

LA SOLUCION DEL PROBLEMA DE LA HERNIA INGUINAL POR EL METODO DE PERIZ-FONTANA

Dr. M. BROGGI

LA hernia inguinal es una afección privativa de la especie humana y debe considerarse como una consecuencia de la posición erecta adoptada por el hombre, a la cual debe éste indiscutiblemente grandes beneficios en su lucha con el medio, pero por la que paga tres grandes tributos: las distocias, la abundante patología lumbo-sacra y la propensión a la hernia inguinal.

En efecto, con la posición erecta los fuertes impulsos de la prensa abdominal en vez de encontrar unas ingles flexionadas y protegidas por la raíz de los muslos, repercuten directamente sobre unas ingles extendidas, dilatadas y vulnerables. Es un caso más de la ley elemental que dice que cuanto más reciente es una adquisición en la escala filogénica, tanto más es causa de perturbaciones, trastornos y enfermedades.

Dada su enorme frecuencia, las molestias que ocasiona y el peligro que representa, ha constituido siempre un motivo de seria preocupación. Es tan elevada su frecuencia en todas las edades, que muy a menudo sus peligros potenciales no son debidamente justipreciados.

En las gráficas de mortalidad presentadas por Elman en EE.UU., la hernia es responsable de 5.000 muertes en un año, mortalidad más elevada que la de la apendicitis, la cual en el transcurso de pocas décadas se ha visto considerablemente reducida, mientras que la de la hernia se ha mantenido inalterable. Como sea que las muertes se deben a obstrucción y estrangulación, la solución del problema está en divulgar y mejorar la cura preventiva. Pero en el momento actual el tratamiento quirúrgico de la h. i. constituye un problema no definitivamente resuelto dadas las recidivas que oscurecen todas las estadísticas y que se presentan después de las intervenciones más correctamente practicadas y con las técnicas más depuradas.

Hace unos diez años el eminente cirujano de Montevideo, Velarde Pérez-Fontana, en el curso de una conversación nos reveló un procedimiento personal con el que no tenía recidivas. La autoridad del autor y lo lógico del procedimiento nos decidieron a adoptarlo y con ello hemos visto comprobadas la realidad de sus afirmaciones; ya que en el transcurso de este tiem-

* Comunicación presentada como Académico Corresponsal en la Sesión del día 9-II-1965.

po hemos recogido y controlado cerca de medio millar de casos.

El conducto inguinal es fácil de imaginar. Está hecho por dos paredes y tiene una dirección oblicua; su función es dejar pasar el cordón espermático o el ligamento redondo. Al aumentar la presión abdominal, la pared posterior se aplica contra la anterior, igual que una verdadera válvula, cerrando el conducto sin comprimir el cordón.

La operación de Bassini intenta reconstruir el conducto según el tipo de estructura fisiológica, suturando el tendón conjunto al fondo del arco crural. Con esta operación empieza la verdadera historia del tratamiento quirúrgico de la h. i. (1889).

Poco después, en el mismo año, Halsted presentaba su célebre comunicación en el Hopkins, en la que recomendaba trasponer el cordón al plano más anterior y reforzar la pared posterior con la aponeurosis del oblicuo mayor.

Estos dos métodos siguen conservando todo su valor. Hoy día la mayor parte de cirujanos practican la operación de Bassini en los casos de h. indirectas pequeñas y la de Halsted en las indirectas mayores y en todas las directas.

Los demás métodos que han surgido desde entonces representan simples modificaciones, pero no cambios fundamentales. De estas modificaciones unas se refieren al trasplante del cordón, bien por delante, «tipo Halsted», bien por detrás, «tipo Ferguson», y otras a la

imbricación de planos, a expensas de las dos hojas de la aponeurosis del oblicuo mayor, generalmente la inferior por delante de la superior, tanto si el cordón queda superficial como profundo. También debemos citar las incisiones de descarga a nivel de la vaina anterior del recto.

El principio fundamental es siempre el mismo: cerrar el orificio inguinal haciendo bajar a modo de telón el borde inferior del tendón conjunto y el superior de la aponeurosis del oblicuo mayor previamente seccionada, hasta el fondo del arco crural. Estas formaciones llegan hasta la parte más baja del arco crural, pero siempre con una cierta tensión. La cual es fácilmente compensada por la resistencia del material de sutura, pero por un tiempo limitado, los materiales más fuertes y mayor tolerados acaban siempre cediendo y dejando que los planos vuelvan a separarse... Primer paso hacia la recidiva.

Desde finales del siglo pasado las cosas siguen igual; actualmente hay menos infecciones de las heridas, menos hematomas, menos complicaciones de tipo vascular, pero las recidivas después de las intervenciones mejor ejecutadas siguen presentándose y constituyendo un serio y verdadero problema.

Para estudiar bien este punto hemos de ver ante todo lo que nos dicen las estadísticas.

En la copiosa estadística de Hagan referida a 1.082 casos, se citan

cifras variables según las circunstancias, de un 3 a un 22 % para las indirectas, y de un 5 a un 35 % para las directas. Otra aparecida en «The Lancet» en 1955 arroja un promedio de un 16 %.

Como vemos, las cifras difieren pero son significativamente altas. En realidad, son mucho más elevadas de lo que generalmente se cree porque no son pocos los casos que se pierden, especialmente los que experimentan recidiva, ya que muchos de ellos se desengañan y sobrellevan la h. como un achaque inevitable o bien, si deciden volver a operarse, acuden a otro cirujano, por lo que el primero ignora el fracaso.

Las principales circunstancias capaces de modificar los resultados y que debemos revisar, son:

Edad. — Por debajo de los 10 años no hay prácticamente recidivas.

Sexo. — Gran predominio de las recidivas en los hombres. La falta de cordón simplifica grandemente la técnica en las mujeres y mejora los resultados. Un cirujano que sólo operase niños o mujeres, tendría una idea muy optimista y equivocada sobre la eficacia real de estas intervenciones.

El tipo de reparación y la sutura no merecen ser considerados.

En cuanto a la ocupación, las estadísticas revelan que el 48,7 % de las recidivas corresponden a pa-

cientes dedicados a trabajos sedentarios; 37,5 % a trabajos moderados, y 13,5 % a trabajos pesados; de lo que se deduce que el trabajo pesado no es un factor de importancia en las recidivas. Lo que sí parece tener importancia son los esfuerzos repetidos con la prensa abdominal; así vemos que en 21,3 por 100 existe tos crónica; en 13,3 por ciento dificultad en la micción por hipertrofia prostática, y el 13,8 por ciento constipación crónica.

Por último, las estadísticas nos revelan dos hechos importantes: más de un 50 % de recidivas en las h. por deslizamiento operadas por vía inguinal y más de 30 % en las h. previamente recidivadas, lo cual quiere decir que las hernias por deslizamiento deben ser operadas por vía combinada (abdominoinguinal), y que la hernia recidivada es una cuestión no resuelta.

En conjunto, todas estas cifras son demasiado elevadas para que la curva quirúrgica de la h. i. nos satisfaga tal como habitualmente viene efectuándose, y hemos de aceptar que ello requiere una revisión.

La propuesta por Pérez-Fontana y que nosotros hemos seguido, es muy simple. En todos los métodos en boga el tiempo más importante es el representado por la sutura del llamado tendón conjunto al arco crural, y dicho plano no es tendinoso, sino que es un simple borde muscular carente de poder

Fig. 1. — Apertura del conducto inguinal. Emplazamiento de la incisión a nivel de la aponeurosis.

Fig. 2. — Conducto inguinal abierto. En el fondo se ve el tendón conjunto. Incisión de descarga paralela al borde superior de la aponeurosis.

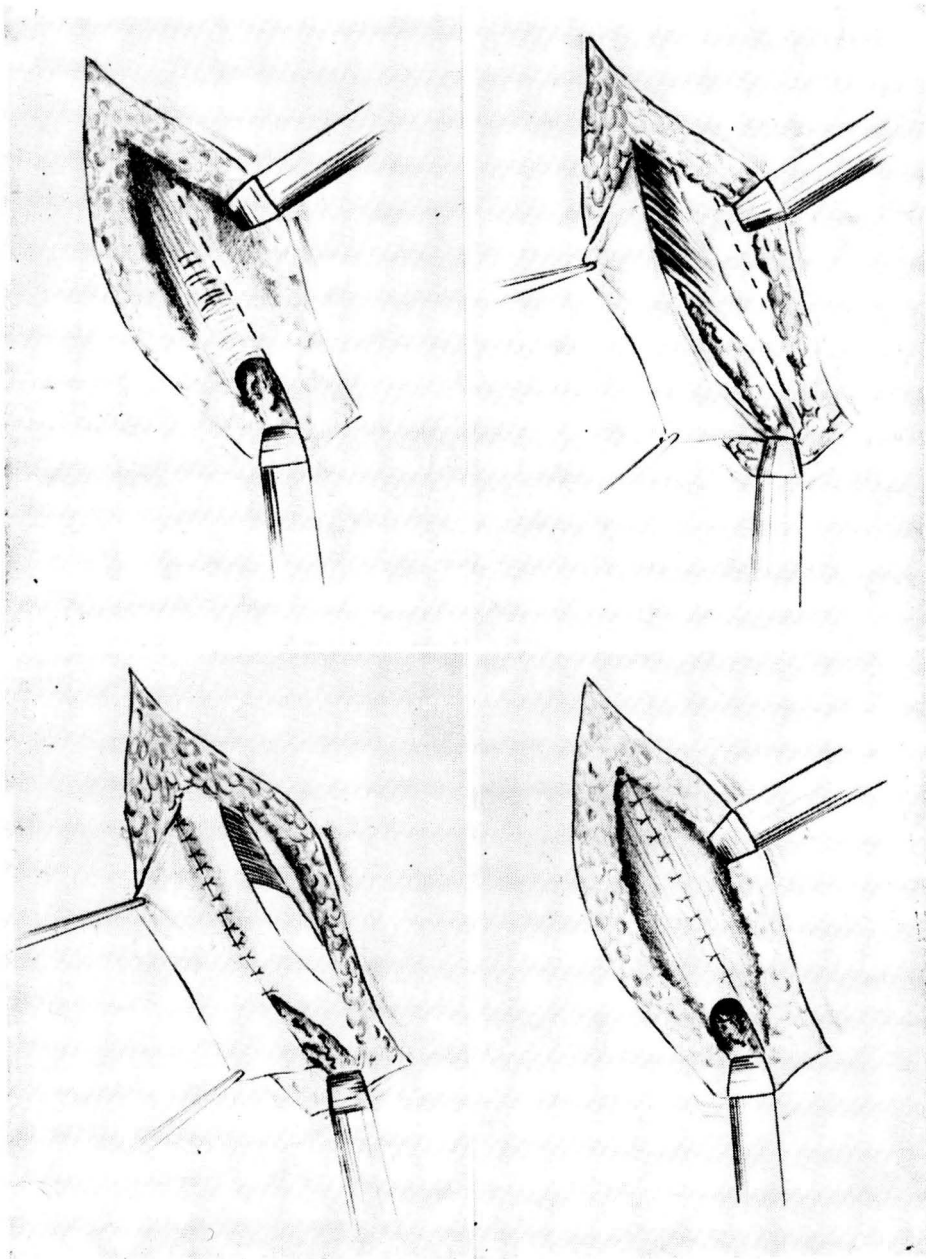


Fig. 3. — La tira aponeurótica resultante llega con suma facilidad y sin tensión a la parte más profunda del arco inguinal, donde es suturada.

Fig. 4. — Sutura superficial entre el borde inferior y el borde alto, resultante del desprendimiento plástico de la cinta aponeurótica.

contentivo. El único plano verdaderamente sólido y aprovechable de la región es la aponeurosis del oblicuo mayor. En el Halsted y en los diferentes métodos de imbricación de planos ya se utiliza esta aponeurosis para reconstruir la pared posterior del conducto, pero casi siempre al hacer descender el borde superior de la aponeurosis hasta la parte más profunda del arco de Falopio la sutura queda demasiado tensa y en estas condiciones fracasa frecuentemente.

En el año 1949 apareció un interesante trabajo en el *Brit. J. of Sur.*, en el que el A. Doran, después de hablar de las recidivas consecutivas a la intervención por los métodos corrientes, realizaba el siguiente experimento: en el momento operatorio colocaba unos clips metálicos en los bordes de los planos que quedan afrontados y suturados, ligamento inguinal por una parte y tendón conjunto o borde del oblicuo mayor por otra. Radiografías practicadas cada tres meses determinaban exactamente la posición de las señales y comprobaba que en la mayor parte de los casos al poco tiempo los planos se separan, aunque no haya reproducción de la hernia. El A. concluye su trabajo diciendo que los métodos de reparación que se fundan en la unión por suturas de estas estructuras carecen de solidez y que sigue en pie el problema del tratamiento de la h. i.

En el proceder de Pérez-Fontana este punto queda resuelto median-

te una simple incisión de relajación en la aponeurosis a unos tres centímetros por encima de su borde superior y paralela al mismo. Con ello queda una tira aponeurótica fijada por sus extremos, que puede descenderse con toda facilidad hasta el fondo del arco crural y efectuar allí la sutura sin ninguna tensión.

La intervención se practica como sigue: Apertura del conducto inguinal seccionando la aponeurosis del oblicuo mayor a nivel del borde inferior del pilar interno o superior. En caso de hernia oblicua externa, liberación del saco, meticulosa a nivel del cuello para ver bien la fascia transversalis a este nivel, y resección del mismo. En las directas, extirpación del lipoma preherniario. En ambos casos sutura cuidadosa de la fascia transversalis.

Incisión de la aponeurosis del gran oblicuo a unos 2,5 cm. por encima del pilar superior del orificio inguinal externo, paralelamente a la incisión primitiva, con lo que se obtiene una banda aponeurótica desplazable hacia abajo y fija por sus dos extremos, externo e interno. Dicha banda se desliza hacia abajo por delante del plano muscular posterior y se sutura a la parte más profunda de la arcada con material de sutura fino.

El borde inferior de la aponeurosis se sutura al colgajo superior. El cordón queda por delante o por detrás de las suturas según que el orificio herniario esté por den-

tro o por fuera del punto de emergencia del cordón.

Estamos seguros, porque los hechos lo demuestran, que estos detalles conceptuales y de técnica aparentemente simples y triviales tienen una importancia trascendental, pues representan la solución del problema de la hernia inguinal evitando las recidivas.

RESUMEN

Actualmente la hernia inguinal sigue constituyendo un verdadero problema por el elevado número de recidivas que se presentan después de las intervenciones correctamente efectuadas. Según las estadísticas, el número de recidivas alcanza cifras que se aproximan al 20 por 100 para las hernias corrientes y alcanzan al 50 % para las hernias previamente recidivadas,

lo cual no es aceptable y requiere una revisión.

Al efectuar el cierre del orificio inguinal por los métodos corrientes, la sutura suele quedar a tensión y con ello los bordes tienden a separarse.

Con el método de Pérez-Fontana esto queda solventado substituyendo la sutura del plano profundo por una plastia aponeurótica en forma de tira desprendida de la aponeurosis del oblicuo mayor y fácilmente desplazable hasta la parte más profunda del arco crural, gracias a lo cual dicha pared posterior en vez de quedar rígida y tensa, queda flexible, elástica y capaz de aguantar perfectamente los reiterados esfuerzos de la prensa abdominal, evitándose con ello las recidivas de un modo seguro, según demuestra nuestra experiencia.

Discusión. — El doctor L. García-Tornel dice que a pesar de tratarse de una de las operaciones más corrientemente practicadas, bastantes cuestiones, y en especial el problema de las recidivas, no se resuelven todavía bien. El método descrito se apoya en sólidos fundamentos y ha de contribuir, sin duda, a la cura de la hernia inguinal.

El doctor J. Puig Sureda asegura que, en cirugía, por lo general, las técnicas más importantes derivan de puntos de vista lógicos y de sentido común. Y es así como llegan a descubrirlas, simultáneamente, distintas personas en lugares varios. El mismo ha empleado técnicas del todo semejantes, con excelentes resultados.

El disertante, al contestar, agradece las intervenciones de los dos grandes maestros de la cirugía, favorables al uso del método de Pérez-Fontana.
