REV. CIR. URUGUAY, V. 36, Nº 1: 60-65, ener./mar., 1966

# Tratamiento de las hernias umbilicales adquiridas del adulto *

*Dr. JULIO MAÑANA*

Los conceptos que se expresan a continuación, refiriéndonos a las hernias umbilicales del adulto, son extensivos a las hernias y eventraciones de la línea media.

Desde el año 1957, que realizamos la tesis de doctorado sobre "El neumoperitoneo en el preoperatorio de las grandes hernias y eventraciones" (9), nos hemos ocupado en buscar solución a la reparación de este defecto parietal, que comporta un importante problema terapéutico, al cual personalmente creo no se le haya dado solución definitiva.

Pensamos que las hernias umbilicales no deben ser todas operadas, y deben ser solucionadas por métodos terapéuticos distintos, adecuados a cada caso particular.

Me abstengo de operar las siguientes variedades de hernias umbilicales: en la mujer en plena actividad genital, cuando son pequeñas y no dolorosas; en el hombre adulto, siempre que no realice un trabajo que motive un aumento considerable de la presión intraabdominal y sean de tamaño reducido y no causen molestias; en los ancianos no intervengo estas hernias, siempre que no comporten una invalidez muy importante.

Hechas estas consideraciones generales, el plan de tratamiento que propongo variará con la consideración de cada caso particular, que trataremos de especificar en el curso de esta comunicación.

Creemos que la terapéutica de las hernias umbilicales se basa en los siguientes hechos fisiopatológicos:

1º) *La obesidad.*— La grasa intraabdominal, que se deposita según Coffey (4) con más facilidad cuando desciende la presión intraabdominal, actúa como tejido de reserva y es utilizada para rellenar el contenido abdominal cuando desciende la presión de dicho compartimiento.

2º) *Desproporción entre contenido abdominal y continente.*— El orificio parietal herniario crea: a) la salida a través de él de parte del contenido abdominal; b) el descenso de la presión intraabdominal; c) el aumento del espacio intravisceral para contrarrestar el descenso de la presión intraabdominal; d) el depósito de grasa subperitoneal perivisceral; e) el descenso del diafragma con aumento del aire residual y disminución de la máxima capacidad respiratoria; f) acentuación de la lordosis lumbar, etc. Vemos que hay factores patológicos que modifican la dinámica toracoabdominopelviana. La reducción brusca de una hernia aumenta la presión intraabdominal, pudiendo ser causa de trastornos importantes.

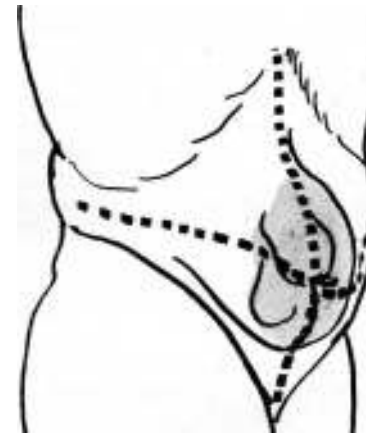

FIG. 1.— En las líneas a trazos interrumpidos, se observan los aumentos dimensionales de la pared abdominal anterior.

* Trabajo de la Clínica del Prof. Dr. J. A. Piquinela.

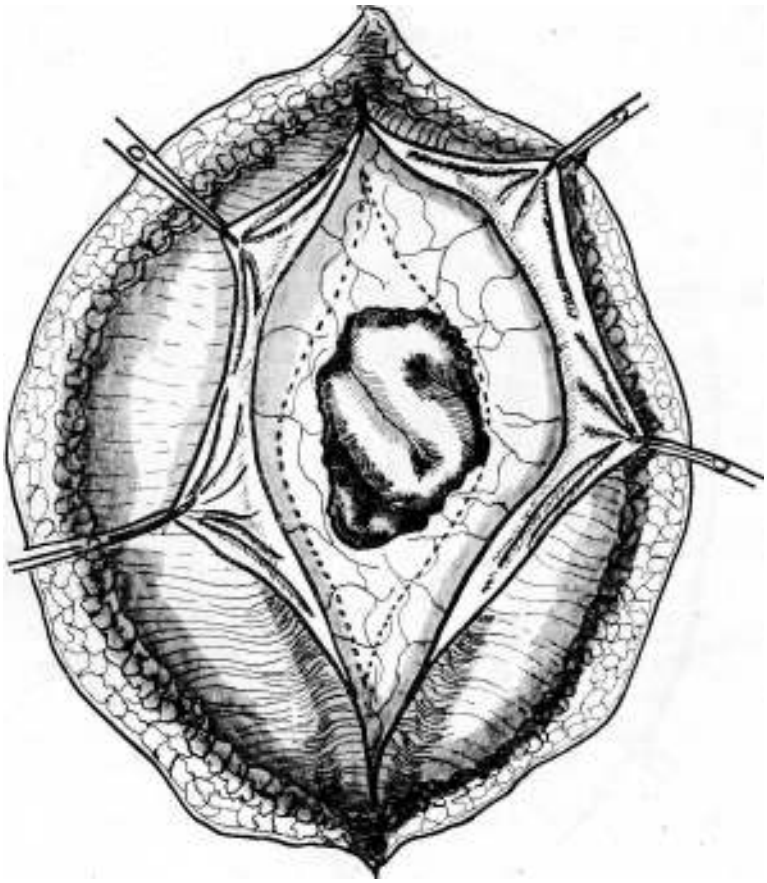

FIG. 2.— La línea a trazo interrumpido muestra la resección losángica del infundíbulo retroherniario en el plano peritoneal. Las pinzas hemostáticas muestran la abertura de la línea media en sentido longitudinal.

3º) *El aumento de las dimensiones de la pared abdominal anterior.*— La hernia umbilical aumenta la línea media en dos dimensiones: a) *longitudinalmente,* alargamiento de la distancia xifopúbica, elemento que ha hecho destacar en nuestro medio Chifflet (3), y es base patológica para utilizar las incisiones transversales en el tratamiento de las hernias; b) *transversalmente*, el aumento de la distancia transversal flanco-flanco, anatómicamente representada por la diastasis de los rectos, la corrección de este defecto es la base patológica de las incisiones longitudinales medianas. En el área umbilical, zona donde se encuentran estos aumentos dimensionales, se crea una zona infundibular del peritoneo, infundíbulo peritoneal retroherniario que mantiene y aumenta la hernia, similar a la depresión peritoneal de la hernia inguinal, puesta de manifiesto claramente en los trabajos de Frichau para esta hernia.

Analicemos el infundíbulo peritoneal retroherniario. En el anillo herniario se crean dos fuerzas: una perpendicular al plano parietal, cuyo punto de dirección es hacia el exterior, producida por la presión intraabdominal, ya que el contenido abdominal se asemeja a un flúido líquido en cuanto a presiones se refiere, y esta fuerza se hace perpendicular al continente que lo contiene; otra fuerza tangencial a la pared abdominal, cuyo punto de dirección es hacia los flancos, producida por la reacción elástica de dicha pared, cuya fuerza es la contracción de los músculos anchos. La línea blanca, en los sujetos normales, actúa como punto de inserción anteromedial de los músculos anchos del abdomen. Creado el orificio herniario umbilical, los músculos anchos del abdomen se encuentran a su nivel desprovistos de sus puntos de inserción en la línea media. Cuando se contraen dichos músculos, al permanecer invariables los restantes puntos de inserción, éstos predominan sobre la contención de la línea media y la resultante es el desplazamiento hacia los flancos de los músculos anchos y con ellos el músculo recto, que

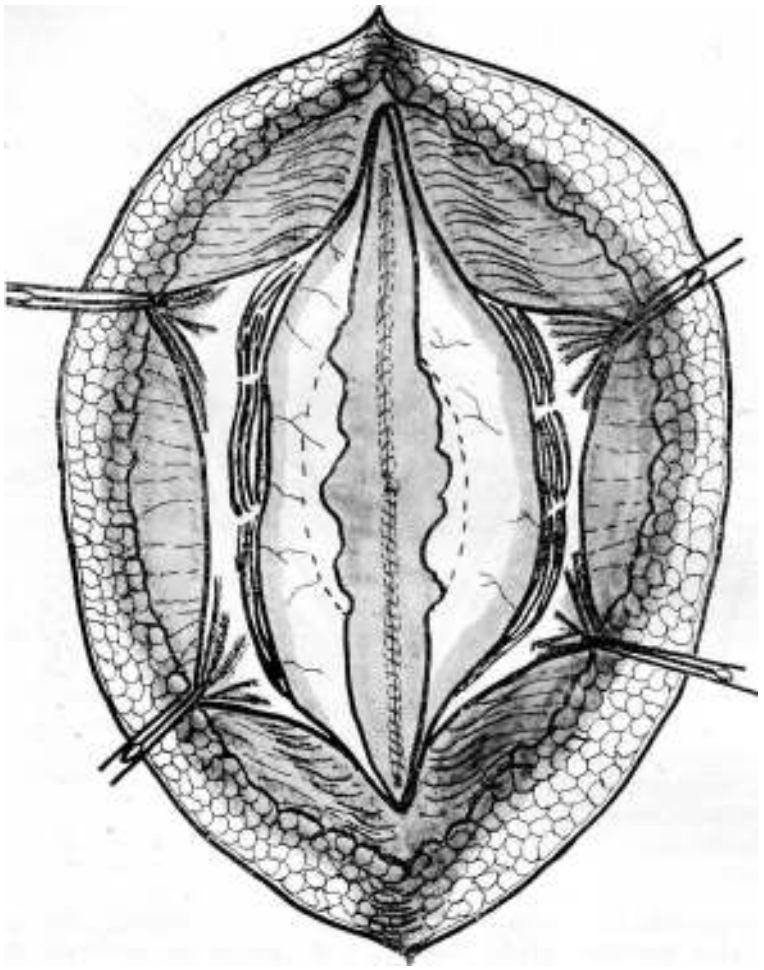

FIG. 3.— Cerrado el plano peritoneal, la línea a trazo interrumpido muestra la resección losángica en el plano de la hoja posterior del recto.

permanece solidario a los músculos anchos por las intersecciones aponeuróticas; por estas causales se separan los músculos rectos creándose la diastasis patológica, más allá de los bordes del anillo herniario. El área peritoneal en relación con la zona comprendida entre el orificio herniario y los bordes del recto, toma la forma infundibular; en dicha zona la presión intraabdominal en forma de ariete, contribuirá cada vez más a mantener las condiciones patológicas enumeradas.

## PLAN DE TRATAMIENTO

Ordenamos el plan de tratamiento según los fundamentos patológicos analizados. Podrá variar la táctica pre y peroperatoria según el análisis de los siguientes componentes: edad, sexo, profesión, dimensiones del anillo herniario, elongación de la distancia xifopúbica, diastasis de los rectos, etc., pero el plan de tratamiento se basa esencialmente en tres elementos que consideramos de orden fundamental: 1º) adecuación de la dinámica toracoabdominopelviana; 2º) corrección de las dimensiones de la línea media (infundíbulo peritoneal); 3º) cierre del orificio herniario.

### Adecuación de la dinámica toracoabdominopelviana.

*Obesidad.*— Régimen de adelgazamiento, masoterapia, gimnasia, neumoperitoneo.

*Desproporción entre el contenido abdominal y el continente.*— Para corregir este elemento, hay que lograr la relajación de los músculos anchos, y esto se logra gracias al neumoperitoneo. Realizamos neu-

moperitoneo progresivo, hasta que se vence la contractura de los flancos y cuando la hernia reducida y mantenida por un vendaje o faja adecuada, no logra trastornar la dinámica toracoabdominal del paciente. Esto, sin embargo, no es suficiente, hay que calcular la parte de falsa pared abdominal que constituye el infundíbulo retroherniario, que se corrige quirúrgicamente. Para este fin empleamos el siguiente test: con el paciente en decúbito supino, tratamos de aproximar los músculos rectos, hasta afrontarlos uno con el otro por sus bordes internos, observando si con esta maniobra, que pliega la línea media, el enfermo no sufre una insuficiencia respiratoria o un estancamiento venoso en los miembros inferiores.

**Corrección del infundíbulo peritoneal, cierre del orificio herniario.**

En los pacientes sin diastasis de los rectos, sin contractura de los músculos anchos, con poca alteración anatómica de la línea media, está indicada la incisión transversal, que corrige la distancia xifopúbica mejor que las otras incisiones. En las otras circunstancias realizamos incisión longitudinal mediana supra e infraumbilical amplia, adecuada a cada caso, porque es la que permite mejor corregir la diastasis de los rectos, suprimir el infundíbulo peritoneal y restructurar la línea media.

Hacemos cierre plano por plano, con amplia movilización de cada uno de ellos, pero adecuada a cada plano, viendo qué participación tiene cada uno de ellos en los componentes patológicos que hemos descrito. Nuestra principal idea es corregir el infundíbulo retroherniario. Para lograr este fin, luego de resecado el orificio fibroso herniario, movilizamos el plano a corregir y tratamos de hacernos una idea del infundíbulo retroherniario y cuál es la dimensión que se encuentra más afectada en la composición de este infundíbulo, resecamos los sobrantes, generalmente en forma losángica, el eje mayor del losange nos queda orientado hacia la dimensión más elongada y cerramos a puntos separados en el sentido de este eje.

1º) *El peritoneo:* es movilizado de la hoja profunda del recto, acción que puede resultar dificultosa en el ombligo propiamente dicho, pero inmediatamente alejado de él se vuelve más fácil la separación peritoneal; de esta manera se logra disponer de un plano peritoneal para cierre individual de él. En las curas quirúrgicas de las hernias inguinales, nos preocupamos de suturar individualmente el peritoneo y lo hacemos responsable de la corrección de la depresión peritoneal en dichas hernias. Sin embargo, en las hernias umbilicales no se tiene siempre las mismas precauciones. Consideramos que el cierre independiente del peritoneo podrá resultar laborioso, pero al permitir corregir el infundíbulo peritoneal, resulta altamente beneficioso.

2º) *La hoja profunda del recto,* es suturada en plano individual.

3º) *El músculo recto y la hoja anterior del recto:* cuando no se encuentran muy distorsionados por la hernia y la resección del sobrante losángico de la hoja anterior no perturba la anatomía de ambos rectos, dejamos al recto solidario de la hoja anterior, suturando solamente ésta. Pero cuando la hoja anterior y el músculo recto se encuentran distorsionados, con importante diastasis, hecho que se aprecia más a menudo en las hernias umbilicales a crecimiento hacia el pubis; en esta circunstancia separamos el recto de su hoja anterior a nivel de las intersecciones aponeuróticas, hacemos confrontar ambos rectos por sus bordes internos en la línea media y los solidarizamos con puntos de afrontamiento distantes, principalmente en zonas fibrosas anatómicas o adquiridas. Luego procedemos a cerrar independientemente la hoja anterior.

Este proceder termina de corregir la diastasis de los rectos, sutura longitudinalmente las hojas anterior y posterior del recto, que son los tendones de inserción de los músculos anchos en una nueva línea media.

Tratamos de no mortificar los tejidos, resecar siempre lo mínimo para que permita un cierre sin tensión, realizamos hemostasis cuidadosa, lavamos profusamente con suero fisiológico plano por plano y avenamiento por contraabertura de cada uno de ellos. Procediendo en esta forma hemos eliminado de nuestra práctica el uso de injertos; si alguna vez tenemos que recurrir a ellos, cosa que no nos ha sucedido en estos últimos años, preferimos usar

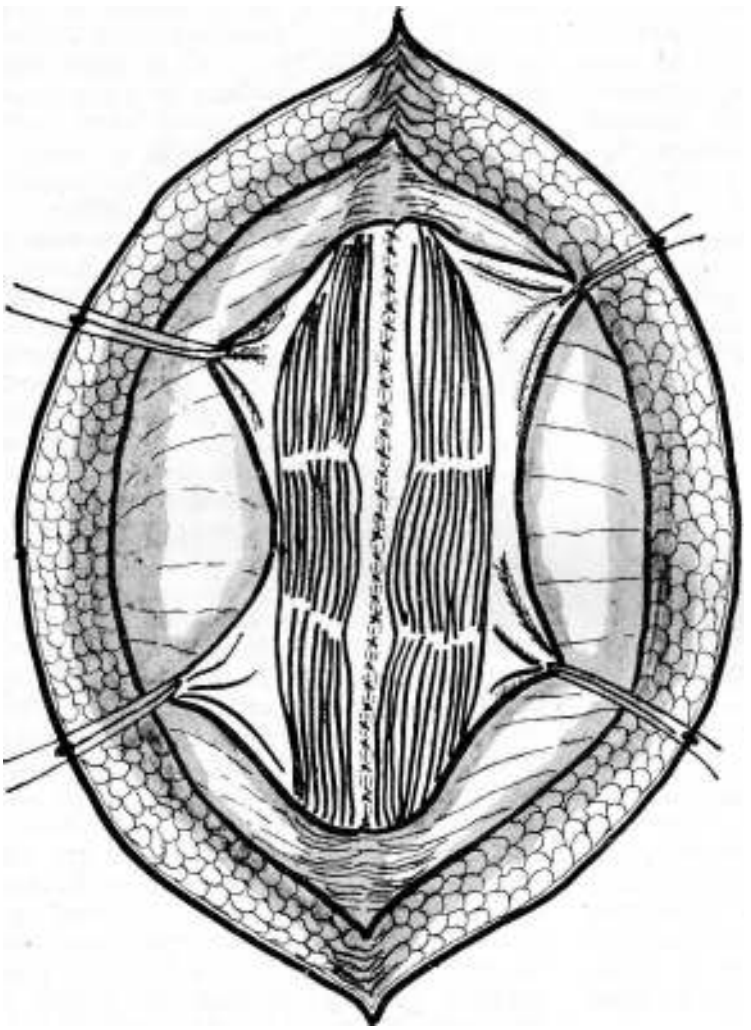

FIG. 4.— Suturado el plano de la hoja posterior del recto, se ha movilizado el músculo recto y se procederá a su afrontamiento por su borde interno. Las pinzas hemostáticas muestran la hoja anterior del recto, último plano de nuestra técnica.

el injerto de fascia lata por ser un material autógeno, de fácil obtención, resistente a la infección, etc.

## COMENTARIO

Los distintos procedimientos quirúrgicos para solucionar las hernias umbilicales tienen una recidiva del 3 al 8%. En estas recidivas influye *la profesión* (obreros), la edad (ancianos), mujeres en actividad genital (embarazos), las curas que se pretenden frente a hernias estranguladas, infecciones larvadas de la piel del ombligo. (La conservación del ombligo —cuya piel es portadora de microbios y fuente de procesos postoperatorios— nos lleva a convencer a nuestros pacientes sobre la no conservación de éste.)

La técnica operatoria que empleamos la hemos realizado en 37 pacientes; generalmente seguidos en su evolución postoperatoria porque son de medicina asistencial colectiva.

No tenemos conocimiento de ninguna recidiva.

Comprendemos que el procedimiento terapéutico que proponemos es laborioso, pero nos ha dado resultados satisfactorios.

## SUMARIO

1) Se pone a consideración un plan terapéutico en las hernias umbilicales que no tienen elementos importantes de originalidad, pero se hace un resumen ecléctico de las distintas técnicas hasta ahora publicadas.

2) Se estudian los hechos patológicos que condicionan esta forma de proceder, destacando el infundíbulo peritoneal en la génesis y mantención de esta hernia.

3) Se describe sumariamente la técnica.

4) Se exponen nuestros resultados.

## RÉSUMÉ

1) On met à considération un plan thérapeutique pour les hernies ombilicales, qui n'ont pas d'importants éléments d'originalité, mais l'on fait un résumé éclectique des différentes techniques publiées jusqu'à présent.

2) On étudie les faits physiopathologiques conditionnant cette manière de procéder, en détachant l'infundibulum péritonéal à la gènèse et au maintien de cette hernie.

3) On décrit la technique brièvement.

4) On expose nos résultats.

## SUMMARY

1) A therapeutic procedure for treating umbilical hernia not showing important unusual elements in considered, and an eclectic summary of the different techniques hither to published is presented.

2) The physiopathological facts leading to this procedure are studied emphasizing the peritoneal infundibulum in regard to the genesis and maintenance of this hernia.

3) The technique is described.

4) The results are stated.

## BIBLIOGRAFIA

1. CARPANELLI, J. B. Consideraciones acerca del neumoperitoneo en el tratamiento de los eventrados. *Bol. Soc. Argent. Cir.*, Buenos Aires, **7**: 728-36, 1946.
2. CATTELL, R. B. Repair of incisional hernia. *Surg. Clin. N. Amer.*, Philadelphia, *29:* 787-93, 1949.
3. CHIFFLET, A. Abdomen y sus paredes. Curso de perfeccionamiento dictado en la Cátedra de Medicina Operatoria de la Facultad de Medicina de Montevideo, 1956. Inédito.
4. COFFEY, R. C. Intravisceral and intraabdominal pressure. *J.A.M.A.*, Chicago, *69:* 683-9, 1917.
5. GARCÍA CAPURRO, R. Eventraciones postoperatorias. Congreso uruguayo de cirugía, 3º, 1952. p. 151-210.
6. GOÑI MORENO, I. El neumoperitoneo preoperatorio en la cirugía de las grandes hernias y eventraciones. *Día Méd.*, Buenos Aires, *19:* 29-31, 1947.
7. LARGHERO YBARZ, P. Eventraciones, profilaxis y tratamiento; directivas fisiopatológicas, anatómicas y técnicas. Congreso uruguayo de cirugía, 3º, 1952. p. 221-46.
8. MAINGOT, R. Operaciones abdominales. Argentina, Científicos, 1957.
9. MAÑANA, J. La fisiopatología del neumoperitoneo en el tratamiento preoperatorio de las grandes hernias y eventraciones. Montevideo, Facultad de Medicina, 1957. 349 p. (inédita).
10. ———. Injertos en eventraciones. Segundo curso de graduados de la Clínica del Prof. Piquinela. Montevideo, Augusta, 1959. p. 35-42.
11. - - - - -. Tratamiento de las eventraciones postoperatorias. Primer curso de graduados de la Clínica del Prof. Piquinela. Montevideo, Gráficos Unidos, 1958. p. 111-20.
12. MAYO, W. J. Transversal overlopping method for the radical cure of umbilical hernia. *J.A.M.A.*, Chicago, *41:* 225, 1903. (Citado por Maingot, R.)
13. NUTTALL, L. Operation for repair subumbilical incisional hernia. *Brit. Med. J.*, London, *1:* 138, 1936. (Citado por Maingot, R.)