marcy (1871)
- Retracción del borde muscular conjunto para mejor visualización del anillo.
- Cierre del anillo ing. prof. por dentro en la emergencia del cordón, pasando sólo el hilo a través de la aponeurosis del transverso.

### *TÉCNICA DE ZIMMERMAN*

El hiatus de la fascia transversalis que constituye el anillo profundo, se cierra apretadamente alrededor del cordón, suturando sus fibras internas a la porción reflejada del ligamento inguinal. Debe cerrarse hasta que sólo quede aproximadamente la mitad del diámetro del cordón que sale por él.

### *TÉCNICA DE ZIMMERMAN II Para hernias directas*

- Invaginar saco.
- F.T. a ligamento inguinal.
- Incisión de la hoja externa Aponeurosis Oblicuo Mayor, a nivel del anillo inguinal profundo y dirigida hacia afuera y abajo.
- Sutura de un colgajo Aponeurosis Oblicuo Mayor externa, por debajo del cordón, para reforzar defecto.

- Borde libre de la hoja interna de la Aponeurosis Oblicuo Mayor se lleva sobre el cordón y se sutura a la cara externa del Ligamento Inguinal.

*TÉCNICA DE WARREN* Combinación de:

- Bassini
- Halsted
- Zimmerman

*TÉCNICA:*

- Reseca cremáster.
- Puede convertir saco directo en indirecto.
- Incisión vertical en la vaina del recto.
- Reconstrucción del Anillo Inguinal Profundo por aproximación de los bordes de Fascia Transversalis fruncida por dentro del cordón y puntos de F.T. a F.T. en el triángulo de Heselbach, que invaginan área débil.

Sutura también con seda, del borde del oblicuo menor y vaina del recto al ligamento inguinal.

Imbricación Aponeurosis Oblicuo Mayor con puntos separados o en las H. Directas e Indirectas voluminosas imbricación de la Aponeurosis Oblicuo Mayor por debajo del cordón, quedando subcutáneo a la manera de Halsted.

*TÉCNICA DE LOUIS T. PALUMBO*

- Apertura Fascia Transversal desde Anillo Inguinal Profundo a Tubérculo Púbico
- Sutura interrumpida imbricada de colgajos de Fascia Transversal.
- Borde libre colgajo interno Aponeurosis Oblicuo Mayor (A.O.M.) a la porción inferior del ligamento inguinal y del Anillo Inguinal Profundo (A.I.R).
- Sección hoja externa Aponeurosis Oblicuo Mayor a 1,25 cm por debajo A.I.R
- Se coloca cordón entre la aponeurosis incidida, suturando la porción inferior de ésta por debajo del cordón de la hoja interna A.O.M. que ya está suturada sobre el suelo inguinal.
- Por encima del cordón se suturan ambos colgajos A.O.M., con lo cual se crea un nuevo anillo inguinal superficial.

*TÉCNICA DE STANLEY BERLINER*

- Apertura fascia transversal (F.T.) desde anillo inguinal profundo (A.I.P.) hasta

tubérculo púbico (T.P.) y liberación de ambos colgajos de la grasa preperitoneal.

- Sutura con puntos continuos desde T.P. hasta A.I.P. del borde libre del colgajo externo de la F.T. al borde reflejado del colgajo interno, descendiendo nuevamente y suturando el borde libre del colgajo interno al ligamento inguinal (L.L).
- El tercer plano de la sutura une la aponeurosis del músculo transverso al borde inferior del ligamento inguinal.

#### *OPERACIÓN DEL LIGAMENTO DE COOPER*

- Lotheyssen (1898) para hernia crural
- McVay y Anson (1942) indicaron su utilidad para las inguinales y crurales, y la divulgaron.

#### *HERNIOPLASTIA INGUINAL CON PARCHE DE FASCIA*

(Singleton y Stehouwer)

Parche de fascia lata para reforzar un defecto o una hernia reproducida.

#### *TÉCNICA DE WILLIAM DOWNES (1920)*

- Excisión del saco directo
- Sutura F.T. con sutura continua
- Incisión relajadora
- Refuerzo de Bassini o de Andrews

#### *TÉCNICA DE MADDEN* Hernias indirectas

El defecto en "V" de la F.T. Sutura puntos interrumpidos por arriba de vasos epigástricos.

Bordes seccionados del velo del cremaster se aproximan por encima del cordón.

Hernias directas

Se diseca y abre la F.T. debilitada y se suturan sus bordes sanos, respetando el seno piriforme.

### *TÉCNICA DE ROBERT E. CONDÓN*

(Reparación anterior con el C.I.P.)

- Sutura con puntos interrumpidos que comienzan en el tubérculo púbico y se dirige al A.I.R, suturando arco aponeurótico del transverso (A.T.) a T.I.P.
- Si es necesario, sutura por fuera de la emergencia del cordón a los bordes parciales del A.I.P.

En la región inguinal:

Las suturas continuas tienen que ser con hilos de reabsorción o irreabsorbibles finos y muy finos.

Los hilos no reabsorbibles cero, uno, dos y tres tienen grandes posibilidades de granulomas.

### *TÉCNICA DE JOICE (HERNIOPIASTIA INGUINAL EXTERNA)*

Igual que la técnica de McArthur, pero con colgajo de aponeurosis del borde superior y además tendón conjunto a la arcada.

### *MÉTODO DE BOBROV*

- No reseca el cremaster.
- Se disecciona, liga y reseca el saco alto.
- El conducto inguinal se fija por delante del cordón, abarcando por arriba el borde superior medial de la A.O.M. Los bordes inferiores de los músculos conjuntamente con la F.T. y por abajo el L.I. y el borde del colgajo inferior lateral de la A.O.M.

### *MÉTODO DE MARTINOV*

(Plástia de la pared anterior del Conducto Inguinal)

- No más de 4 puntos de seda fina entre el colgajo superior A.O.M. y el L.I.
- El colgajo inferior A.O.M. se coloca por encima del superior y se fija sin tensión.

### *MÉTODO DE HERZEN*

- A.O.M. se abre más cerca del borde interno de Anillo Ing. Sup.
- Después tratar saco.

- Suturas en "U" invertidos, colgajo sup. A.O.M. + T.C. (pero doblando la A.O.M.)
- Este borde doblado al L.I con puntos en "U".
- Borde ext. A.O.M. por delante del cordón.

#### *PA. HERZEN (I)*

- Perfora pubis; sutura alambre lig. ing. al pubis.
- Lig. ing. al periostio y lig. púbico.

#### *HERZENH (1924)*

- Incide lig. púb. longitudinalmente hasta el hueso
- Lig. ing. al lig. pub. y al colgajo reseado del periostio y de la incisión tendinosa del músculo pectíneo.

#### *MÉTODO DE VM.NECHIPORUK*

- Sutura doble fruncida de F.T
- Injerto A.O.M. pediculado a la pared post. y
- Tendón Conjunto (T.C.) al lig. ing. y el borde de la vaina del recto.

#### *MÉTODO DE GIRARD*

- T.C. a L.I. por delante del cordón.
- Borde superior de la A.O.M. se sutura al L.I.
- Colgajo inf. A.O.M. se fija por encima del superior para formar la duplicidad.

#### *MODIFICACIÓN DE S.L.SPASOKUKOTSKI*

Los dos primeros pasos anteriores, en un plano. El tercero, igual. Ventajas:  
Menos traumática y no conduce a la desfibrilación del L.I.

#### *MÉTODO DE D. V USOV*

(Inst. medicina de Tiumensk 1981, Rusia)

-F.T. en dos planos y Músculos a la F.T. debilitada y después al ligamento inguinal.

#### *MÉTODO DE KUKUDZHANOV*

(Hernias directas y rep.)

- Reseca F.T. debilitada y si es necesario saco directo.
  - Sutura borde aponeurótico v. recto F.T. al Gimemat.
  - Arco aponeurótico del transverso (A.A.T.) y F.T. al L.I.
  - Sutura en bolsa de tabaco alrededor del A.I.P.
  - Doble sutura comprensiva A.O.M. *MÉTODOO DE KIMBAROVSKI*
- Modificación de Herzen, pero no en un solo plano.

#### *MÉTODO DE T. MUJKOB (G. Milkov)*

- A.O.M. (borde int.) lejos del borde, T.C., A.O.M. cerca del borde, lig. ing. y se anuda.
- Rechazo hacia arriba y afuera del cordón.
- A.O.M. (borde ext.) a la A.O.M. (borde int.), tapando el cordón.

#### *HERNIAS CRURALES Lock Wood*

- Incisión, vertical
- Lig. ing. al periostio del pubis.

#### *Bassini*

- Lig. ing. al periostio del pubis.
- Borde semilunar de la fosa oval del fémur a la fascia pectínea.

#### *Ruggi (vía inguinal)*

- Ligamento inguinal al Cooper.

#### *Parlavecchio*

- Borde muse. obl. menor y transv. al Cooper y al lig.inguinal en una segunda

hilera de puntos.

## **SIGLAS UTILIZADAS EN EL TEXTO**

Anillo Inguinal Profundo (AIP)

Anillo Inguinal Superficial (AIS)

Arco Aponeurótico del transverso (AAT)

Aponeurosis del Músculo Oblicuo Mayor (AOM)

Cintilla IleoPubiana (CI)

Conducto Inguinal (CI)

Externo (E)

Fascia transversales (FT)

Hernias Directas (HD)

Hernias Indirectas (HI)

Interno (I)

Ligamento inguinal (LI)

Ligamento (L)

Oblicuo Menor (OM)

Subcutáneo (SC)

Tendón conjunto (TC)

Voluminosas (VOL)

## ***CAPÍTULO DE LAS NORMAS NACIONALES DE CIRUGÍA DE LA REPÚBLICA DE CUBA***

***HERNIA INGUINAL.*** Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento

### **1. Clasificación**

1.1. "Topográfica" (tomando como referencia los vasos epigástricos)

1.1.1. Indirecta u oblicua externa.

1.1.2. Directa.

1.2 Según el grado de progresión del saco

1.2.1. Inguinoabdominal.

1.2.2. Inguinoescrotal.

1.3. De acuerdo con el diámetro del cuello y el desplazamiento de los vasos epigástricos

1.3.1. Grupo 1: persistencia del conducto peritoneo vaginal; anillo inguinal profundo normal y vasos epigástricos no desplazados.

1.3.2. Grupo 2; anillo inguinal profundo discretamente dilatado; vasos epigástricos poco desplazados y fascia transversalis normal.

1.3.3. Grupo 3: anillo inguinal profundo dilatado; vasos epigástricos poco desplazados y fascia transversalis debilitada.

1.3.4. Grupo 4: anillo inguinal profundo muy dilatado, vasos epigástricos muy desplazados y fascia transversalis marcadamente debilitada o destruida.

1.4. De acuerdo con su reductibilidad

1.4.1. Reductible.

1.4.2. Irreductible simple: aquella cuyo contenido no puede reintegrarse a la cavidad abdominal, por las causas siguientes:

1.4.2.1. Adherencias intrasaculares.

1.4.2.2. Deslizamiento.

1.4.2.3. Pérdida del "derecho o domicilio".

1.4.3. Irreductible complicada

1.4.3.1. Sin compromiso vascular (incarcerada).

1.4.3.2. Con compromiso vascular (estrangulada).

1.5. De acuerdo con su contenido

1.5.1. Intestino:

1.5.1.1. Delgado.

1.5.1.2. Grueso y apéndice.

1.5.1.3. Epiplón.

1.5.1.4. Divertículo de Meckel (hernia de Littré).

1.5.2. Genitales femeninos.

1.5.3. Vejiga.

## **2. Diagnóstico**

2.1. Antecedentes.

2.2. Síntomas y signos.

2.3. Hay que reseñar:

2.3.1. Si es inguinoabdominal o inguinoescrotal.

2.3.2. Si es directa o indirecta.

## **3. Tratamiento**

Quirúrgico, salvo contraindicación absoluta.

3.1. Período preoperatorio

3.1.1. En los pacientes con hernias gigantes o con pérdida del "derecho a domicilio", deberán realizarse neumoperitoneo, cuantas veces sea necesario.

3.1.2. En obesos, se hará cura de adelgazamiento.

3.1.3. Resolver los trastornos que ocasionan dificultad en la micción.

3.1.4. Se estudiarán y resolverán todas aquellas causas que aumentan la presión abdominal, tales como: constipación, afecciones respiratorias, etc.

3.2. Fundamentos del tratamiento quirúrgico

3.2.1. Tratamiento del saco.

3.2.2. Tratamiento del anillo inguinal profundo.

3.2.3. Tratamiento de la pared inguinal posterior.

### 3.3. Tratamiento de la hernia inguinal indirecta.

3.3.1. Grupo 1: El tratamiento recomendado consiste en la disección y ligadura alta del saco herniario, sin elevar las estructuras del cordón espermático ni realizar ningún tipo de reparación sobre la pared posterior del conducto inguinal. El momento operatorio más adecuado es a partir de los 4-5 meses de edad, salvo que la hernia se complique antes de esa fecha.

#### 3.3.1.1. Detalles de técnica: se preconiza la técnica de Potts y Coles.

- a) Incisión cutánea transversal siguiendo el pliegue inguinal suprapúbico.
- b) Se incide la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, en dirección paralela a sus fibras, practicándose un ojal de una extensión aproximada de 5 cm; se mantiene intacto el orificio inguinal superficial.
- c) Se divulsionan las fibras del músculo cremáster lo que permite identificar el saco herniario (de color blanco nacarado) en el espesor del cordón y en posición superointerna.
- d) El saco se pinza y levanta.
- e) Después de disecarlo se practica apertura y sección del saco herniario en sentido transversal y se abandona la porción distal.
- f) La porción proximal del saco herniario (que ha sido fijada con "pinzas mosquitos") se libera de los restantes elementos del cordón en dirección ascendente y luego se tuerce su cuello y se realiza transfixión con sutura irreabsorbible N° 000 y aguja atraumática.
- g) Cierre de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, con puntos separados de sutura irreabsorbible N° 000.
- h) Sutura de la piel con seda N° 000 o grapas metálicas.

#### 3.3.2. Grupo 2: tratamiento del saco y cierre del anillo inguinal profundo.

##### 3.3.2.1. Detalles de la técnica:

- a) Exposición de la aponeurosis del músculo oblicuo mayor, sin quitarle

la fascia de envoltura.

b) Apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor, incluyendo el anillo inguinal superficial.

c) Aislamiento del nervio ilioinguinal.

d) Movilización del cordón espermático, separando la fascia y las fibras del cremáster de su inserción en la fascia transversalis. Debe incluirse la arteria funicular.

e) Apertura longitudinal de la fascia del cremáster y separación de ésta en 2 colgajos. Resección del músculo cremáster y ligaduras de los cabos seccionados; el inferior o externo incluirá la arteria funicular.

f) Apertura de la fascia espermática (si no fue abierta en el tiempo anterior) y localización del saco herniario.

g) Apertura del saco herniario e inspección de su contenido. Exploración digital de la pared posterior del conducto peritoneovaginal; se realizará la maniobra de Ombredanne. En los sacos grandes inguinoescrotales, se preferirá no disecar el extremo distal dejándolo abierto longitudinalmente.

h) Delimitación y estrechamiento adecuado del anillo profundo con sutura irreabsorbible N° 000. Dentro de la línea de sutura no debe interponerse grasa preperitoneal u otro tejido.

i) Restitución del cordón específico a su posición normal.

j) Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor con sutura irreabsorbible N° 00, con puntos separados.

K) Sutura de la fascia de Scarpa con puntos separados con sutura reabsorbible N° 00.

l) Sutura de la piel con seda N° 00 ó grapas de metal

3.3.3. Grupo 3: tratamiento del saco, cierre del anillo inguinal profundo y plicatura de la fascia transversalis.

3.3.3.1. Detalles de técnica: se debe añadir, a los tiempos señalados, plicatura de la fascia transversalis. Los puntos se darán por separado con sutura irreabsorbible N° 00, desde el borde superior de la herida y a lo largo de la aponeurosis del transverso, hasta el tracto ileopúbico.

3.3.4. Grupo 4: tratamiento del saco, cierre del anillo inguinal profundo y reparación de la pared posterior (técnica de Lotheissen-Mc-vay).

**3.3.4.1.** Detalles de técnica: añadir a los tiempos generales señalados los puntos siguientes:

a) Exposición del ligamento de Cooper, mediante la sección o dislaceración de la fascia transversalis. Puede realizarse:

sección entre ligaduras, por transfixión de los vasos epigástricos.

b) En caso de existir una hernia directa concomitante, pueden seccionarse los vasos epigástricos, para convertirla en un solo saco.

c) También puede optarse por convertir la hernia directa en un solo saco indirecto, antes de abrir la fascia, por medio de la maniobra de Hoguet.

d) Unión de la fascia transversalis y la aponeurosis del transverso al ligamento de Cooper, con puntos de irreabsorbibles N° 0 ó 1.

e) Se darán puntos desde el borde libre de la aponeurosis del transverso hasta la vaina de los vasos femorales (tracto iliopúbico) con el objetivo de cerrar el espacio que queda entre el ligamento de Cooper y el anillo inguinal profundo.

f) En ocasiones es necesario efectuar una incisión de relajación en la hoja anterior de la aponeurosis del recto.

3.4. Tratamiento de la hernia inguinal directa. Se debe seguir igual técnica que la señalada en el apartado, 3.3.4

3.5. Tratamiento de la hernia inguinal por deslizamiento

3.5.1. Ciego: deslizamientos pequeños ("bolsas de tabaco" al ciego) o cierre por vía extraperitoneal y reconstrucción de la pared posterior (técnicas de McVay o Zimmerman). En los grandes deslizamientos se utilizará la técnica de La Roque o se hará una reconstrucción igual.

3.5.2. Vejiga: Se usará la técnica de Zimmerman.

3.5.3. Sigmoides: Se empleará la técnica de La Roque.

3.6. Periodo postoperatorio: Alimentación y deambulación precoz.

#### **4. Tiempo de recuperación postoperatoria a partir del alta hospitalaria:**

Se concederán 30 días para los trabajadores sedentarios y 45 días para los que realicen esfuerzos físicos fuertes. En algunos casos de trabajos físicos muy violentos, se discutirá la posibilidad de llevar a cabo el cambio de actividad.

#### **5. Tratamiento paliativo, no quirúrgico:**

##### **Braguero:**

Este se hallará indicado en los pacientes que presenten las características siguientes:

5.1. Enfermos con estado general deficiente, que no pueden resistir la intervención quirúrgica (cardíacos, disneicos, etcétera).

##### **151**

5.2. Pacientes con una afección que los obliga a hacer esfuerzos:

5.2.1. Tosedores crónicos.

5.2.2. Prostáticos.

5.3. En los obesos. En los pacientes incluidos en los apartados, 5.2 y 5.3, podrá usarse el braguero hasta tanto se mejoren las condiciones que permitan la intervención quirúrgica.

5.4. En aquellos pacientes pusilánimes que no quieran ser sometidos a una intervención quirúrgica, el braguero puede contribuir a la estrangulación de la hernia.

## ***HERNIA CRURAL O FEMORAL.*** Clasificación. Diagnóstico. Tratamiento

### **1. Clasificación** de acuerdo con su grado de reductibilidad

1.1 Reductible.

1.2 Irreductible.

1.2.1. Simple: por adherencias intrasaculares.

1.2.2. Complicada:

1.2.2.1. Sin compromiso vascular (incaerada).

1.2.2.2. Con compromiso vascular (estrangulada).

### **2. Diagnóstico:**

2.1. Antecedentes

Tiene valor diagnóstico la aparición y desaparición de una tumefacción en la región crural, aunque no pueden precisarse por el examen físico. En pacientes que ofrezcan gran duda, se precisará el diagnóstico por medio de un neumoperitoneo, poniéndolo en posición de Trendelenburg.

2,2. Síntomas y signos

Tumoración reducible o no ubicada en la región crural. En toda oclusión intestinal se investigará la presencia de una hernia crural.

### **3. Tratamiento:**

3.1. Quirúrgico

3.3.1. Principios generales

3.1.1.1. Evacuación de la vejiga previa a la intervención.

3.1.1.2. Ligadura alta del saco herniario.

3.1.1.3. Cierre del anillo crural.

3.1.1.4. Hemostasia minuciosa.

3.1.2. Técnicas a elegir:

3.1.2.1. Cheattle-Henry: vía de acceso preperitoneal supra púlica.

3.1.2.2. Lotheissen: vía de acceso inguinal anterior

3.1.2.3. Cadenat: vía de acceso femoral.

3.2. Detalles de la técnica de Cheattle-Henry: El cirujano se situará del lado contrario a la localización de la hernia.

3.2.1. Incisiones suprapúbicas:

3.2.1.1. Vertical.

a) Media.

b) Paramedia.

3.2.1.2. Horizontal.

3.2.2. Se dejará la fascia transversalis adherida al plano muscular y se realizará disección roma preperitoneal

3.2.3. Debe tenerse cuidado con el plexo venoso perivesicular.

3.2.4. Si hay gran dificultad para la extracción del saco herniario o su contenido (o para ambas maniobras), se seccionará el ligamento de Gimbernat.

3.2.5. En las hernias complicadas, se abrirá siempre, ampliamente, el peritoneo y se examinará en forma cuidadosa su contenido.

3.2.6. Se explorará la pared inguinal posterior y la región crural del lado opuesto, reparando cualquier alteración de ambas.

3.2.7. Cierre de la pared abdominal con reconstrucción de la fascia transversalis.

3.2.8. Material de sutura: Ac. poliglicólico Nº 00 para el saco herniario; sutura irreabsorbible Nº 0 ó 1 para el anillo crural, y del mismo tipo Nº. 00 ó 0

para la fascia transversalis.

3.3. Detalles de la técnica de Lotheissen: Operación por vía inguinal, (Ver "Normas de hernia inguinal").

#### **4. Tiempo de recuperación postoperatoria:**

Se concederán 30 días para los trabajadores sedentarios y 45 días para los que realicen esfuerzos físicos fuertes, aplicables a partir del alta definitiva.