

Una técnica de reparación de hernias inguinales mediante injerto de malla de acero inoxidable

Dres. JUAN C. REYNES L., V. ZERBINO y RAFAEL GARCIA CAPURRO

I) INTRODUCCION

Este trabajo no intenta hacer una revisión completa de los métodos de reparación de hernias con injerto de malla inoxidable, sino que pretende mostrar la experiencia de nuestro equipo quirúrgico, recogida en el Hospital Británico a través de diez años de labor, y dar a conocer nuestros métodos, cuyos resultados creemos interesante de ser destacados.

II) INDICACIONES DEL INJERTO

Creemos indicado el injerto en todos los casos en que la pared no nos merezca confianza en cuanto a su fortaleza y evolución futura.

En particular:

- a) en las hernias bilaterales, sean directas u oblicuas;
- b) en los casos de recidiva herniaria;
- c) en las hernias directas: cuando son voluminosas o cuando a pesar de no serlo, la zona débil es muy amplia;
- d) en las hernias oblicuas: cuando el tendón conjunto es muy débil o existen dificultades para acercarlo a la arcada.

Estas indicaciones podrían ser ampliadas. La experiencia y el criterio de cada cirujano son las que deciden, frente al caso particular, la necesidad o no de colocar un injerto.

III) MATERIAL UTILIZADO

Utilizamos la malla de Surgaloy o "Surgaloy Mesh", que viene en láminas no este-

rilizadas de 30 por 15 cm. (12 por 6 pulgadas). Cada lámina tiene una trama de 50 por 50 en alambre de acero inoxidable de 0,003 de pulgada.

Para prepararla para el uso quirúrgico debe ser lavada con agua y jabón, enjuagada en agua y alcohol, y luego puede ser esterilizada por ebullición o autoclave. Entre las propiedades que se le atribuyen destacamos las siguientes: gran fortaleza a la tensión, flexibilidad, resistencia a la corrosión y completa inocuidad respecto a los tejidos. Debemos agregar nuestra impresión favorable de que una vez puesta la malla, los tejidos crecen a través de ella dejándola incorporada a la pared. Por esta misma causa creemos innecesario utilizar la sutura de la malla con alambre de acero inoxidable. Nosotros siempre hemos usado la sutura con hilo de lino Nº 70 sin ninguna complicación aparente.

IV) TECNICAS UTILIZADAS

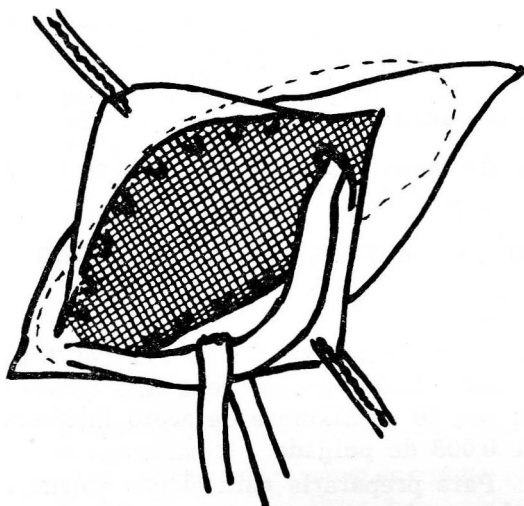
Seguimos dos tipos de técnica, adaptables a los dos grandes grupos de hernias:

- a) **Técnica para las hernias oblicuas externas (fig. 1).**

Una vez cerrado el plano posterior de la pared a la manera de Bassini, o sea suturando el tendón conjunto a la arcada, tomamos un trozo de Surgaloy de algo menos de 10 cm. de largo por 3 a 4 cm. de ancho, cuyos bordes deben ser doblados. Este trozo lo colocamos encima del tendón conjunto y lo suturamos:

—Abajo: a la arcada crural, al mismo nivel que el tendón conjunto.

FIG. 1

**SURGALOY SOBRE TENDON CONJUNTO**

- Abajo y adentro: a los tejidos fibrosos de la espina del pubis.
- Arriba: la introducimos en el espacio entre tendón conjunto y gran oblicuo, y la fijamos a este último con puntos transfixiantes.

Hacemos un corte en la parte alta y externa para permitir la salida del cordón, corte que también es doblado para que no lo lastime.

Como técnica accesoria recordamos que siempre hemos hecho, previo al injerto y según las directivas del Prof. L. A. Surraco, una lazada o "corbata" con el cremáster, para cerrar el orificio interno. Para ello seccionamos el cremáster, lo desinsertamos del cordón y lo pasamos por debajo del mismo, suturándolo al oblicuo menor y transverso después de haberlo transfixiado con este músculo que sirve así de elemento de contención y cierre, para nosotros muy importante.

b) Técnica para las hernias directas (fig. 2).

Abrimos la fascia transversalis y una vez invaginado el saco de la hernia, decolamos hacia adentro el tejido subperitoneal hasta la inserción del tendón conjunto en la vaina del recto anterior, y hacia afuera hasta los vasos ilíacos. Tomamos un trozo de Suraloy más o menos del mismo largo,

FIG. 2.

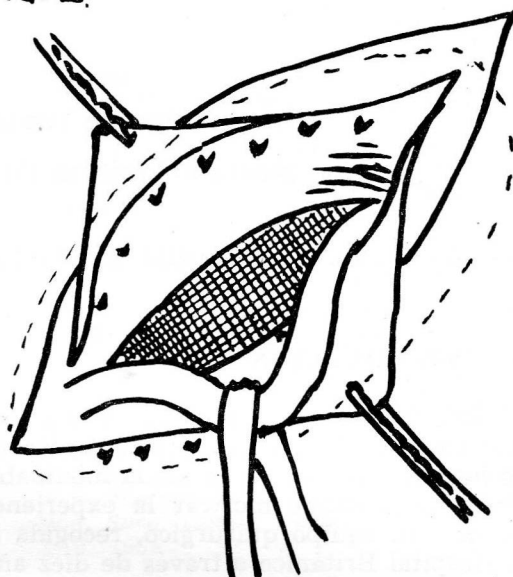
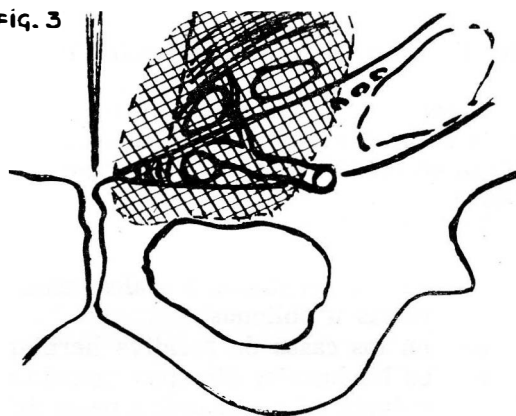
**SURGALOY DETRAS DE LA PARED**

Fig. 3

**CARA POST. DE LA PARED.
SURGALOY EN HERNIA DIRECTA.**

pero más ancho que en la técnica anterior, y lo extendemos en un plano que es el subperitoneo, adaptándolo a la cara posterior de la pared abdominal, de tal modo que cubre la entrada de los tres orificios herniarios: interno, directo y crural (ver fig. 3).

Para que el Suraloy quede bien estirado, lo extendemos con puntos en U transfixiantes, pasando primero por el material y luego por los tejidos, de tal modo que queda tendido y adosado sobre la cara interna de la pared abdominal. En este

caso el cordón pasa por una hendidura que queda entre el plano del Surgaloy y la pared.

V) ESTADISTICA

En el período de tiempo que va desde el año 1954 hasta marzo de 1964, es decir, un lapso de diez años y tres meses, se han operado 614 hernias inguinales.

En el cuadro 1 hacemos la discriminación entre las que se han operado sin injerto y aquellas en las que se ha colocado injerto de piel o Surgaloy, que son las que se han utilizado en nuestro hospital. Digamos que el injerto de piel se dejó de utilizar en 1956, viendo los buenos resultados que se conseguían con la malla de Surgaloy. Por eso, el porcentaje de injertos con Surgaloy respecto al total de hernias desde ese período, estaría acrecentado.

CUADRO 1

Hernias y recidivas herniarias

Total 1954-1964

Total operado 614

Porcentajes

		Al total hernias	Al total injertos
Sin injerto	542	88%	
Con injerto	72	12%	
Injerto de piel	22		30%
Injerto Surgaloy ...	50		70%

En el cuadro 2 consideramos sólo las hernias en que se puso malla de Surgaloy. Las hemos dividido en tres grupos fundamentales, dadas sus distintas características y teniendo en cuenta las indicaciones que hemos anotado. Observamos que el mayor porcentaje de injertos está en las hernias bilaterales (40%), siguiéndole las recidivas herniarias (36%) y finalmente las hernias unilaterales (24%). Debemos aclarar que dentro de las recidivas existen hernias unilaterales y bilaterales, siendo en algunas la primera recidiva y en otras una segunda recidiva, tal como lo muestra el cuadro.

CUADRO 2

Clasificación de los injertos por grupos

1) En hernias bilaterales	20	40%
Con injerto bilateral	18	
Con injerto unilateral	2	
2) En recidivas herniarias	18	36%
Primera recidiva	14	
Segunda recidiva	4	
3) En hernias unilaterales	12	24%

En el cuadro 3 hemos clasificado las hernias según su tipo, en directas y oblicuas, y dejando en capítulo aparte las recidivas, de las cuales también existen de los dos tipos. Hemos llegado a la conclusión que la necesidad de injertos es similar en los dos tipos clásicos de hernia.

CUADRO 3

Clasificación según el tipo de hernia

Hernias directas	16
Hernias oblicuas	16
Recidivas herniarias	18
—Directas	10
—Oblicuas	8
Total de directas	
Total de oblicuas	

VI) EVOLUCION

Teniendo en cuenta que el 80% de nuestros pacientes se atienden obligatoriamente en nuestro Hospital, por pertenecer a Sociedades o Empresas que tienen contratos de asistencia con el mismo, podemos seguir la evolución de esos pacientes por muchos años y estar seguros de la existencia o ausencia de posibles recidivas. En el transcurso de los años en que hemos colocado Surgaloy, no hemos visto una sola recidiva después de esta técnica.

VII) CONCLUSIONES

Diez años y 50 casos de hernias tratados con malla de Surgaloy, ya nos permiten hablar de esta técnica con cierta confianza.

No hemos tenido ningún caso de recidiva y nuestra sensación es que, si bien

podemos estar equivocados como tantos cirujanos que creyeron resolver el problema de las hernias, creemos que las hernias así tratadas no pueden recidivar. El tiempo quizás nos desengañe.

RESUMEN

Se señalan las indicaciones para empleo de injertos en hernias inguinales: hernias bilaterales (directas u oblicuas), recidivas herniarias, hernias directas voluminosas o con pared debilitada, hernias oblicuas con tendón conjunto débil.

Se refieren las propiedades físicas y ventajas de la malla de Suraloy.

Se describen dos tipos de técnica: a) para las hernias oblicuas externas con colocación de la malla por delante del tendón conjunto; b) para las hernias directas con colocación de la malla detrás de la fascia transversalis cubriendo la entrada de los tres orificios herniarios.

Los estudios estadísticos están referidos sobre 50 casos en 614 hernias operadas en diez años, con buenos resultados y sin recidivas.

RÉSUMÉ

On présente les instructions pour l'emploi de greffes aux cas de hernies inguinales, hernies bilatérales (directes ou obliques), récidives herniaires, hernies directes volumineuses ou à paroi débilitee.

On expose les propriétés physiques et les avantages de la maille de Suraloy.

On décrit deux types de technique: a) pour les hernies obliques, en plaçant la maille par devant le tendon conjoint; b) pour les hernies directes, en appliquant la maille par derrière la fascia transversalis et en couvrant l'entrée des trois orifices herniaires.

Les études statistiques se rapportent à 50 cas en 614 hernies opérées pendant 10 ans, en ayant de bons résultats et sans récidives.

SUMMARY

We indicate the cases of inguinal hernias, direct or oblique, recurrences, or

any big hernias on weak abdominal walls on which metallic implants should be used.

We comment the advantages of Suraloy Mesh.

Two different technics are described: a) On oblique hernias, placing the mesh external to the conjoint tendon. b) On direct hernias, deep to the transversalis fascia, covering all the weak points of the inguinal wall.

On 614 cases of hernias operated upon 50 were treated with metallic mesh. No complications and no recurrences.

BIBLIOGRAFIA

1. CRILE, G. y KING, D. Successful use of Tantalum mesh to repair in abdominal wall defect in the presence of massive fecal contamination. *Surgery*, St. Louis, 29: 914-16, 1951.
2. DOUGLAS, D. M. Repair of large herniae with tantalum gauze; an experimental and clinical study. *Lancet*, London, 1: 936-39, 1948.
3. GUY, CH. y WERELIUS, C. Use of tantalum mesh in hernia repair. *Arch. Surg.*, Chicago, 62: 867-75, 1951.
4. KOONTZ, A. y KIMBERLY, R. Tissue reactions to tantalum mesh and wire. *Ann. Surg.*, Philadelphia, 131: 666-86, 1950.
5. LAM, C. R., SZILAGYI, D. E. y PUPPENDAHL, M. Tantalum gauze in the repair of large postoperative ventral hernias. *Arch. Surg.*, Chicago, 57: 234-44, 1948.
6. MAÑANA, J. Injerto en eventraciones. Segundo curso de graduados de la Clínica del Prof. Piquinela. Montevideo, Augusta, 1959. p. 35-42.
7. MÉNDEZ ASERITO, H. Tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales voluminosas. Congreso uruguayo de cirugía, 14º, 1963, 1: 103-37.
8. SURRACO, L. A. Anatomía del canal inguinal; la hernia inguinal. *An. Fac. Med. Montevideo*, 33: 1104-90, 1948.

DISCUSION

Prof. Bermúdez: No tengo experiencia personal en hernioplastias con este material plástico. Pero a raíz de presentaciones del Dr. García Capurro, especialmente en ocasión de haberla aplicado en cirugía de pared torácica, empecé a usar el Suraloy que él me recomendó en la forma que lo hacía, en las grandes eventraciones con problemas parietales difíciles de resolver por cirugía plástica directa. Los resultados han sido extraordinarios hasta ahora, sin ninguna complicación y con éxito completo.

Pienso que las hernias —sobre todo hernias con debilidad parietal importante— presentan los mismos problemas, quizás agravados con respecto a las eventraciones, por la existencia del cordón que nos plantea problemas de otro orden, de conservación, porque es necesario contemplar dentro de la plástica el pasaje del cordón inguinal.

He sentido la necesidad de aplicar este procedimiento en hernias y no lo he hecho, desde luego, por carecer de ese material; pero me propongo hacerlo, porque creo que esto tiene que ser ventajoso en ciertas situaciones herniarias que plantean problemas a veces más serios por la situación y por las disposiciones funcionales, que los que nos plantean las eventraciones.

Lo felicito por los resultados, porque en realidad es una de las experiencias más amplias que se han presentado en el país, con estos resultados y en esa localización.

Dr. J. C. Reynés: En primer lugar, agradezco las observaciones del Dr. Otero. Lo que dice él con respecto al tratamiento de la pared,

debo aclarar que en el Hospital Británico generalmente se utiliza la técnica de cierre según Bassini. Hicimos hincapié en la lectura del trabajo, que generalmente se agrega a ese método la técnica en nuestro medio preconizada por Surraco, de la corbata del cremáster alrededor del cordón, para obtener un orificio interno cerrado completamente. La idea, compartida por los autores de este trabajo, es que lo fundamental en la hernia oblicua es tener el orificio interno cerrado y que es más importante esto que bajar el tendón conjunto a la arcada.

En cuanto al uso de Suraloy en eventraciones, ya en nuestro Hospital se ha empleado y esto será motivo de un trabajo que presentará uno de nosotros, el Dr. Zerbino, en una próxima sesión. Se han hecho seis o siete eventraciones importantes empleando este material con resultados muy buenos.

Finalmente, agradezco las observaciones del Prof. Bermúdez y hago extensivas sus felicitaciones al equipo del Hospital Británico y especialmente al Dr. García Capurro.