

Indicaciones y técnica en la rotación del fascia-lata en la reparación de brechas abdominales *

Dres. OSCAR BALBOA y JOSE TROSTCHANSKY **

No pretendemos ser originales con la presentación de este trabajo, sino sólo hacer énfasis en un procedimiento que consideramos de indudable valor para ser aplicados en determinadas circunstancias en la reparación de brechas de la pared abdominal.

Desde ya queremos señalar la facilidad de su ejecución, no siendo necesario disponer de instrumental especial.

El fundamento del procedimiento, consiste en una transposición músculo aponeurótica del complejo formado por el músculo tensor del fascia lata y su aponeurosis, que al conservar el pedículo vasculonervioso muscular, asegura la integridad funcional del elemento aponeurótico, que es el que utilizamos en la reparación, siendo esto lo que lo diferencia del injerto libre de fascia lata.

Esta transposición no altera el equilibrio funcional del muslo y de todo el miembro inferior, lo cual hace posible su aplicación sin secuelas.

HISTORIA

La utilización de tejidos del propio individuo en la reparación de hernias para otorgar solidez y resistencia a la pared es un procedimiento. En el caso particular del fascia lata, Gallie y Le Mesurier (3), lo utilizan en forma de bandas para efectuar la sutura (año 1902). En 1909, Kirsner demuestra la capacidad de sobrevida de las bandas de fascia lata, utilizados como auto-injertos.

Pero el método que nos ocupa concretamente es publicado por primera vez en 1924 por Mac Kenzie (6), haciendo 10 años después Wangesteen (10) un muy completo trabajo sobre el tema.

En nuestro medio ha sido el Profesor H. Ardao, el que ha introducido este procedimiento, habiéndose ocupado del tema los Dres. Varela Soto (9), J. Hornblas (4), Valls (8) y nosotros mismos (7).

INDICACIONES

Como se señala al inicio, es posible su utilización para reparar grandes brechas de la pared abdominal, pudiéndolo sistematizar en la siguiente forma.

1) *Hernias voluminosas recidivadas o no*, Donde ya con sucesivos procedimientos operatorios se ha demostrado la debilidad parietal y en la cual el tejido fibroso deficiente no puede ser utilizado en la reparación, sin correr sucesivos riesgos de recidiva. Se puede utilizar tanto en las hernias inguinales, crurales como en las umbilicales.

2) *Grandes eventraciones*, que pueden o no ser recidivadas, donde la existencia de una gran brecha y paredes fibrosas, señalan la necesidad de realizar suturas con tejidos vivos y resistentes. Es fácilmente aplicable en el sector infraumbilical, más dificultoso en supraumbilical, a donde igual se puede hacer llegar el fascia lata.

3) *En la resección de tumoraciones*, de la pared abdominal, donde es necesario el sacrificio músculo aponeurótico muy grande, quedando bordes muy distantes, como para favorecer su aproximación. La indicación puede surgir, ya sea en el balance preoperatorio o también en el propio acto quirúrgico frente a una manifiesta debilidad parietal.

Nosotros hemos realizado la transposición del fascia lata en 16 oportunidades, por las siguientes afecciones:

- | | |
|--|----------|
| 1) Eventración mediana infraumbilical recidiva | 6 casos. |
| 2) Eventración paramediana infraumbilical recidivada | 2 casos. |
| 3) Eventración umbilical recidivada | 1 caso. |
| 4) Eventración mediana supraumbilical | 1 caso. |
| 5) Eventración paramediana derecha supraumbilical | 1 caso. |
| 6) Eventración de Mac Burney | 1 caso. |
| 7) Eventración de oblicua subcostal | 1 caso. |
| 8) Hernia inguino escrotal recidivada | 1 caso. |
| 9) Gran hernia inguino escrotal | 1 caso. |
| 10) Tumor parietal | 1 caso. |

El detalle se hace en el capítulo de casuística.

TECNICA

No se insistirá en el gran valor que tiene la utilización del neumoperitoneo preoperatorio en la preparación de los pacientes que son portadores de gruesas hernias o eventraciones abdominales.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 5 de mayo de 1971.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" Prof. H. Ardao.

** Adjunto de Clínica Quirúrgica y Docente Adscrito de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

Posición.

Decidida la realización del procedimiento o sospechado que va a ser necesario, es conveniente colocar al paciente con la pelvis homolateral algo elevada, el muslo en flexión de 30 a 40 grados sobre la pelvis y rodilla flexionada en 90 grados, lo cual se logra con rollos de posición y fijándolo con bandas de espadarapo.

El procedimiento quirúrgico lo esquematizamos en 5 puntos fundamentales:

A) Incisión.

Realizado el tiempo abdominal, donde es fundamental eliminar en lo posible toda causa de hipertensión intraabdominal, siendo la omentectomía de gran ayuda, aplicada por nosotros siempre que sea posible, se pasa al tiempo en el muslo.

Se realiza una incisión longitudinal (fig. 1) sobre la cara externa del muslo, que parte de un punto equidistante de la espina iliaca anterior superior y el trocánter mayor, y que se dirige hacia abajo en línea recta hasta la cercanía de la rodilla. La longitud de la incisión está en relación con la topografía de la brecha ab-



FIG. 1.— Incisión de muslo.

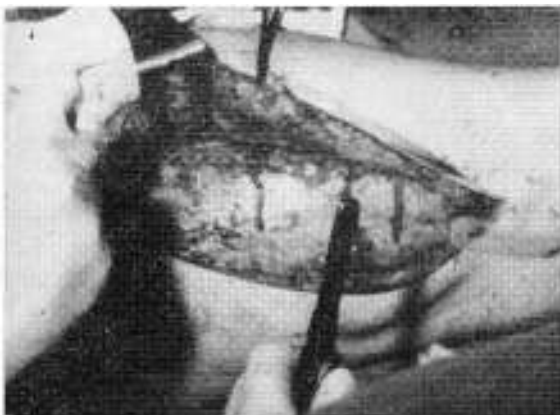


FIG. 2.— Exposición de fascia lata.



FIG. 3.— Colgajo aponeurótico elaborado.

dominal a cubrir y el biotipo individual al respecto. Recordemos que las diferencias altura de los individuos, dependen fundamentalmente de diferencias en la longitud de miembros inferiores, por lo cual en los pícnicos se realizarán comparativamente incisiones más largas que en los longilíneos.

En un solo golpe de bisturí se secciona piel y subcutáneo hasta que aparece la superficie brillante nacarada del fascia lata (fig. 2).

B) Elaboración del colgajo.

Se disecciona la cara superficial de la fascia lata, donde quedan adheridos pequeños lobulillos de grasa. Se procede a la sección de la porción anterior del colgajo, seccionando primero a bisturí y luego a tijera, la aponeurosis del fascia lata, en la parte alta, en la zona de separación con el sartorio, prolongando hacia abajo en línea recta. La sección vertical del fascia lata la hacemos de rutina lo más abajo que sea posible para así poder utilizar el sector bajo del tensor de la fascia lata, donde además de las fibras aponeuróticas verticales, hay arciformes, lo cual le otorga mayor resistencia. La sección del borde posterior del colgajo, se hace a ras del tabique intermuscular externo que separa el vasto externo del bíceps. Hacia arriba la incisión llega justo hasta el cuerpo muscular del tensor de la fascia lata. La cara profunda de su porción aponeurótica es lisa brillante, fácilmente decolable del plano profundo (fig. 3).

C) Rotación del colgajo.

Tomando como eje la espina iliaca antero superior, se procede a rotar el complejo músculo aponeurótico en un mismo plano y llevarlo hacia la pared abdominal. Para ello se labra un túnel en el tejido celular, que sea amplio y permite así pasar sin hacer pliegues a la porción tendinosa. Siempre hacemos la tunelización por encima de la arcada crural. *Con esta maniobra tenemos el colgajo en el abdomen.*

D) Aplicación del fascia-lata.

Efectuado el tratamiento de la lesión parietal abdominal en causa, pueden presentarse dos eventualidades: a) luego de la resección de tejidos tumorales o cicatrizales, queda una brecha donde la separación de los labios músculos aponeuróticos es muy grande, y se plantea como imposible su sutura borde a borde. b) se logra un cierre utilizando los propios tejidos de la zona, pero donde el hecho de las recidivas repetidas o la propia inspección nos ponen en evidencia una debilidad parietal.

En la primera circunstancia, se suturará el borde del fascia-lata a los bordes parietales, previa resección por supuesto, de todo tejido cicatrizal o desvitalizado. Actuando en este caso, el fascia-lata, como único elemento parietal.

En la segunda situación el fascia-lata se coloca como parche, para aumentar la solidez y resistencia parietal, cubriendo toda la zona de suturas previas.

En este momento puede ser necesario un reajuste de la longitud del colgajo para lograr cubrir completamente la brecha y ello se logra liberando, los bordes anterior y posterior, sucesivamente del músculo tensor del fascia-lata hasta logrado el propósito buscado.

Es de gran importancia que la fijación se realice con una tensión uniforme, para no dejar sectores que tengan mayor debilidad. La fijación la haremos con puntos separados de lino. Cuando se proceda a cubrir una pérdida de sustancia, el fascia-lata se fija en todo el borde de la misma a tensión suficiente y uniforme. En los casos que actúa como parche, también se debe fijar todo alrededor de la zona de debilidad, es decir, que la sutura se hace de los tres bordes del fascia-lata, con el elemento músculo aponeurótico vecino pero si omitimos la fijación de lo que es la base de la lámina rotada, se puede producir una evención por debajo de la misma, por ello es muy importante no omitir estos puntos.

E) Cierre de la herida de muslo.

Se debe hacer un control riguroso de la hemostasis. No se hace ningún punto en la aponeurosis, se deja un tubo de latex fenestrado, que recorre toda la longitud de la herida y se saca por la comisura inferior de la herida, mejor aún por contraincisión. Se hace una sutura del celular con puntos separados de catgut y nylon fino en la piel. Se hace un vendaje algodónado ligeramente compresivo de muslo (fig. 4).



FIG. 4.— Cierre de herida de muslo con avenamiento.

CONTROL POSTOPERATORIO

Habitualmente mantenemos a los pacientes durante 10 días a dos semanas en cama, haciendo ejercicios. El tubo de avenamiento de muslo lo vamos retirando progresivamente a partir del tercer día.

No es de extrañar y en nuestros casos lo vimos con frecuencia, un corrimiento serohemático que en aquellos casos en se retira precozmente el tubo, se colecta y puede determinar problemas desagradables. Por ello es que mantenemos el avenamiento y el vendaje de muslo durante varios días.

COMPLICACIONES

En los 16 casos de nuestra serie, lo único que hemos tenido al principio, fue alguna colección serohemática, vinculada al hecho de haber retirado precozmente el avenamiento y no hacer vendaje. Puede quedar una molestia en la región inguinal, vinculada al tumor que forma la masa muscular del fascia-lata.

REPERCUSION FUNCIONAL

Ninguno de nuestros enfermos han relatado dificultad funcional en el muslo. No se ve la aparición de hernias musculares y la marcha se realiza normalmente, en general al darle el alta definitiva.

En lo referente al complejo músculo aponeurótico rotado, hemos encontrado en muchos enfermos que al contraerse la pared abdominal, el tumor formado por el músculo fascia-lata, se contrae francamente, como si hubiera una adaptación funcional, con la integración del complejo músculo aponeurótico a la pared abdominal. Es un hecho de observación que necesita la confirmación con exámenes paraclínicos.

RESULTADOS

En realidad, el tiempo de evolución de la mayoría de los pacientes intervenidos es algo corto como para poder sacar conclusiones de-

finitivas. Hasta el momento todos han sido buenos resultados y tenemos la convicción de que se trata de un procedimiento muy eficiente.

CONCLUSIONES

Frente a soluciones de continuidad muy importantes de la pared abdominal, donde se haga evidente una debilidad parietal, se plantea la solución con el aporte de materiales ajenos al sector que pueden ser de dos tipos: a) tejidos propios del individuo o b) materiales sintéticos, que por más que se perfeccionan, estos últimos nunca son totalmente inertes. Nosotros hemos visto complicaciones derivadas de su utilización. Frente a ellas están los propios tejidos del individuo, utilizados en algunos casos como autoinjertos piel, bandas de fascia lata, etc.) o como transposición musculares, como el caso que nos ocupa.

Es indudable que desde el punto de vista teórico, no puede existir mejor prótesis que la lograda con los propios tejidos del individuo, que conservan su vascularización e inervación, y por lo tanto si el éxito de una reparación tisular se hace en términos de tejidos vivos, este procedimiento se puede aproximar al ideal.

CASUÍSTICA

1.—N.R. 160649. H. de Cl. 49 años. Multioperada. Hace 11 años intervenida de vías biliares. Hace 7 años por mediana infraumbilical, histerectomía, y luego por eventración. Tres recidivas postoperatorias inmediatas. Operada de hernia umbilical. Al examen dos anillos fibrosos de 4 cms. de diámetro. Neumoperitoneo previo (2.600 c.c.).

Intervención: Resección de tejidos cicatrizados, para luego realizar el cierre borde a borde. Para ello fue necesario realizar incisiones de descarga sobre la pared lateral del abdomen. Refuerzo con fascia lata. Postoperatorio bueno. El último control a los dos años de operada: normal.

2.—N.R. 19078. H. de Cl. F.T. de R. 53 años. Operada 5 años antes del ingreso, de vías biliares. Incisión subcostal. Supuración parietal, billirragia. Eventración a los tres meses de crecimiento progresivo, especialmente en el sector externo. Al poco tiempo apareció una tumoración en el sector interno. Al examen se comprueba: 1) eventración en comisura externa de la incisión de 14 cms. de diámetro; 2) intercostoxifoideo de 8 cms. de anillo. Se practicó neumoperitoneo previo de 2.300 c.c.

Intervención: Resección de tejidos cicatrizales, cierre parietal con transposición de hoja anterior de vaina de recto izquierdo. Refuerzo con fascia lata.

Postoperatorio: sin accidentes.

3.—N.R. 165106. H. de Cl. C. N. de P. 58 años. En 1962, colecistectomizada por incisión subcostal. Desde 8 meses antes del ingreso, crece tumoración por delante de la parrilla costal y por delante de la cicatriz. Al examen el tumor es duro, fijo a las costillas de 15 cm. de diámetro.

Operación: Resección en block del tumor con pared abdominal, sector inferior de la parrilla costal, hasta sexta costilla, parte del hígado y diafragma. Se abre

la cavidad pleural. La reconstrucción parietal se realiza: sutura de diafragma a la pared costal y cierre de ambas comisuras. Queda una brecha de 20 por 12 cms. Rotación del fascia lata con lo que se cubre completamente el área.

Postoperatorio: Ileo que cede a las 72 horas. A los dos años fallece de afección intercurrente, estando perfecta la reparación parietal.

4.—N.R. 285757. H. de Cl. J. N. 42 años, sexo femenino. Operada 14 años antes, por incisión mediana infraumbilical, con diagnóstico de peritonitis, que resultó biliar. Eventración que recidivó en varias ocasiones. Al examen: obesa, que ha adelgazado. Eventración gigante, multisacular; la piel que recubre la eventración presenta trastornos tróficos. Neumoperitoneo previo al acto quirúrgico.

Operación: Se comprueba un anillo de 25 por 15 cms. Resección de tejidos cicatrizados, *omentectomía*, cierre borde a borde. Rotación del fascia lata. Postoperatorio sin incidentes.

5.—N.R. 16358. H. de Cl. D. M. D. 69 años. Dos operaciones por incisión verticales. Infraumbilical por oclusión por bridas. Al mes de la última aparece eventración. Al examen gran eventración infraumbilical mediana y paramediana derecha de 10 por 6 cms. de anillo.

Operación: Resección de tejidos cicatrizales, queda brecha de 10 por 10 cms. *Omentectomía* total. Cierre con afrontación de borde a borde. Refuerzo parietal con rotación del fascia lata. Último control a los 6 meses de operada, normal.

6.—N.R. 280725. H. de Cl. R. T. 62 años, mujer. Presenta una eventración de mediana infraumbilical a nivel de zona operada y eviscerada hace tres años. Gran eventración de 15 cms. cubierta sólo por piel, asas intestinales. Neumoperitoneo preoperatorio.

Operación: Anillo de 15 por 17 cms. Rotación del fascia lata. Al año, nuevo control, en perfectas condiciones sin modificaciones funcionales.

7.—N.R. 142686. H. de Cl. T.M. 65 años, sexo masculino. Ingresos por eventración herniaria, inguinoescrotal derecha. Tamaño de 25 por 30. Obeso, varicoso. Neumoperitoneo preoperatorio. Se comprueba en la *intervención*, hernia por deslizamiento. Se realiza la técnica de Morestin Laroque. Refuerzo con la rotación del fascia lata. Control al año y medio, normal.

8.—N.R. 145051. H. de Cl. A. Cl. Sexo masculino. Gran eventración de incisión paramediana infraumbilical derecha. En 1961 intervenido por apendicitis aguda. Hace una fistula de colon, luego ileal. Ello determinó sucesivas intervenciones. En diciembre de 1963 se intervienen por eventración, realizándose plastia de la pared. *Examen actual:* tumefacción de 30 cms. de diámetro que cae delante del pubis, piel ulcerada en la zona más prominente de la eventración. Neumoperitoneo en 6 secciones progresivas hasta completar 5 litros. *Intervención:* cura quirúrgica con rotación del fascia lata. Control a los dos años: normal.

9.—N.R. 262.813. H. de Cl. R.F. 56 años, sexo femenino. Dos años antes del ingreso, intervenida por litiasis biliar, por una incisión de mediana supraumbilical. Eventración posterior. Ella ocupa el sector medial e izquierdo de 15 por 15 cms. Neumoperitoneo previo (4 secciones de 750 c.c. y 1 litro por 3 secciones).

Intervención: El cierre de la brecha queda a tensión. Se realizó incisión de descarga sobre ambos rectos. Rotación del fascia lata izquierdo, se cubre totalmente la operación anterior. Líquido serohemático en el postoperatorio por la herida. Evolución normal. Control al año: normal.

10.—N.R. 290260. H. de Cl. D.C. 46 años, sexo femenino. Hace 8 meses operada de peritonitis apendicular. Flemón de pared. Gran eventración de Mac Burney de 8 por 4 cms.

Intervención: Gran alteración parietal. Rotación del fascia lata, ya que no se puede aproximar bien el oblicuo mayor. Buena evolución.

11.—N.R. 299260. H. de Cl. L.G. 73 años, sexo femenino. Cicatriz mediana infraumbilical de intervención ginecológica. Desde 3 a 4 años viene creciendo. Fue intervenida hace 20 años de su eventración. Anillo de 8 cms. de diámetro mayor. Neumoperitoneo.

Intervención: Se comprueba además una hernia inguinal izquierda. Omentectomía. Rotación del fascia lata.

12.—N.R. 95334. H. de Cl. O.M. 68 años, sexo femenino. Apendicectomía hace 34 años. Eventración, operada de la misma. La incisión parece Jalaguier. Luego operada de problema pelviano por la misma incisión. Eventración con gran crecimiento extraabdominal subcutáneo. Anillo de 8 por 4 cms.

Intervención: Cierre de la brecha y rotación del fascia lata. Postoperatorio sin particularidades.

13.—N.R. 13944. H. de Cl. J.B. 65 años, sexo masculino. Hernia con 10 años de evolución. Hipertenso. Obeso. Trabaja de changador. Gigantismo herniario, de 30 cms. de largo por 10 cms. de pedículo, irreductible. Hernia por deslizamiento. Pleuropulmonar, tránsito urinario y digestivo sin particularidades. El colon por enema certifica el deslizamiento. Antecedentes de infarto de miocardio. Neumoperitoneo previo. Realizada la cura quirúrgica se señala la debilidad de la pared. Se realiza entonces la rotación del fascia lata. En el postoperatorio sólo un hematoma de la logia del fascia lata.

14.—N.R. 167309. H. de Cl. M. Al. 70 años, sexo femenino. Gran eventración umbilical. Fue operada 4 veces. Cicatriz xifopúbica y transversa en ombligo. Neumoperitoneo previo.

Intervención: Gran eventración multisacular, importante fibrosis de la pared. Litiasis vesicular. Colectomía, omentectomía. Cierre de la brecha, llega hasta 7 cms. del xifoideas. Se cubre con fascia lata. Postoperatorio sin particularidades.

15.—N.R. 188465. H. de Cl. R.R. 64 años, sexo femenino. Eventración de paramediana supraumbilical. Comisura inferior de 8 cms. de diámetro. En la *intervención*, se realizó el cierre que queda a tensión, incisiones de descarga y se refuerza con fascia lata rotado.

16.—N.R. 231544. H. de Cl. M.C. 55 años, sexo femenino. Eventración de mediana infraumbilical recidivada. Diabética e hipertensa. Varicosa y obesa. Eventración de 12 cms. de diámetro, surcada por cicatrices. Neumoperitoneo previo. (3 secciones de 750 c.c. un litro, un litro). Hay que señalar que fue intervenida tres veces como intentos para solucionar su eventración.

Intervención: Reparación de la pared y rotación del fascia lata. Además se resecaron dos sacos herniarios de 7 y 8 cms. El control a los dos años: excelente.

RESUMEN

Se pone al día una técnica quirúrgica de fácil aplicación que debe estar en el arsenal terapéutico de todo cirujano, que se ve enfrentado a tratar grandes brechas de la pared abdominal.

Se puntualiza sobre los detalles de técnica, que los autores consideran de gran valor.

RÉSUMÉ

Mise à jour d'une technique chirurgicale d'application facile qui doit faire partie des ressources thérapeutiques de tout chirurgien ayant à s'attaquer à de grandes eventrations de la paroi abdominale.

L'accent est mis sur les détails de technique, que les auteurs considèrent de grande importance.

SUMMARY

The paper updates a surgical technique which is easy to apply and should be included among the therapeutic weapons of all surgeons who have to deal with large gaps in the abdominal wall. Details of this technique, considered by the authors as highly valuable, are discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLENDE, C. I. Gran eventración inguinoabdominal, esternocostopubiana. Cura radical por injerto de fascia lata. *Bol. y Trabajo de la Soc. de Cir. de Bs. Aires*, 22: 671, 1937.
2. FOSTER, G. The use of fascia lata in the repair of herniae. *Surg. Gyn. Obs.*, 63: 632, 1936.
3. GALLIE, W. and LE MESURIER. Late results of living suture operation in ventral and inguinal herniae. *Canadian M. Ass. J.*, 23: 165, 1930.
4. HORNBLAS, J. El fascia lata en las brechas del abdomen anterolateral. *Rev. Cir. Plástica del Urug.*, 5: 4, 1964.
5. LESNICK, G. J. and DAVIDS, A. Repair of surgical abdominal wall defect with a pedicled musculofacial flap. *Ann. Surg.*, 137: 569, 1953.
6. MCKENZIE, K. The repair of large abdominal herniae by muscle transplantation. *Brit. J. of Surg.*, 12: 28, 1924.
7. TROSTCHANSKY, J., BALBOA, O. y COLOMBO, M. La utilización del fascia lata en la reparación de grandes eventraciones del abdomen inferior. *El Día Méd. Uruguayo*, 438: 454, 1969.
8. VALLS, A. El trasplante muscular en los grandes defectos parietales y eventraciones subcostales. *Rev. Cirug. Plástica del Uruguay*, año v, 3: 20, 1964.
9. VARELA SOTO, R. La transposición del sistema musculoponeurótico del tensor de la fascia lata en la reparación de la pared abdominal anterolateral en su sector inferior, condicionada por la exéresis de los tumores desmoides. *Rev. de Cir. del Uruguay*, 35: 106, 1965.
10. WANGENSTEEN, O. Repair of recurrent and difficult hernias and other large defects of the abdominal wall employing the iliotibial tract, of fascia lata as a pedicled flap. *Surg. Gynec. Obst.*, 59: 766, 1934.

DISCUSION

DR. VALLS.— Esta comunicación es muy importante porque como dijeron los autores muy bien, le da un arma al cirujano para tratar las eventraciones y las grandes hernias.

Nosotros la hemos experimentado en la clínica gracias a la deferencia del Prof. Ardao, y pudimos hacer un primer trabajo con respecto a una enferma que fue presentada aquí, que era la resección del tumor desmoide del reborde costal, y hemos comprobado la eficacia del tratamiento. Y después lo hemos podido usar en una enferma con una eventración, y en una gran hernia inguinal, con gran resultado.

Además lo hicimos en el CASMU en una enferma que había recidivado cinco veces de una enorme eventración de una mediana infraumbilical, le hicimos esta técnica y también evolucionó perfectamente bien.

De modo que dominando su realización es relativamente sencilla y sus resultados son muy buenos.

En cambio, también tenemos la experiencia, la amarga experiencia, por suerte ajena en su inicio, de los resultados y las intolerancias a las mallas de plástico.

DR. RUBIO.— Yo he visto los excelentes resultados que se han obtenido con esta cirugía y he podido apreciar enfermos con varios años de evolución que se mantienen perfectamente bien. Y es una técnica que una vez de haberla visto hacer se puede decir que es una técnica fácil.

Desde luego, la fascia lata hace años que está en juego en materia de cirugía, y así es que el Dr. Senning

hace ya nueve años que inventó una técnica que lleva su nombre, mediante la cual reemplaza la válvula aórtica por una válvula hecha "in situ" con fascia lata. En el último Congreso Mundial de Cardiología realizado en Londres el año pasado, se puso en discusión cuál de las diferentes válvulas que se usaban en este momento para cirugía cardíaca era mejor. Vale decir, que se planteó allí la discusión amplia estando la mayor parte de los cirujanos gestores de estas técnicas. Por un lado poner las válvulas plásticas, por otro lado el homoinjerto y en tercer lugar el injerto "autologous" de fascia lata. Las conclusiones de esta Mesa fue que el reemplazamiento de las válvulas cardíacas con fascia lata era la que ofrecía mejores resultados actualmente.

DR. TROSTCHANSKY.— Agradecemos a los Dres. Valls, y Rubio por las versiones sobre esta técnica.

Nosotros actualmente también la estamos utilizando para reparar importantes hernias directas, ya que consideramos que el defecto parietal, la debilidad, puede ser compensado perfectamente con la aplicación del fascia lata como refuerzo parietal y hemos obtenido en ese aspecto muy buenos resultados.

De los 16 enfermos que tenemos operados más de 7 llevan 2 años sin complicaciones, ni anatómicas ni funcionales, y pensamos que lo seguiremos utilizando hasta que pueda existir algún otro elemento que lo pueda sustituir. Pero es una vieja técnica que hoy en día debe ser pensada y utilizada como arma para solucionar muchos defectos parietales de la pared abdominal. Muchas gracias.