

HERNIA INGUINAL: DOS ASPECTOS CONTROVERTIDOS

Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez

Profesor Consultante. Hospital Clínico-Quirúrgico Amalia Simoni. Camagüey.

Calzada B # 94. Reparto Lenin. Camagüey. Teléfono 26-1531

E-mail. baap@finlay.cmw.sld.cu.

Dr. Oliverio Agramonte Burón

Profesor Consultante. Hospital Provincial Manuel Ascunce Doménech. Camagüey.

Calle 4ta # 6. Reparto Puerto Príncipe. Camagüey. Teléfono 26-1462.

Nos referiremos a dos aspectos de la hernia inguinal que consideramos merecen consenso y unidad de criterio. No se trata de su clasificación, de la era “moderna” de las hernias, de la tensión y las plastias. Tiene que ver con el diagnóstico (semiología) y las complicaciones. Hemos observado que no hay uniformidad a la hora de denominar las maniobras en el examen físico y de definir las complicaciones agudas de las mismas, esto puede prestarse a dudas en los educandos y es lo que nos ha motivado a realizar esta revisión y dar a conocer nuestras consideraciones.

INTRODUCCIÓN:

Los cirujanos actualmente no le dan la importancia que requiere, a nuestro modo de ver, el conocer si una hernia es directa o indirecta y lo dejan para resolver durante el acto quirúrgico, esto no es nada nuevo ya que Nyhus y Bombeck ⁽¹⁾ se refirieron a ello en la década de 1980, en aquel momento leímos esto con cierto desdén, pero tenían razón; además apuntaban la importancia por lo menos, de saber antes de operar, si la hernia era inguinal o crural. Kuntzen ⁽²⁾, afirmaba mucho antes, que los pacientes llegaban a los cirujanos ya diagnosticados, en algunos casos autodiagnosticados y el especialista solo le quedaba descartar que la hernia fuera crural y diferenciar si era directa o indirecta. Esto lamentablemente, se repite en el momento actual. Frank G. Hesselbach en 1814, había descrito que las hernias inguinales podían ser indirectas o directas y Enrique J. Corbellini en 1905 describió juiciosamente,

dos variedades, a saber a) intrainguinal, indirecta u oblicua externa y b) retroinguinal, directa u oblicua interna clasificación que fue complementada en 1917 por Enrique Finochetto y Carlos M. Squirru quienes describieron las c) mixtas o en pantalón, todas relacionadas con su contacto y vecindad a los vasos epigástricos. Desde la época de Joseph Malgaigne 1842, se sabía que la hernia crural aparecía por debajo de la línea imaginaria que lleva su nombre y que va de la espina iliaca antero superior a la espina del pubis, pero que en ocasiones y sobre todo en mujeres no era tan fácil este diagnóstico.⁽³⁻⁶⁾ En el orden personal seguimos al pie de la letra las afirmaciones atribuidas a Andrews y que tienen un corto margen de error, este maestro de la cirugía decía que cuando el cirujano tenía duda si una hernia era crural o inguinal, siempre era crural, y por otra parte señalaba que la mujer no padecía hernia inguinal directa.

Con relación a las complicaciones de las hernias, donde hay más controversia es en el concepto de encarceradas y atascadas, es cierto que esta última denominación no es de uso extendido y que aparece en algunos textos con otra nomenclatura.

MANIOBRAS DIAGNÓSTICAS EN HERNIA INGUINAL:

Hay consenso en que el enfermo debe examinarse en posición de pie con el médico sentado frente a él y en posición acostado en decúbito supino. La forma clásica de examen es con el examinador del lado donde está la hernia, aunque esto puede cambiar y se acepta. Se utiliza siempre en principio, la maniobra de Valsalva. Hay libros que describen las maniobras, pero no su autoría y en ocasiones con nombres distintos. Dejamos sentado, como es práctica habitual, que este paciente requiere de un examen físico general, pero nos referiremos ahora a la región inguinal.

SIGNO DEL ENGROSAMIENTO FUNICULAR DE LANDIVAR: 1947

Se reconoce a la palpación de la región inguinal cuando el cordón espermático está ocupado por la hernia y se puede explorar con el paciente de pie o acostado, incluso se puede observar.⁽⁶⁾

MANIOBRA DE EDWARD WYLLYS ANDREWS: 1895. Con el dedo a través de la piel del escroto e introducido gentilmente en el trayecto inguinal, se tacta el anillo inguinal superficial, la mano del explorador puede estar colocada hacia arriba o hacia abajo, se indica al paciente pujar o toser, si protruye en la punta del dedo es indirecta y si protruye empujando el dedo hacia delante es directa. Se puede efectuar con el enfermo de pie y acostado. ^(5, 6)

Hay autores que plantean que si el anillo superficial está muy dilatado se puede introducir el dedo a su través hasta el conducto inguinal, el anillo profundo hasta palpar la cavidad. ^(2, 3)

MANIOBRA DE WILLIAM COLEY (1907): Con el enfermo acostado, se reduce la hernia, se comprime el anillo inguinal profundo con un dedo a dos cm. por encima y 0.5 cm. por dentro de la parte media de la arcada y dejando libre el anillo inguinal superficial. Se le dice al paciente que puje o tosa, si protruye algo, es una hernia directa, la hernia indirecta no debe protruir. ^(5,6)

MANIOBRA DE ALFRED IASON (1941): Paciente acostado, exploración bimanual con la hernia reducida, se trata de aunar las maniobras de Andrews y la de Coley, se tacta el anillo inguinal superficial y se ocluye el profundo con dos dedos de la otra mano, se solicita al paciente pujar o toser y si algo empuja el dedo hacia delante es una hernia directa, si no protruye nada, es indirecta. (En algunos textos Iason aparece escrito con Y o con L) ⁽⁴⁻⁷⁾

Las maniobras del engrosamiento funicular de Landívar y la de Andrews son las más usadas y/o mencionadas. Nos impresiona que el proceder de Iason se utiliza poco y tiene un valor relativo. Por otra parte, es práctica común que algunos cirujanos denominen como maniobra de Adolfo F. Landívar (1947) indistintamente a la maniobra de Coley o la de Iason; nosotros hemos encontrado publicada esta supuesta maniobra de Landívar similar a la de Coley; parece haber sucedido igual con la maniobra de S.A. Zieman (1950) que está descrita muy parecida a la de Iason. En 1951, M.Cuenca Pérez describe su maniobra que a nuestro juicio complementa la de Iason, a la hora de retirar los dedos que comprimen ambos anillos, esta maniobra es denominada también por algunos como Landívar-Cuenca. Sucede que cronológicamente estos procedimientos fueron posteriores a los antes descritas de Coley y Iason. ⁽⁵⁻⁹⁾

CONSIDERACIONES SOBRE LAS COMPLICACIONES DE LAS HERNIAS:

En el texto de Shackelford muy reconocido entre nosotros, se señala que las hernias de cualquier tipo pueden ser reductibles e irreductibles y que estas últimas se dividen en encarceradas o agudas y simples o crónicas y define la encarceración como la irreductibilidad de aparición rápida con constricción del cuello herniario que puede llevar a la obstrucción del intestino y por último describe la estrangulación como aquella con compromiso circulatorio. ⁽⁴⁾ Nyhus y Bombeck coinciden con estos conceptos y manifiestan que la hernia encarcerada no regresa a su lugar una vez que se hace irreductible porque queda atrapada por el anillo y que tanto esta como la estrangulada necesitan tratamiento quirúrgico urgente, además utilizan el término obstruida para las que provocan íleo mecánico. ⁽¹⁾ Barroetaveña y cols se adhieren a este criterio, aunque señalan que una hernia encarcerada puede llegar a reducirse con el reposo y posición de Trendelenburg. ⁽⁶⁾ Merello coincide con estos autores y plantea que las hernias irreductibles crónicas de cualquier causa como adherencias al saco, muy voluminosas, deslizadas etc., son de aparición insidiosa, (en algunos textos antiguos se les denominan incoercibles). Por otro lado, las atascadas, encarceradas u obstruidas son las que causan o pueden causar oclusión intestinal, además comparte con la etiopatogenia señalada a las hernias estranguladas. ⁽⁵⁾ Abraham ⁽¹⁰⁾, tratando de abarcar todos estos aspectos, define la encarceración como aguda y crónica, esta última por supuesto no necesita tratamiento quirúrgico urgente. En nuestro medio se utiliza, al igual que algunos cirujanos foráneos, el término atascada para las hernias con compromiso del tránsito intestinal, es decir que causan íleo mecánico de intestino grueso o delgado y que por rutina muchas veces se mal utiliza el término ante todas las hernias de irreductibilidad aguda, llámese encarceradas, atascadas o estranguladas. Para reafirmar nuestro interés sobre el tema, veamos lo que ocurre en el texto de Carbonell ⁽¹¹⁾, en el capítulo cinco escrito por el propio autor, se dice que la encarceración o irreductibilidad es una complicación crónica, sin embargo más adelante en el capítulo 26, Ortega, que lo escribe ⁽¹²⁾, señala que la encarceración y estrangulación son cuadros agudos y que requieren tratamiento quirúrgico urgente.

En resumen, somos del criterio que la encarceración es una complicación de aparición rápida, aguda y que es un primer momento de un mismo fenómeno

que de no tratarse con premura puede llevar al atascamiento/obstrucción o la estrangulación del contenido del saco herniario comprimido a nivel del cuello por el anillo constrictor y que se ajusta a lo señalado en el anterior Manual Nacional de Procedimientos. ⁽¹³⁾

Sabemos que pueden sustentarse otros criterios que difieran del nuestro y que en la práctica docente conlleven o puedan crear confusión y desorientación en los alumnos y residentes en formación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Nyhus LL M, Bombeck CT. Hernias en Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher. Tomo 1/1, ED. Rev. La Habana: 1983. p.1313.
2. Kuntzen H. Hernias abdominales en Diebold O, Zukschwerdt L, Junghanns H. Tratado de Patología y Clínica Quirúrgica. T.3. Salvat Editores S.A.; Barcelona: 1962. p.74.
3. Morro AK. The treatment of inguinal hernia in Maingot R. Techniques in British Surgery. 1 ED. W.B. Saunders Company; Philadelphia: 1950. p. 431.
4. Shackelford RT. Hernia of the gastrointestinal tract. In Bickham-Callander Surgery of the Alimentary Tract. V.3. W.B.Saunders Company; Philadelphia: 1965. p. 2155.
5. Merello Lardies JM. Pared abdominal. Hernias y Eventraciones. En Ferraina P y Oria A. Cirugía de Michans. 5 ED. El Ateneo; Buenos Aires: 2002. p. 417.
6. Barroetaveña J, Herszage L, Barroetaveña JL. Hernias de la Ingle. Procedimientos Quirúrgicos Actuales. Bases Anatomofisiopatológicas. 4 ED. Corrales Ediciones Médicas; Buenos Aires: 2002. p. 5.
7. Iason AH. The Incidence of Hernia in Man in Hernia. 1 ED. The Blakiston Company; Philadelphia: 1941. p.159.
8. Cuenca Pérez M. Semiología de las hernias inguinales. Nuestra maniobra. Pren. Med. Argent. 1951, 39:1293-7.
9. Herszage L. Hernia surgery in the SouthAmerica surgical adventure in Argentina. Hernia, 2004; 8(4):306-10.

10. Abraham Arap J. Hernias Inguinales y Crurales (Hernias de la Ingle) en García Gutiérrez A. Actualización de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Cirugía. Formato Digital. La Habana: 2008.
11. Carbonell Tatay F. Clasificación de las hernias. Cap 5 en Hernia Inguinocrural. 1 ED. Ethicon; Valencia: 2001. p.126.
12. Ortega Serrano J. La hernia complicada Cap. 26 en Carbonell Tatay J. Hernia Inguinocrural. 1 ED. Ethicon; Valencia: p. 290.
13. Grupo Nacional de Cirugía. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Cirugía, 3 ED. Editorial Pueblo y Educación; La Habana: 1987. p.550.