

TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA HERNIA INGUINAL (1)

Dr. V. PALLARÉS IRANZO

Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de Valencia
Cirujano de número del Hospital Provincial

SOBRE el tema TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA HERNIA INGUINAL, se ha escrito mucho, pero, sin embargo, es de actualidad, y legítimamente preocupa a las naciones por el gran número de bajas que al servicio militar ocasiona la presencia de hernias.

El *Boletín de la Real Sociedad de Medicina de Londres*, correspondiente a febrero de 1943, refiere que en la Sección de Cirugía hubo varias sesiones destinadas a discutir el mejor tratamiento quirúrgico de las hernias con objeto de evitar las recidivas, ya que en el total de bajas hospitalizadas se llegó a tener un 13 por 100 debido a hernias.

De nuestro Hospital Provincial, y por estar encargado durante muchos años del Servicio de Cirugía general de hombres, puedo decir que tengo una casuística de trescientas a trescientas cincuenta hernias inguinales intervenidas al año, lo que representa el 50 por 100 del total de nuestras intervenciones anuales.

Nada extraño resulta que ante tal cantidad de intervenciones fuera motivo de preocupación para mí el tratar de practicar la cura operatoria de forma que diera la mayor solidez a las paredes del trayecto inguinal, y al mismo tiempo evitar las recidivas o fueran éstas mínimas.

La hernia, por la frecuencia con que se presenta, la inutilidad que para el trabajo de esfuerzo determina y porque una vez constituida está invariablemente sujeta a su progresión, es un problema que debemos mirar con la máxima atención. Naturalmente, la situación social del que la padece influye mucho para decidirse a la intervención, ya que el obrero no puede dedicarse a sus trabajos sujeto con un braguero que a los movimientos deja de protegerle.

La intervención debe practicarse correctamente, cumpliendo todas las indicaciones fundamentales, y no es la de exigir del cirujano criterio y experiencia para tratar a los enfermos.

Quiero hacer resaltar que la operación de la hernia tiene muchos problemas que resolver y no es, como se cree, fácil cumplir con todos los detalles de la técnica sin una gran experiencia por parte del operador. Este debe de aprender ayudando muchas veces, hasta lograr el dominio de la técnica; y no es que afirme esto caprichosamente, sino que también fué motivo de debate en la citada reunión de Londres, puesto que las recidivas se presentaban preferentemente en los operados por cirujanos noveles.

Como en todo problema quirúrgico, la hernia inguinal para tratarla adecuadamente se necesita que el cirujano conozca la disposición anatómica de la región y, además, las modificaciones que la lesión determina en la misma, puesto que estas modificaciones suelen alterar las relaciones normales.

Recuerdo anatómico

Es necesario que recordemos la anatomía de la región inguino-abdominal para mejor comprender la formación del trayecto inguinal. Este se forma como consecuencia del paso del cordón espermático, en el hombre, o del ligamento redondo en la mujer, a través de las paredes, alterando, según su evolución, la constitución de las mismas.

El trayecto inguinal tiene, aproximadamente, una longitud de 3,75 cm. en el hombre y de 5 en la mujer, debido a la mayor separación de los ilíacos; cruza la

(1) Discurso de ingreso como Académico numerario. 1945.

pared abdominal, en dirección oblicua, hacia abajo y adentro, constituyendo un punto de menor resistencia. Su orificio profundo posterior, o mal llamado interno, es una depresión existente en la *fascia transversalis*, al que se denomina anillo inguinal interno; su abertura distal superficial o externa, constituyen el anillo inguinal superficial anterior o externo.

La pared anterior de este trayecto la forman la aponeurosis del oblicuo mayor y el interesante anillo inguinal externo, que sirve de punto de salida al cordón espermático. A nivel del anillo las fibras tendinosas se espesan considerablemente, como si fueran empujadas por el cordón, formándose los pilares interno y externo, y un refuerzo, el pilar posterior o ligamento de Colles, constituyendo todos ellos las inserciones pubianas del oblicuo mayor.

Según Gregoire, la pared anterior, hacia afuera, resulta formada por la aponeurosis del oblicuo y por las fibras de los músculos oblicuo menor y transverso; hacia adentro queda solamente la aponeurosis del oblicuo mayor, lo que hace que la pared sea más robusta, tenga más espesor, por su lado externo.

Por ello entiende que se pueden describir en esta pared dos planos: un primer plano o superficial, constituido todo él por la aponeurosis del oblicuo mayor, y un segundo plano, formado por las fibras musculares del oblicuo menor y del transverso, que, más o menos reunidas, darán lugar a la formación del tendón conjunto, del que luego volveremos a tratar.

La pared inferior del trayecto inguinal la forma la arcada crural, resistente especialmente en su parte interna.

La pared superior, mejor borde superior, no existe más que en su parte externa, constituida por las fibras arqueadas del oblicuo menor y del transverso.

La pared posterior presenta gran interés, puesto que en esta zona es donde son mayores los efectos de la presión abdominal.

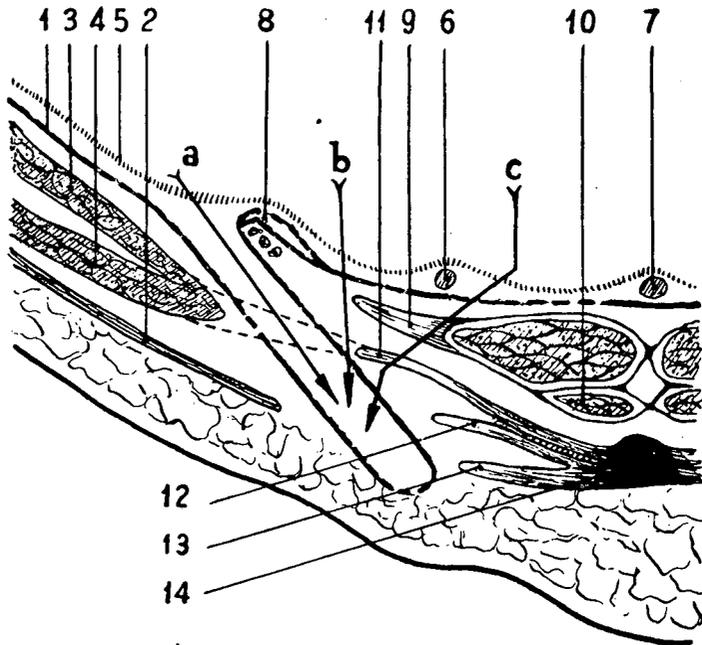


Fig. 1. — 1, fascia transversalis; 2, aponeurosis del oblicuo mayor; 3, músculo transverso; 4, músculo oblicuo menor; 5, peritoneo; 6, cordón de la arteria umbilical; 7, uraco; 8, ligamento de Hesselbach y vasos epigástricos; 9, ligamento de Henlé; 10, gran recto y piramidal; 11, tendón conjunto; 12, ligamento de Colles o pilar posterior; 13, pilar interno, y 14, adminículo. (Tomado de la *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*.)

Adelantemos que así como hemos dicho, al juzgar en su conjunto la pared anterior, que era más fuerte hacia afuera, ahora, al hablar de la pared posterior, formada por muchos planos, resulta que es más robusta en su parte interna hacia adentro que hacia afuera (fig. 1).

En efecto, en un primer plano nos encontramos con el ligamento de Colles o pilar posterior, como le denominó Winslow antes de que lo describiera Colles; proviene del oblicuo mayor del lado opuesto, insertándose en el pubis desde la línea media hasta la espina del mismo. En un segundo plano el tendón conjunto, constituido, como se sabe, por la reunión fibrosa del oblicuo menor y del transverso, el tendón rebasa por fuera el ligamento de Colles.

Como ya dijimos al describir la pared anterior, la parte muscular del oblicuo menor y del transverso, origen del tendón conjunto, forma el plano profundo de la pared anterior del trayecto inguinal. Ahora vemos que al insertarse sobre el pubis el citado tendón conjunto, en la forma descrita, ocupa la pared posterior; luego necesariamente el segmento intermedio pasa por encima del cordón o del ligamento redondo, formando un asa de concavidad inferior, reuniendo así las dos paredes, anterior y posterior (fig. 2).

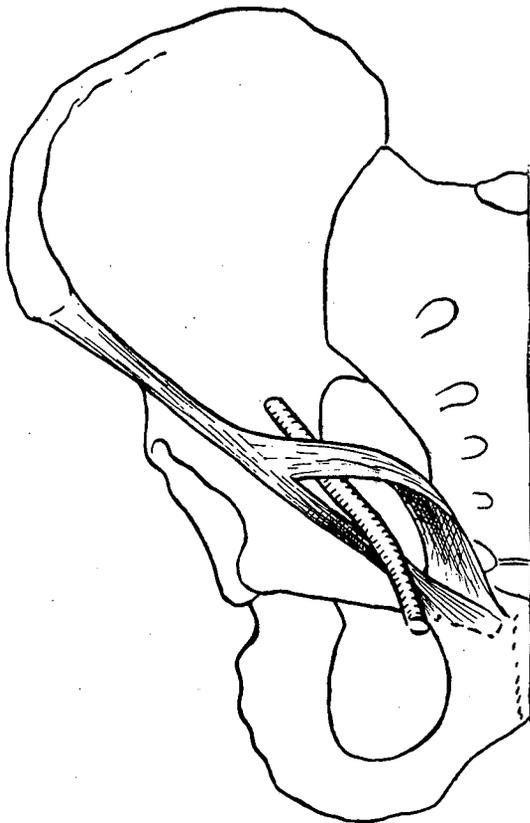


Fig. 2. — Disposición del tendón conjunto formando puente por encima del cordón. Forma parte de las paredes anterior, superior y posterior del trayecto inguinal. (Tomado de la *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*.)

De donde resulta que se presenta como si fuera un puente colocado oblicuamente encima de un camino, cuanto más separados estén los puntos de apoyo, mayor será el puente y el camino más ancho. Si esta disposición existe en el tendón conjunto, resulta que entre los dos extremos del puente queda un arco u orificio mayor, punto

débil por donde puede escaparse el contenido abdominal. A tal extremo le concede importancia, que insiste diciendo: "La resistencia a la debilidad de la pared posterior depende, en gran parte, de la conformación y de la solidez del tendón conjunto." Y así observa lo fácil que es encontrarlo bien conformado en la hernia congénita del niño, pero en la hernia adquirida del adulto la insuficiencia de su función es un hecho constante.

El tercer plano anatómico de la pared posterior está constituido por el ligamento de Henle, formación cuyo origen es muy discutido, pero que, indudablemente, procede de uno u otro sitio, es un refuerzo fibroso que existe en la pared posterior.

Como dicen Ferrari y Morand: "El pilar de Colles, el tendón conjunto y el ligamento de Henle se encuentran unidos, se refuerzan y cada vez el posterior rebasa hacia afuera el anterior" (fig. 1). Pero esta reunión de tejidos no ocupa toda la extensión de la pared, sino que persiste, por fuera del borde externo del ligamento de Henle hasta el ligamento de Hesselbach, un punto débil, en el que solamente la *fascia transversalis* le protege.

El ligamento de Hesselbach está constituido por el refuerzo fibroso de la *fascia transversalis* en el punto donde los elementos del trayecto inguinal inician su salida por el orificio profundo, y depende mucho de la situación de la epigástrica, que con el citado ligamento de Hesselbach forman el límite interno de la salida del cordón hacia el trayecto inguinal.

Anillo inguinal externo.—Formado por los dos pilares interno y externo del oblicuo mayor, su altura es de 25 a 27 mm. y su anchura de 10 a 12. Tiene gran importancia la resistencia de este anillo fibroso en lo que hace referencia a la contención y protección de la pared formada por la aponeurosis de oblicuo mayor. Esta, como si fuera una fuerte lona bien sujeta por sus pilares, contiene la presión abdominal. La importancia a que nos hemos referido fué probada en Polonia durante la guerra de 1914, donde para evitar prestar servicio militar a los rusos fueron producidas artificialmente numerosas hernias con la simple sección del anillo externo, según manifestó Dickson-Wight, en la Sección de Cirugía de la Real Sociedad de Medicina de Londres, en la discusión ya citada, que tuvo lugar en febrero de 1943.

El orificio profundo o interno se encuentra, como dice Rouvière, a 1,50 cm. de la arcaada crural y a unos 7 de la línea blanca.

Los elementos del cordón salen rodeados por la *fascia transversalis*, a la que empujan por la parte externa del ligamento de Hesselbach.

La arteria epigástrica, con el ligamento de Hesselbach, limitan por dentro la llamada foseta inguinal externa, y sirve para distinguir las hernias oblicuas externas de las hernias directas, que salen por el punto débil de la pared a través de la llamada foseta inguinal media, situada entre el ligamento de Hesselbach, la arteria epigástrica, por fuera, y el cordón fibroso de la arteria umbilical por dentro; y por fin, entre este cordón fibroso y el uraco está situada la foseta inguinal externa, por donde pueden emerger las hernias inguinales internas (fig. 1, a, b y c).

* * *

Las consideraciones que emanan de la anatomía que sucintamente hemos relatado, tomada en su mayoría de la descripción que en la *Enciclopedia Médico-Quirúrgica* hacen Ferrari y Morand, son las que, ya hemos dicho, la pared anterior del trayecto tiene un espesor mayor por fuera que por dentro, a la inversa de lo que sucede a la pared posterior.

Gregoire hace la síntesis del trayecto inguinal con las dos conclusiones siguientes: 1.ª En su marcha de fuera hacia adentro el cordón está colocado por detrás; después, en medio, y al fin de su recorrido, por delante de los elementos constitutivos de la pared; y 2.ª El tendón conjunto esquematiza el hecho, puesto que él está por delante, por encima y, al fin, por detrás del cordón (fig. 2).

El trayecto inguinal varía de forma y dimensiones; en el niño, es casi un conducto recto; en el adulto, oblicuo, y en los diferentes estados patológicos, por la presencia de hernias voluminosas, puede llegar hasta coincidir el anillo interno con el externo.

Embriología del trayecto inguinal

En el sexo masculino el testículo, órgano emigrador desde la cavidad abdominal, donde toma su origen, se encuentra al nacer el niño en el escroto, después de haber atravesado la pared. El proceso del descenso del testículo tiene lugar por el conducto inguinal, en la dirección del *gubernaculum testis* de Hunter, fijado en su polo inferior. Esta emigración, en su tiempo inguinal y escrotal, da lugar a la aparición del canal vaginoperitoneal.

Como ya hemos dicho, en el niño el trayecto inguinal apenas tiene la longitud de las paredes abdominales, porque coinciden los anillos profundo y superficial en esta época de la vida; luego, a medida que se ensancha la pelvis, se separan los anillos y la oblicuidad del trayecto se establece.

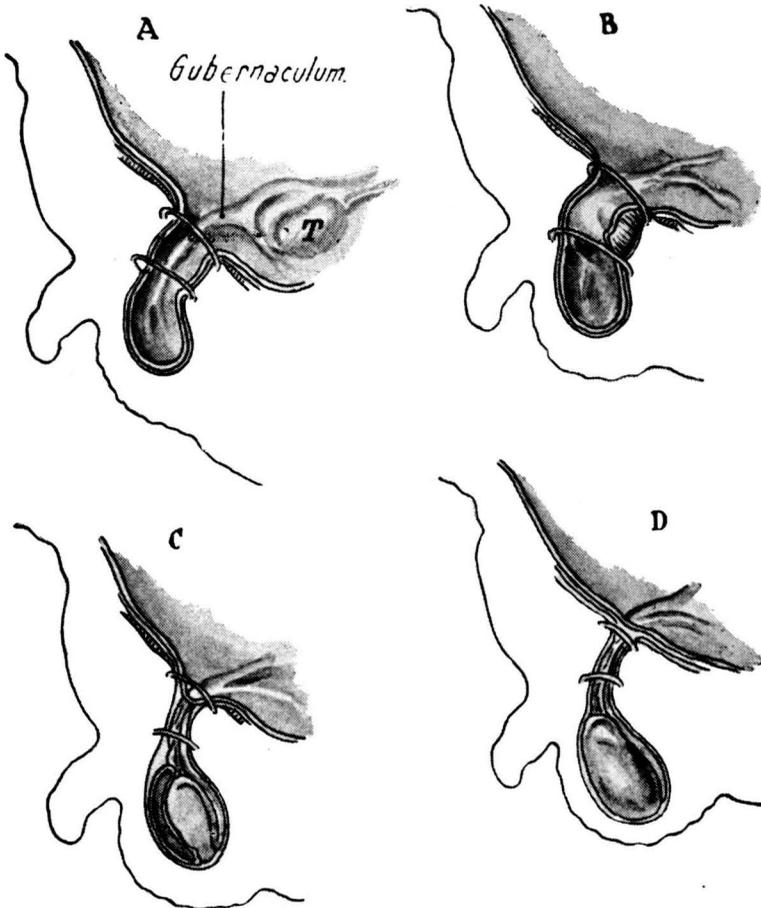


Fig. 3. — A, testículo en la cavidad abdominal. El *gubernaculum* precede al testículo en su descenso; B, testículo en el canal vaginal; C, testículo en el escroto. Se empieza a obliterar el conducto vaginoperitoneal; D, testículo en su posición normal.

La obliteración del canal vaginoperitoneal se verifica, según Delmas, por citolisis de las células endoteliales, y debe comprender normalmente las porciones inguinal y funicular, donde luego no subsiste más que un filamento blanco en el centro del cordón, que es el llamado ligamento vaginal de Cloquet.

En la mujer, como el ovario queda en la pelvis, solamente pasa el ligamento redondo con el divertículo vaginoperitoneal, constituyendo el conducto de Nüeck; también sufre proceso de obliteración y desaparece el canal vaginoperitoneal.

Por resultar muy instructivas, acompaño las originales figuras del texto de Watson, de California, marcando la evolución del descenso del testículo (fig. 3).

Anatomía patológica

Por la foseta inguinal externa salen las hernias oblicuas externas. Según su grado de desarrollo y progresión, se presentan con aspecto diferente. La hernia que queda detenida a nivel del orificio inguinal constituirá la hernia intrainguinal de Boyer; si sale a nivel del orificio inguinal externo, se le denomina bubonocoele; si desciende hasta el nivel del escroto, se le llama hernia funicular, y por último, cuando llega al escroto, es la hernia escrotal.

Las hernias que salen por la foseta inguinal media no pasan por dentro del cordón, sino que atraviesan directamente el trayecto inguinal, haciéndose aparentes bajo los tegumentos, razón por la que se les llama hernias inguinales directas.

La foseta inguinal interna dará lugar a las hernias inguinales oblicuas internas, que son muy raras debido a lo resistente que resulta el orificio profundo.

Como vemos, cada variedad de hernia toma origen en distinto orificio profundo, constituido por cada una de las tres fosetas; pero el orificio superficial es común para las tres: es el orificio superficial o externo del trayecto.

La posibilidad de persistir el conducto vaginoperitoneal hace que se dividan las hernias inguinales oblicuas externas en congénitas y adquiridas.

La hernia inguinal externa adquirida y la congénita son siempre intrafuniculares, pero el saco de la adquirida desciende por la cara anterior de los elementos del cordón, con los que, a veces, adhiere íntimamente.

La hernia inguinal externa adquirida y la congénita son siempre intrafuniculares, noperitoneal, persistente o anormalmente obliterado. En el primer caso, se forma la hernia vaginoperitoneal completa. Pero, como ya dijimos al hablar de la embriología del canal vaginoperitoneal, sufre un proceso de citolisis, que es el encargado de formar las adherencias hasta desaparecer, cerrándose completamente. Según tenga lugar el cierre, pueden existir diversas variedades de hernias intrafuniculares. El saco puede estar cerrado en dos sitios diferentes o quedar obliterado un pedazo del canal, recordando el ligamento de Cloquet. Este, a su vez, puede no estar obliterado del todo y dejar una comunicación entre la hernia y la vaginal. Total que, según las combinaciones distintas, debidas a oclusiones imperfectas establecidas, se presentarán distintas hernias funiculares, hernias y quistes, o hasta la combinación hernia e hidrocele. Variedad esta última a la que Cooper designó hernia enquistada de la vaginal.

La hernia inguinal congénita puede no aperecer hasta la edad adulta, bajo la influencia de alguna causa ocasional. La disposición del saco nos informará respecto de su carácter congénito. En efecto, el saco de la hernia congénita es notable por su delgadez y por la irregularidad de su calibre. Por su cara interna pueden verse los pliegues, en forma de válvulas o diafragmas, que responden a las zonas en las que ha empezado a ocluirse el conducto vaginoperitoneal, y que son los llamados anillos de Ramonede, que pueden ser motivo de estrangulación al transformarse, con el tiempo, en anillos rígidos e inextensibles.

Además de ser el saco delgado e intrafunicular, nos prueba ser congénito sus relaciones con los elementos del cordón, puesto que esta clase de hernias se desarrollan en medio de dichos elementos y al crecer tienen tendencia a disgregarlos, ofreciendo, a veces, el saco fuertes adherencias a los mismos. Este hecho da lugar a que la disección de este saco, durante la operación, resulte penosa y hasta difícil. Luego

diremos cómo se resuelve este problema, sobre todo en los casos en que, enmascarados los elementos del cordón con el saco, no se les ve hasta que se abre el mismo. Entonces aparecen formando relieve en la cavidad herniaria y hasta tienen, o pueden tener, un meso.

No hay que olvidar reconocer el conducto deferente, lo que no es difícil teniendo presente su consistencia especial, juntamente con su aspecto de cordón, y el estar situado casi siempre en la parte posterior e interna del saco.

Así como hemos dicho que había distintas variedades de hernia intrafunicular, considerando la evolución y obliteración del conducto vaginoperitoneal, por las disposiciones del saco las hernias congénitas pueden tener formas irregulares. El saco de la hernia, abandonando el trayecto normal del conducto vaginoperitoneal, puede tomar una dirección divergente, ya sea todo él, ya sea una parte del mismo la que cambie de dirección, en sentido lateral o formando una prolongación, que se infiltra o desliza entre los intersticios de la pared abdominal. La hernia tiene de esta forma dos sacos.

En la hernia llamada properitoneal o de Krönlein, el saco se sitúa entre la *fascia transversalis* y el oblicuo menor y transverso.

En la llamada inguinointestinal se coloca entre el oblicuo mayor, por delante, y el transverso y oblicuo menor por detrás.

En la hernia de Küster, inguinoperitoneal, el saco se coloca entre la aponeurosis del oblicuo mayor y la piel.

Todas estas formas van acompañadas, generalmente, a un defecto de la evolución del testículo, coexistiendo ordinariamente con una ectopia testicular.

La hernia congénita, en la mujer, es frecuentemente bilateral, y siguiendo el conducto de Nüek puede llegar hasta el tercio superior del gran labio.

El contenido del saco. — Lo más corriente al abrir el saco es encontrarse con el intestino delgado o el epiplón. Caso de encontrar solamente el intestino delgado, se llama la hernia enterocele. De ser el epiplón el que ocupa el saco, se denomina epiplocele. De coexistir intestino delgado y epiplón, diremos se trata de un enteroepiplocele.

Pero no solamente puede ser habitado el saco por estas vísceras, sino que lo puede ocupar el colon, especialmente en la hernia inguinal izquierda. En el lado derecho, el ciego o el apéndice, conjuntamente o aislado.

El divertículo de Meckel puede ser el que, rellanando el saco solo o el asa intestinal de donde emerge, constituye la llamada hernia de Littre.

Si la vejiga ocupa el saco, se denomina la hernia cistocele.

La vejiga puede salir por el punto débil de la pared, foseta inguinal media, y emerger en el trayecto inguinal, constituyendo ella sola la hernia, sin existencia del saco; será la hernia extraperitoneal.

La pared lateral de la vejiga, atraída por el saco herniario, puede salir al trayecto inguinal por dentro del saco: será la hernia paraperitoneal, cosa muy frecuente en la práctica y que luego diremos cómo procedemos en esta clase de hernia para su tratamiento.

Es muy rara la variedad intraperitoneal, que se constituye cuando la vejiga, al salir por la foseta media tapizada con su serosa, empuja al peritoneo parietal.

En las mujeres se puede encontrar la trompa, el ovario o los dos. Si se trata de hernia inguinal, siempre hay persistencia del conducto de Nüek.

La hernia inguinal directa, la que sale por la fosilla inguinal media y por dentro de la arteria epigástrica, siempre es yuxtafunicular, y, con razón, Forgue defiende que no es sólo una variedad anatómica posible, sino que es una forma clínicamente frecuente.

Por su importancia, por su etiología, diferente de la hernia inguinal externa, y porque sus relaciones anatómicas son distintas, la técnica quirúrgica para tratarla ha de ser diferente, obedeciendo al mandato de la disposición anatómica de las lesiones ante las que nos encontramos.

Supongamos, como dice Forgue: "El índice introducido de atrás adelante, a través de la pared abdominal, en la fosita inguinal media de los anatómicos, y como en este punto se encuentra la zona débil de la pared, constituyendo el punto flaco y mal construido de la cincha músculoaponeurótica, el dedo, empujado directamente ante sí, como lo hacen las vísceras herniadas a través de este sitio, rechaza los planos siguientes de atrás adelante: el peritoneo, la capa celulosa subperitoneal que ocupa el fondo de la fosita y la *fascia transversalis*, que en este punto débil es el elemento fundamental de la pared posterior del conducto inguinal."

Si este dedo empujando directamente hasta la línea inguinal externar, al llegar debajo de los tegumentos habrá realizado el trayecto de una hernia inguinal directa. En esta posición, como dice His, "el dedo es aprisionado por dos sistemas de láminas agudas, situado uno detrás del otro, y constituidos: el posterior, por los ligamentos de Henle y de Hesselbach, y el anterior, por el contorno del anillo inguinal externo".

Ahora bien; precisamente porque este aparato fibroso tiene un valor de resistencia que depende de la contracción de los músculos de la pared de que emana o con la que se relaciona, se comprende que resulte insuficiente cuando flaquean la tonicidad y la fuerza contráctil de estos músculos.

A pesar de esta debilidad, la hernia inguinal directa no suele presentarse hasta la edad madura, porque es entonces cuando empiezan los músculos a perder su tonicidad, cuando por su poder contráctil mermado no pone tensas las fascias de esfuerzo, ligamento de Henle y, sobre todo, el tendón conjunto, cuya robustez tanta importancia tiene para evitar la presentación de esta hernia.

Ahora es oportuno recordar cómo influye la constitución y forma del arco del tendón conjunto, según dijimos en la presentación de esta hernia, es decir, que las condiciones individuales de la región, según nosotros hemos podido comprobar reiteradas veces, contribuyen a debilitar la región conjuntamente con la disminución del tono muscular.

Con Forgue diremos: "Que tres caracteres distinguen a la hernia inguinal directa, y que se refieren: 1.º Al saco y sus cubiertas. 2.º A su pedícula; y 3.º A sus relaciones con la hernia epigástrica y el cordón."

Efectivamente, la hernia directa presenta: 1.º Una cubierta en continuidad evidente con las *fascia transversalis*. 2.º Una capa grasienta, más o menos lipomatosa; y 3.º La serosa delgada, que no tiene la consistencia del saco peritoneo vaginal y que está adherida a la capa grasienta anteriormente citada.

Y siguiendo a Forgue, pues su descripción la he encontrado rigurosamente comprobada, diremos "que es un hecho digno de notarse que la hernia directa, inguinal por su posición, es comparable a la hernia crural por la composición de sus cubiertas". En ella encontramos, más o menos alteradas, las tres capas que ha empujado la salida de las vísceras, embutidas en el fondo del punto débil, como aquello lo rechaza en el anillo crural. 1.º El peritoneo. 2.º El plazo de variable espesor del tejido crural forma el *septum* de Cloquet y para la inguinal directa representa la *fascia transversalis* empujada, distendida en forma de verdadero saco externo.

Los vasos epigástricos, lo hemos de repetir una vez más, están por fuera del cuello del saco, porque éste es el signo de precisión para distinguir la hernia inguinal directa de la oblicua externa, cuando ésta tiene gran volumen y ha rectificadado el trayecto inguinal.

Recordada la anatomía patológica, prescindiremos del estudio de los síntomas, diagnóstico, pronóstico, y complicaciones de las hernias inguinales, pasando al tratamiento operatorio, si bien haciendo mención de las indicaciones de la operación.

Las indicaciones en el niño de más de cinco años, y que no haya respondido al tratamiento por vendaje adecuado, son definitivas. Si existe ectopia del testículo en el trayecto inguinal, que impida llevar braguero, la operación debe practicarse lo más pronto posible.

En el adulto toda hernia inguinal debe ser operada, salvo contraindicación debida al estado general.

En el viejo la conveniencia de la operación dependerá del estado general y del estado local, ya que la musculatura deficiente, con relajación de los planos aponeuróticos, aboca al fracaso y a la recidiva, cosas que se deben de tener en cuenta antes de decidirse.

Cura operatoria de la hernia inguinal externa según la técnica de Bassini

1.º *Incisión.* — Se practica la incisión de la piel desde un punto situado a 1,50 cm. de la espina iliaca anterior superior, paralela al ligamento de Poupart, hasta la espina del pubis, de 8 a 10 cm. de longitud, llegando hasta el anillo externo.

2.º Profundizada la incisión, de forma que quede al descubierto la brillante aponeurosis del oblicuo mayor y los dos pilares del anillo inguinal externo, se procede a la hemostasia de los vasos epigástricos superficiales, cuya dirección es perpendicular a la incisión.

Es conveniente, dice el doctor Catterina en el libro dedicado a dar a conocer la técnica de su maestro Bassini, que los colgajos de la aponeurosis sean seccionados de forma que la parte inferior que resulta de la sección tenga cierta anchura, para lo que es preciso que la citada incisión sea practicada por lo menos, a 2 cm. del ligamento de Falopio. La incisión de la aponeurosis debe dirigirse hacia la parte interna del anillo inguinal externo.

De este modo la sutura profunda se encontrará situada más hacia abajo que la sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor, con lo que resultará que las dos suturas no se encuentren superpuestas.

3.º Se aplican pinzas al borde de cada uno de los colgajos aponeuróticos y se separa el colgajo superior hacia adentro y el inferior hacia el ligamento de Falopio. Con la ayuda de una gasa se desnuda la hoja inferior del oblicuo mayor, dividido, separándola de las formaciones subyacentes, con lo que quedarán expuestos los elementos contenidos en el trayecto inguinal.

4.º *Aislamiento del cordón.* — Al nivel del anillo inguinal externo e introduciendo el dedo índice, siempre rozando el canal inguinal por debajo del cordón, se aísla éste, teniendo que sacar el índice por la parte opuesta, de forma que el cordón cabalque sobre el mismo.

Debe completarse el aislamiento del cordón hasta conseguir quede totalmente libre y aislado del trayecto inguinal.

5.º Se procede a la sección y denudación del saco para aislarle del cordón espermático hasta un punto tan alto como sea posible, en relación con el anillo inguinal profundo o interno. El aislamiento debe comenzar precisamente en la parte alta, junto a la salida del saco, porque allí los elementos son más fácilmente separados.

6.º En las hernias externas aconseja Catterina tirar del fondo del saco para poder tener tensa la *fascia transversalis* e incidirla, detalle que permitirá movilizar con mayor facilidad los dos músculos tranverso y oblicuo menor que están a ella superpuestos, y que constituyen con la fascia el verdadero estrato triple, que deberá ser suturado al borde libre del ligamento de Poupart; el operador debe ver los vasos epigástricos para protegerlos en las maniobras posteriores.

7.º Abierto el saco, se examina su contenido y se procede según las circunstancias del caso.

8.º *Ligadura del saco.* — Por transfixión en un punto tan alto como sea posible, y cuidando de no herir los vasos epigástricos, se pasará el catgut crómico, que será anudado cuidadosamente.

9.º Resecado el sobrante del saco, el muñón del mismo se retraerá más allá del orificio inguinal profundo.

10. *Sutura profunda.* — Separado el cordón, para lo cual se pasa por debajo del colgajo inferior de la aponeurosis mayor, queda desplazado de forma que permite tener ancho campo. Conseguido esto, se procede a la colocación de los puntos, que comprenden lo que Catterina llama triple estrato —oblicuo menor, tranverso y

fascia transversalis—, y por la otra parte, el ligamento de Falopio. Y así continúa colocando seis o siete puntos de sutura, de forma que el más superior quede situado a 1 cm. por encima de la salida del cordón, de modo que este último forme un ángulo agudo en el punto de su emergencia, sin quedar estrangulado.

11. *Reposición del cordón.*— Colocado el cordón sobre su nuevo lecho, se unen las porciones de aponeurosis con sutura entrecortada. Se debe comprobar que el cordón no sufre compresión, puesto que de no tener presente esta observación puede resultar atrofia del testículo.

12. Sutura de la piel.

Procedimiento de Forgue

Es la modificación al procedimiento de Bassini, que consiste en hacer la sutura por delante del cordón, método antefunicular o prefunicular. Este procedimiento suprime el trayecto inguinal, puesto que el cordón queda colocado por bajo de la sutura y solamente permanecerá un orificio para la salida del cordón.

Con objeto de hacer frente la pared aconseja Forgue comprender en la sutura a la arcada crural, juntamente con el tendón conjunto, el músculo recto del abdomen, con lo cual se consigue una solidez mucho mayor. Para ello, luego de pasar, regla general, cuatro hilos por la arcada crural, hace amplio descubrimiento del oblicuo menor, el transverso y del tendón conjunto, hasta llegar al tendón del músculo recto y la mayor parte posible de su cara anterior.

Una vez descubiertos, con una aguja de pedal pasa los hilos colocados en la arcada crural, cogiendo: en la parte inferior, el tendón del recto y el tendón conjunto; en la parte media y superior, el músculo recto con los músculos oblicuo mayor y transverso. Luego se practica la sutura de la aponeurosis y, por fin, de la piel.

Modificación personal al procedimiento de Bassini para la cura operatoria de la hernia inguinal externa

TÉCNICA

1.º *Incisión de la piel.*— La incisión cutánea se realiza previa fijación de los puntos de referencia: espina iliaca anterior superior, por la parte superior, y el relieve que forma el cordón al comprimir la piel sobre el pubis; por abajo nos marcará el anillo inguinal externo. Esta incisión nunca la prolongamos hacia escroto; caso de necesitar campo para ver la arcada pubiana, lo conseguimos con un separador. Se pinzan los vasos subcutáneos que sangren, y habitualmente continuamos la intervención sin poner ligaduras, manteniendo las pinzas, si hace falta, hasta el fin de la intervención.

2.º *Sección de la aponeurosis del oblicuo mayor.*— Se incide la aponeurosis del oblicuo mayor hasta dividir el anillo inguinal externo, cuidando de acercarse más al pilar interno con objeto de que el colgajo exterior sea un poco más ancho. Se aplican dos pinzas de Pean a cada lado de los bordes aponeuróticos.

3.º *Aislamiento del cordón.*— Queda el cordón a la vista envuelto en su fibrosa; para liberarle, se despega con una gasa de las adherencias con la aponeurosis externa, y para lograr exteriorizarlo, se consigue con el dedo índice. Este debe de salir por el lado opuesto, de forma que el cordón cabalgue sobre el mismo a nivel del anillo externo, concluyendo el aislamiento hasta desprenderle a nivel del orificio interno.

4.º *Incisión de la envoltura fibrosa del cordón.*— Se incide la envoltura del cordón, y con disección roma se busca el saco, de aspecto inconfundible, sujetándole con dos pinzas de Kocher.

5.º *Aislamiento del saco del conducto deferente y sus vasos.*— Con las pinzas colocadas en el saco se tira del mismo y se procede con una gasa a desprender las adherencias, que si son laxas ceden con facilidad. Hay que llegar hasta el orificio interno, en donde se seccionará el saco, y por transfijión, una vez observado el contenido del mismo, se practicará la ligadura.

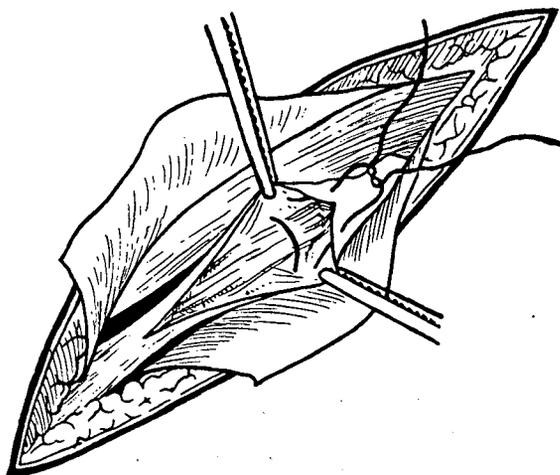


Fig. 4. — Sutura en bolsa del saco. (Tomado de la *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*.)

No todas las hernias permiten este aislamiento tan sencillamente, sino que hay tales adherencias al conducto deferente, sobre todo en el saco fino congénito, o por inflamaciones repetidas, que es muy difícil conseguir este aislamiento.

Para muchos la solución a este problema la buscan con la ligadura en bolsa del saco (fig. 4). Deficiente técnica que no aísla completamente la pared propia del saco y, por tanto, no se produce la retracción del mismo hasta la grasa subperitoneal, que es donde pierde la relación con el cordón y no queda en estado potencial de empujar de nuevo a través del mismo.

En estos casos, nosotros, siguiendo a Ombredane, que por tener que operar a muchos niños con persistencia del conducto vaginoperitoneal ha tenido que vencer esta dificultad, incidimos el saco de través (fig. 5), pero únicamente la serosa, y con disección delicada conseguimos el aislamiento completo; con facilidad asombrosa se logra despegar los elementos del cordón. El saco, una vez bien liberado, se liga,

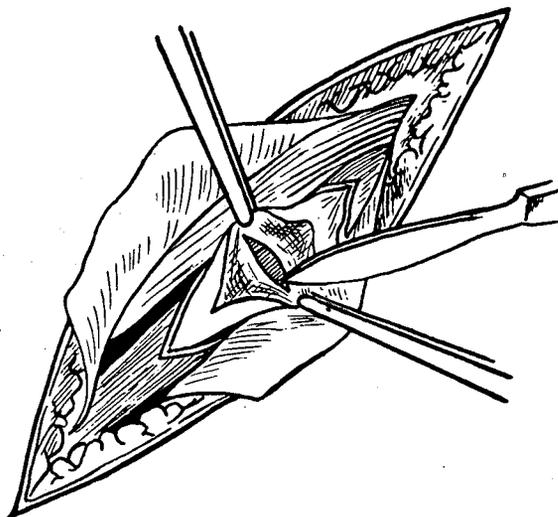


Fig. 5. — Incisión transversal del peritoneo del saco. (Tomado de la *Enciclopedia Médico-Quirúrgica*.)

y la parte del mismo que continúa adherida al cordón se reseca o se deja abandonada.

De no seguir esta técnica muchas veces se tendrá que practicar la castración, obligada por la gangrena del testículo.

6.º *Sutura profunda prefunicular.* — Forgue ya modificó este tiempo con respecto a Bassini. Nosotros, siguiendo esta modificación de abandonar el cordón, con lo que se evita el débil punto del orificio interno, hacemos la sutura profunda, cogiendo, por el lado externo, la aponeurosis del oblicuo y la arcada de Falopio hasta el pubis, y por el otro lado, cogemos el ligamento de Coles, tendón conjunto para

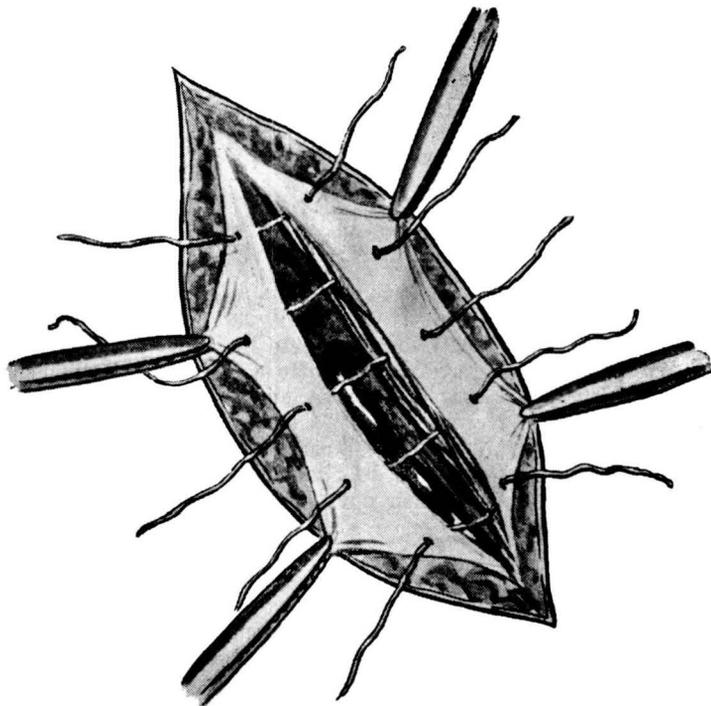


Fig. 6. — Sutura profunda prefunicular.

la salida justa del cordón al dar el primer punto. Luego se ponen cinco o seis puntos más en la misma forma, a distancia entre sí de 7 u 8 mm. (fig. 6).

7.º *Sutura de la piel.* — Se sutura con puntos entrecortados de crin, pasando los hilos a 1 cm. del borde de la incisión, de forma que, atravesando el tejido celular adiposo, cojan los bordes de la aponeurosis y salgan por la otra parte, haciendo el mismo recorrido en sentido contrario; estos puntos se dejan sin anudar (fig. 7).

Se colocan los agrafes en borde cutáneo, y una vez colocados se anudan los crines sobre un rodillo de gasas (fig. 8), con lo que conseguimos la hemostasia, se evitan espacios muertos y se sostiene la sutura fuerte en caso de tos o esfuerzo.

Procuramos no hacer habitualmente ligadura de los pequeños vasos, ni sutura de catgut, causante muchas veces de infecciones al quedar en tejido como la aponeurosis, de tan poca vitalidad y, por tanto, con malas condiciones para la reabsorción.

Técnica para la cura operatoria de la hernia inguinal directa

1.º La incisión de la piel en la misma forma que hemos descrito para la inguinal externa; asimismo, la sección de la aponeurosis y el aislamiento del cordón tendrán lugar por medio de la misma técnica descrita.

2.º Al aislar el cordón se le separa bien de la hernia directa, que es yuxtafunicular, pegada al cordón por su lado interno; y una vez aislado el cordón, se le reclina por fuera del colgajo externo de la aponeurosis incindida, sujetándole por medio de las pinzas que tiran del colgajo de la aponeurosis (fig. 9).

Con una pinza de Pean se coge el saco de la hernia y se secciona la *fascia transversalis* a nivel de su base. Luego, con disección roma, hecha con el dedo índice, se libera el saco de adherencias, hasta conseguir quede éste tan libre que se pueda mover ampliamente en todas direcciones.

Realizado esto, con la misma pinza se lleva el saco hacia la profundidad, hasta el tejido celular subperitoneal, donde se retiene fijo en esta posición hasta pasar al tiempo siguiente.

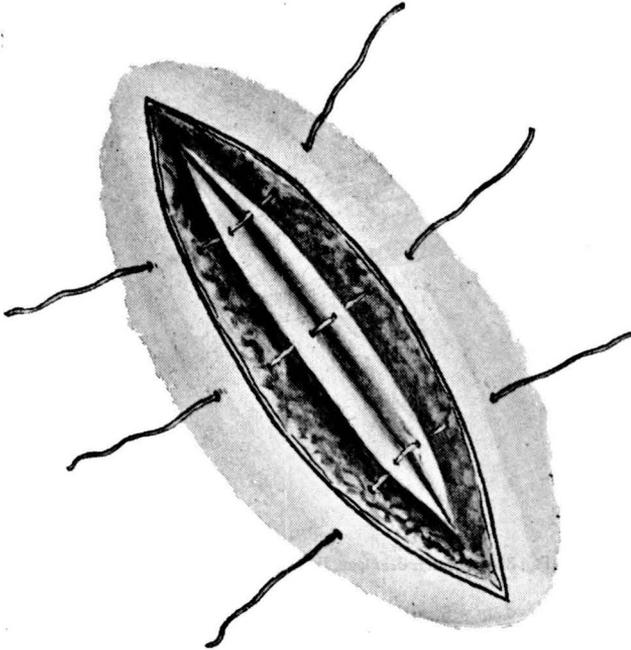


Fig. 7. — Sutura de la piel y bordes de la aponeurosis.

Como se ve, en esta clase de hernias casi nunca reseca el saco, puesto que al liberarle de sus adherencias, luego de seccionada la *fascia transversalis*, desaparece la forma de tal saco herniario, quedando el peritoneo libre, lo que permite dejarlo en su posición primitiva, como estaba antes de producirse la hernia; pero hay más, es que en esta hernia directa, muy frecuentemente, se acompaña de la vejiga por su lado interno, y por este detalle de nuestra técnica se evita su herida o sección, lo que es de una importancia grande, ya que la complicación, si se le incide, siempre es grave, aun procediendo a la sutura inmediata de la misma.

3.º *Sutura profunda retrofunicular.* — Como quiera que, al contrario de lo que hacemos con la hernia inguinal externa, el cordón está aislado y por fuera de la aponeurosis, aquí podemos y debemos, puesto que es el tiempo esencial, cerrar completamente la pared posterior a nivel del pubis.

Para ello pasamos el hilo de lino por el colgajo de la aponeurosis externa del oblicuo, cogiendo el hilo, desde su entrada hasta la salida de esta aponeurosis, unos 2 cm. de la misma; luego pasa rozando el pubis para entrar por el otro lado, cogiendo el ligamento de Colles, tendón conjunto y aponeurosis del oblicuo con la misma amplitud que cogimos en el lado externo.

Al anudar este punto ocluye el orificio inguinal externo y, además, logramos poner tensa la parte, siempre relajada en esta clase de hernias directas, del tendón conjunto.

Es preciso insistir, una vez más, en la alta importancia que la relajación del tendón conjunto representa en la etiología de estas hernias y, por tanto, el gran valor que tiene ponerle en tensión con la sutura bien dirigida.

Luego se ponen cuatro o cinco puntos más, hasta llegar a nivel del orificio inguinal profundo, donde se deja espacio suficiente para la salida del cordón, pero co-

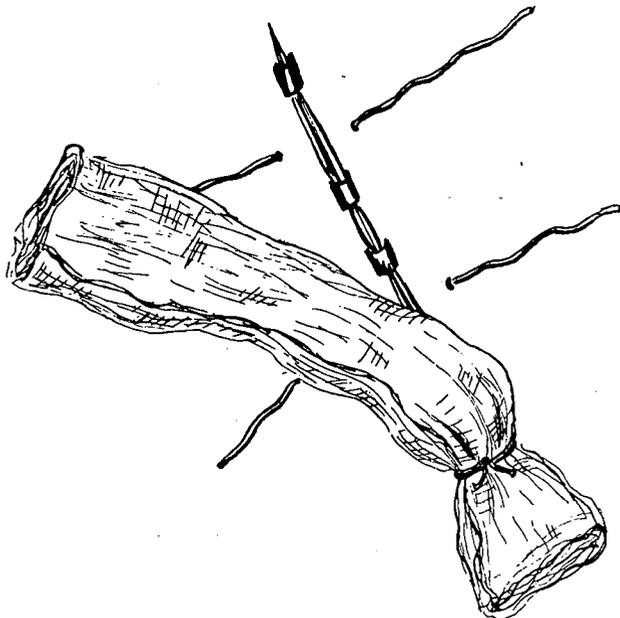


Fig. 8. — Fijación del cigarrillo de gasa al anudar las crines.

locando otro punto a 0,50 cm. de distancia por la parte superior. De esta forma queda el cordón como almohadillado por los músculos comprendidos entre la aponeurosis.

Anudados estos hilos, el cordón se sitúa entre las hojas de la aponeurosis que quedan por encima de los puntos colocados o se abandona en el tejido celular si no hay bastante aponeurosis para cubrirlo.

4.° Sutura de la piel y aponeurosis, siguiendo la misma técnica descrita para la inguinal externa, con la colocación de un cigarrillo de gasa.

Las técnicas, modificación del procedimiento de Bassini, que acabo de relatar son las propias, las que estoy practicando hace muchos años, para restaurar con la mayor solidez posible el trayecto inguinal en caso de hernia.

Las presento avaladas por una práctica de más de dos mil casos operados, y cuyas historias en mi fichero del Hospital Provincial constan.

Como todos sabemos, las modificaciones al procedimiento de Bassini son numerosas, y así tenemos Rochart y Forgue, en Francia; Wölfler, en Alemania; Halseld, en Inglaterra, y otros.

El principio de la imbricación de la aponeurosis, concebido por Lucas Championere, es introducido en la práctica por Andrews en Norteamérica, y los cirujanos argentinos Finochietto y Squirru la practican, según refiere el libro del doctor Landivar.

Nuestra intención no es la de hacer una crítica de todos ellos, sino la de dar a conocer el resultado de nuestra técnica y el *modus faciendi* que a nosotros se nos ocurrió, fundamentado en la anatomía del trayecto inguinal, aprovechando lo más robusto de su parte externa y de su parte interna para unirlos en la forma descrita, que difiere de otras porque nos servimos de la aponeurosis de ambos lados de la incisión del oblicuo mayor, al practicar la sutura con puntos entrecortados, de forma que sirva de refuerzo. Para ello cogemos la mayor cantidad posible de la citada aponeurosis, con objeto de que la superficie de contacto sea lo más extensa que en cada caso se pueda obtener.

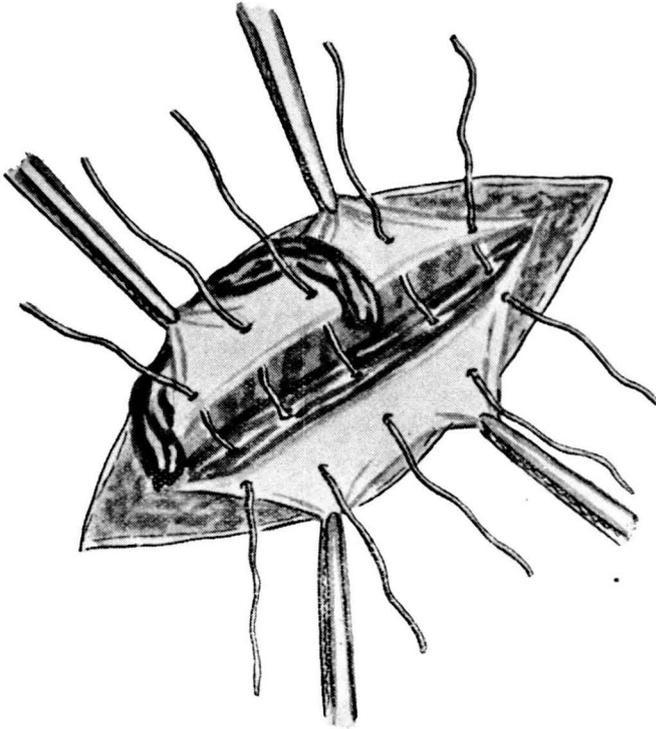


Fig. 9. — Sutura profunda retrofunicular.

Pero nos complace que esto que venimos practicando desde hace unos quince años, y que tantas veces me habían pedido ayudantes y alumnos que lo publicara, que al describirlo en este trabajo resulte tan al día, puesto que, como al principio dijimos, se ha tratado en fecha reciente (1943) en la Real Sociedad de Cirugía de Londres de qué procedimientos servirse con objeto de obtener el menor número de recidivas.

Las distintas modificaciones al procedimiento de Bassini, concebidas en tan diversos países y por tan diferentes cirujanos, naturalmente vienen a coincidir en lo esencial, ya que a todos ha dirigido el mismo principio, evitar la recidiva, y se han tenido que servir de la misma materia prima, disposición anatómica a nivel del trayecto inguinal.

Pero parece ser que hay cosas plenamente dilucidadas, cual es el uso de material inabsorbible para la sutura: lino, seda y, últimamente en Norteamérica, el algodón.

El procedimiento prefunicular para la hernia inguinal externa y el retrofunicular para la hernia inguinal directa.