

Trabajo de la Clínica del Prof. Soto Blanco

ALGUNOS PROBLEMAS QUE PLANTEA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HERNIAS ADQUIRIDAS (*)

Dr. Germán Moller Leal

I. Generalidades.

Consideramos que antes de encarar el tratamiento quirúrgico de una hernia, sobre todo en las de tipo adquirido, el enfermo debe ser cuidadosamente estudiado para pesquisar la presencia de procesos patológicos que puedan haber intervenido en la aparición de la hernia.

II. Etiología.

No vamos a hacer el estudio detallado de las causas que intervienen en la producción de las hernias.

A modo de resumen digamos que ellas pueden esquematizarse de la manera siguiente:

Tres órdenes de causas

| | |
|---|------------|
| } | generales |
| | regionales |
| | locales |

Digamos desde ya que esta clasificación es algo esquemática. Así por ejemplo un proceso metabólico general como es la obesidad puede actuar: como proceso general; como proceso local parietal dando una infiltración grasosa que debilita los músculos parietales, favoreciendo además el deslizamiento del saco herniario; por último, aumentando la tensión intra abdominal por infiltración de mesos y epiplón.

a) *Procesos de orden general.*

Metabólicos nutricionales: diabetes, obesidad, emaciación.

Humorales:

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 24 de octubre de 1956.

Síndrome mesénquimo hipotónico donde se destaca la pobreza del tejido conjuntivo general y se asocian frecuentemente hernias, várices, hemorroides, pie plano, visceroptosis, etc.

b) *Causas de orden regional.*

Aquí se destacan aquellos que *aumentan la tensión intra abdominal*, factor que creemos de enorme importancia y al que queremos destacar.

Estos casos pueden ser múltiples, pero es evidente que algunos tienen una mayor jerarquía por su frecuencia o por la importancia que adquieren por sí mismos.

Además el proceso puede radicar fuera del abdomen, como sucede en los broncopulmonares crónicos, o ser intra abdominales, y en este caso ser intra o extraperitoneal, pero siempre y en última instancia actuarán a través de ese aumento tensional intra abdominal.

Así tenemos:

1) *Procesos broncopulmonares crónicos*, con sus empujes agudos que fundamentalmente actúan poniendo en juego la función diafragmática y de la cincha abdominal.

2) *Procesos génitourinarios*: disurias, sobre todo (caso de prostáticos, estrechados uretrales, fimosis, etc.).

3) *Tumores abdominales*, intraperitoneales o no. Hidatidosis.

4) *Procesos obstructivos intestinales*, más frecuentemente rectocolónicos.

5) *Constipación.*

6) *Síndromes hepatoesplénicos.*

7) *Síndromes ascíticos.*

8) *Dispepsias* de causas orgánicas o no, con sus episodios distensivos abdominales. Recordamos de paso la frecuente concomitancia entre hernia umbilical y dispepsia hepatobiliar de origen litiásico, sobre todo en múltiparas.

9) *Embarazo*, caso típico en que el aumento de tensión intra abdominal cesa espontáneamente, pero muchas veces al precio de una hernia, que aumentará en sucesivos embarazos.

10) *Obesidad*, que como ya vimos actuaba desde el triple punto de vista local, regional y general.

11) *Factores de orden ocupacional*, en que se realizan es-

fuerzos en posiciones especiales que no permiten se realice el correcto juego sincrónico de la cincha abdominal y sus esfínteres.

c) *Causas de orden local.*

Pared. — La debilidad parietal puede ser congénita (hipoplasia) o adquirida.

Entre las causas adquiridas tenemos:

1) *Quirúrgicas.* — Eventraciones. Entra también aquí los casos de sección quirúrgica de nervios parietales viéndose, por ejemplo, con relativa frecuencia hernias inguinales desarrolladas después de un Mac - Burney.

2) *Traumáticas.*

3) *Inflamatorias:* abscesos, supuraciones parietales.

4) *Parálisis musculares* de orden neurológico (poliomielitis).

5) *Causas anatómicas* que tendrán un carácter particular de acuerdo a cada región herniaria (problemas de fascias, tejidos subperitoneal, etc.).

III. Fisiopatología.

De todas estas causales que intervienen en el determinismo de la hernia todas ellas actúan, en definitiva, unas más que otras ya sea aumentando la tensión intra abdominal, ya sea debilitando la pared y provocando una hipotonía e hipotrofia que llevan a la flaccidez de la cincha abdominal. De esta manera se inicia la perturbación del normal juego tensional que existe entre continente y contenido abdominal.

Después de los estudios magistrales realizados por Goñi Moreno a propósito del neumoperitoneo pre-operatorio, poco podemos agregar en el estudio fisiopatológico. Queremos, sin embargo, destacar, derivando el problema y enfocándolo desde otro ángulo la importancia que tiene para nosotros, que dicho mecanismo sea puesto en juego por las causales enumeradas en el capítulo anterior. En efecto, éstas pueden actuar aumentando la tensión intra - abdominal en forma *intermitente* (por ejemplo: dispepsias flatulentas, constipación); en forma *pasajera* (caso típico del embarazo) o en forma *progresiva* (casos de síndromes tumorales intra abdominales, ascitis, etc.).

En los casos de procesos *intermitentes* y *pasajeros* el au-

mento de tensión inicia el ciclo al provocar la protrucción del contenido abdominal, y aunque desaparezca la causa inicial ya persiste la perturbación de estasis venosa esplácnica, con su repercusión en las secreciones del tubo digestivo y la distensión y atonía intestinal, al igual que la perturbación en la función diafragmática y cardiorespiratoria.

Ahora, por este mecanismo patogénico ellas han tomado carta de ciudadanía y el ciclo despertado ya no cesará si no se toman actitudes terapéuticas.

Más claro resulta el caso de las afecciones que actúan aumentando la tensión en forma *progresiva*, aunque puedan tener algunas *remitencias* y en donde este aumento de tensión no cesará en su continua progresión llegando a su acmé en un plazo más breve y en forma irreductible.

Este aumento de tensión del contenido intra abdominal provocará una respuesta del continente que en su lucha por contrarrestar, llegará un momento en que se descompensará y caerá en hipotrofia e hipotonía, dando lugar a una cincha abdominal cuya flaccidez nos indicará el estado final a que se llega ulteriormente.

Este mecanismo patogénico se establece en forma sincrónica y es de parte del clínico la labor a desarrollar para pesquisar la causa provocadora, intermitente o progresiva, que puede *manifestarse exclusivamente* por el aumento de tensión y la protrucción herniaria.

En otras palabras, la salida al exterior del contenido abdominal en una región anatómica normalmente débil o patológicamente debilitada (hernias y eventraciones) pueden ser provocadas por una afección que permanece en silencio en sus síntomas intrínsecos, pero que por este mecanismo alertan al clínico que conoce este modo de manifestarse.

IV. Conducta frente a las hernias adquiridas, en el Servicio del Profesor Soto Blanco.

Es de acuerdo a los conceptos emitidos, cuya magnitud no se destaca lo suficiente, que estudiamos a los enfermos que consultan por eventración o hernia adquirida.

Frente a este tipo de enfermo realizamos un estudio exhaustivo, orientado de acuerdo a la edad, sexo, anamnesis cuidadosa

y practicamos un examen físico completo pero especialmente conducido de acuerdo a su historia. Completamos su estudio con los exámenes de laboratorio, radiológicos y especiales.

De acuerdo a esta táctica hemos tenido ocasión de comprobar afecciones aparentemente silenciosas en enfermos cuyo motivo de consulta fue una hernia o eventración. Recordamos casos que tenían como *afección de fondo*: neoplasma gástrico, neoplasma rectocolónico, carcinomatosis peritoneal en su inicio, cirrosis con discreta ascitis, litiasis de las vías biliares, hidatosis, y que fueron diagnosticados en virtud a la orientación ya citada que llevó a practicar exámenes gastroduodenales, colon por enema, etc.

Este modo de proceder nos evita la desagradable situación de volver a enfrentarnos al poco tiempo con una eventración o recidiva herniaria y más aún con un proceso ya evolucionado quizás fuera de todo recurso terapéutico.

De esta conducta diagnóstica surge la conducta *terapéutica*:

1º) No practicar ninguna cura quirúrgica de hernia o eventración, sin tratar previamente la causa (de comprobarse ésta) que provocó el aumento de tensión, so pena de ver fracasar el resultado. No hacemos entrar en este principio las hernias o eventraciones complicadas o sospechosas de complicarse en el post-operatorio de la intervención que pudiere requerir la afección causal.

2º) Dicha causal puede ser fácilmente solucionada con medidas de orden médico o quirúrgico o puede ser de una jerarquía tal que comande la conducta terapéutica y el pronóstico ulterior.

3º) Es recién después que se resuelva en forma definitiva la causa que pueda existir, que se procede a la cura quirúrgica para la cual mencionaremos de paso el valor y el uso del neumoperitoneo previo que se emplea con frecuencia y excelente resultado en nuestro servicio, en los casos cuya indicación es formal.

En resumen, hemos visto algunos aspectos de los problemas que plantean las hernias adquiridas y eventraciones, habiendo sido nuestro objetivo durante el desarrollo de este tema mostrar e insistir sobre la importancia de algunas causales cuyo diagnóstico y tratamiento correcto son de tanta importancia para el futuro del enfermo.

Dr. Lockhart. — Creo que indudablemente tienen mucho interés algunas de las consideraciones que ha dicho el Dr. Moller en esta comunicación. Es frecuente que los urólogos sean llamados para ver enfermos portadores de hernias, pensando en la posibilidad de que hagan una complicación en el post operatorio por tener estrechez de la uretra o adenomas de la próstata que no habían dado síntomas hasta ese momento, pero a través de la intervención quirúrgica pueden manifestarse y determinar accidentes agudos que son molestos para el enfermo y que a veces obligan a terapéuticas radicales. No es la primera vez que un enfermo en el post operatorio debe ser sometido a una prostectomía; pero yo creo que debe tener un alcance un poco más grande la colaboración del cirujano y del urólogo y es sobre eso que ha disertado el comunicante y sobre lo que quería insistir.

El enfermo obstructivo urinario tiene un síndrome de hipertensión abdominal y cuando hace la retención aguda la orina, para evacuar su aparato urinario tiene que hacer una contracción voluntaria de la pared abdominal y determina un aumento de la presión abdominal y originar en ese momento un accidente herniario. No es una sola vez que se ven enfermos que en plena retención de orina hacen un atascamiento herniario. Eso es claro, pero existe el caso de las retenciones crónicas, que es un disúrico que involuntariamente está en actitud permanente de contracción y determina en esa forma un aumento de la presión abdominal, también permanente, con las exacerbaciones lógicas de la disuria y eso a su vez origina una progresión de la sintomatología de la hernia.

La hernia, puede ir a consultar porque se hace más evidente, porque duele, porque se atascó, y ser sin embargo la manifestación de una disuria, de una obstrucción que se está traduciendo del punto de vista fisiopatológico, por un aumento de la presión abdominal. Ese, yo creo que debe ser el criterio verdadero que se debe tener frente a la hernia y la hipertensión abdominal, en el proceso obstructivo urinario.

En última instancia significa que tiene proyecciones en cuanto al tratamiento. La conducta terapéutica, indica no tratar la hernia hasta que no ceda la causa, el motivo inicial, que determina el aumento de la presión abdominal y entonces lo lógico es tratar la retención urinaria, para ir a la cura radical de la hernia. En el momento presente y con los recursos actuales de la técnica, se puede resolver todo en un solo momento operatorio y a eso quería referirse en última instancia: en muchas instancias y en casos bien elegidos hemos realizado la operación en el mismo tiempo operatorio: adenomectomía y cura de las hernias, de las hernias digo porque es frecuente que sea bilateral en el hombre viejo, obstructivo, y hernias por pared abdominal debilitada.

La operación es un poco más larga, pero con la misma incisión transversa de un canal inguinal al otro se puede ir al tratamiento de los sacos; no se trata de grandes plastias, hay que partir del punto de vista de que son enfermos que no van a hacer grandes esfuerzos y la sutura quirúrgica hay que hacerla correctamente, pero donde, a menudo, no es

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

de exigir un tratamiento tan detallista, pero de cualquier manera se puede llevar o ir a la resección del saco, reconstrucción de la pared y adenomectomía, cosa que se puede realizar en una hora, u hora y media, fácilmente y sin mayores inconvenientes.

En última instancia quiero resaltar que uno de los méritos de esta comunicación es demostrar la importancia del síndrome de hipertensión abdominal y la vinculación con el cuadro obstructivo y como la hernia puede ser, en realidad, la última etapa de un drama que está comenzando en la obstrucción urinaria.
