

Sesión del 22 de Mayo de 1935

Preside el Prof. C. Nario

ORDEN DEL DIA

*La mioplastia del pectíneo en el tratamiento de la hernia inguinal
y crural del mismo lado.*

Prof. ADOLFO F. LANDIVAR y CESAR A. LEONI PARRAGUIRRE (de Buenos Aires)

Ha sido preocupación nuestra el problema de la cura radical de los herniados carentes de elementos músculo-aponeuróticos locales capaces de dar pie a una cura definitiva; en este sentido uno de nosotros ha tenido el honor de presentar a esta Sociedad, el fruto de nuestra experiencia en materia de cura radical de ciertas hernias inguinales por la mioplastia retrofunicular imbricada del Sartorio.

El problema se complica aún más, frente a la no común asociación de hernia crural e inguinal del mismo lado, en que el saco inguinal pertenece a la variedad retroinguinal (clasificación de Corbellini) pregonando este carácter la debilidad de la pared, sumándose además un relajamiento marcado de la arcada crural que hizo que Berger denominara: distensión de la ingle, a este binomio herniario.

Producida la hernia crural concomitante que en estos casos resulta por lo general mayor que la inguinal, la arcada sometida a ambas presiones, queda reducida a una simple lámina fibrosa carente de resistencia y que describe un arco flácido entre sus puntos extremos de inserción. Por esta razón, toda plástica local que busque en ella punto de apoyo, es ilusoria en cuanto a su carácter radical.

Debe el cirujano dirigir su vista hacia el ligamento de Cooper, elemento noble e inmutable aún en esas ingles vencidas, capaz de sostener con eficacia los puntos de sutura que en él se apoyen.

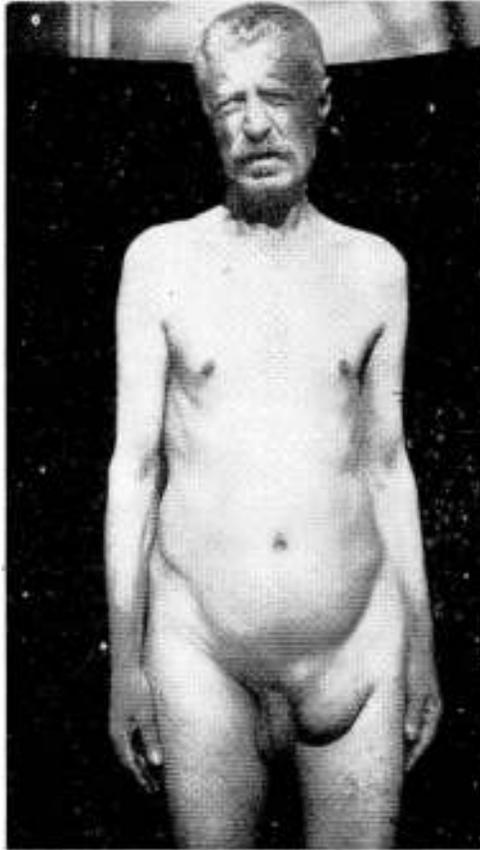
Un cirujano rumano: Tzaico, ha agregado un nuevo elemento de refuerzo, al llevar a la región un colgajo muscular que comprende al pectíneo en parte o en totalidad (1).

Frente al caso práctico que nos ofreció el internado ficha 764, de nuestro Servicio de Cirugía del Hospicio de las Mercedes, ensayamos

(1) **Al. Tzaico** (La Presse Médicale, 19 de Abril de 1924, pág. 344).

con éxito este procedimiento operatorio que dejó satisfecho al espíritu del cirujano.

Es nuestro objeto recordar ante Vds. la técnica y mostrar el resultado obtenido.



Fotografía N.º 1. — Hernia inguinal y crural del lado izquierdo.

Observación clínica (resumida).

E. N., árabe, 55 años, jornalero.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: sólo mencionaremos por ser de interés una antigua fractura de cuello de fémur izquierdo, consolidada viciosamente (*coxa-vara traumática*, que acorta en 5 ctms. esa extremidad).

Enfermedad actual: Desde el año 1927 se apercibe de la aparición en su ingle izquierda de una tumoración indolora con los caracteres habituales de las hernias; no ha presentado complicaciones agudas.

Estado actual: Nos concretaremos al examen local de la región; el resto de organismo no ofrece nada de particular.

Regiones inguino-abdominal y crural del lado izquierdo:

Tumoración bilobulada a gran bolsa inferior, crural, del volumen de un huevo

de avestruz y pequeña bolsa superior, inguinal, del tamaño de un huevo de gallina con todos los caracteres del bubonocoele; se hallan ambas separadas por un surco poco profundo que corresponde al sitio de la arcada crural (fig. 1 y 2).

Inmediatamente por debajo de la bolsa crural y ocultas por su relieve, existen dos cicatrices oblicuas, reliquat de adenopatías supuradas.

Ambas tumoraciones son reductibles, indoloras e incoercibles, sonora y gorgoteante la superior; la inferior da en cambio la macidez y pastocidad propias del epiplocele. El anillo crural, muy dilatado, admite cuatro pulpejos; en su parte más externa se percibe el latido de la arteria femoral.

El anillo inguinal admite dos pulpejos y la pared posterior del canal se presenta muy debilitada; ambos orificios están separados por la arcada crural, sumamente adelgazada.



Fotografía N.º 2. — Hernia inguinal y crural del lado izquierdo.

Operación: Setiembre 29 de 1934. Anestesia raquídea con percaína.

1.er tiempo. Incisión de los tegumentos, de acuerdo a la práctica habitual en las hernias inguinales; abertura del canal inguinal.

2.o tiempo: Tratamiento de los dos sacos herniarios: Previa disociación de la fascia transversalis se libera el saco retroinguinal que una vez abierto y reducida la masa intestinal que encierra, nos permite enganchar, traccionar y enuclear el voluminoso contenido epiploico del saco inferior o crural. Desocupado éste, lo luxamos hacia la región inguinal tal como en las habituales técnicas de operación de hernia crural por vía inguinal; en nuestro caso lo hacemos sin inconveniente alguno, pese al gran tamaño de la bolsa crural.

Convertidos ambos sacos en una sola bolsa bilobulada, la cerramos con una jareta interna practicada con catgut simple, resecaando luego el exceso.

3.er tiempo: captación del colgajo mioplástico del pectíneo.

Se moviliza y tracciona el labio inferior de la herida cutánea y a favor de dos separadores de Farabeuf, se ofrece a la vista del operador, el pectíneo recubierto por su aponeurosis, llevándose la denudación lo más cerca posible de su inserción inferior; el paquete vascular femoral queda hacia afuera, debiendo cuidarse de la peligrosa vecindad de la vena femoral.

Seccionamos longitudinalmente a bisturí la aponeurosis pectínea en ambos bordes verticales, desde unos dos o tres milímetros por debajo de la cresta pectínea hasta

lo más bajo que nos sea dado hacerlo; a este nivel unimos ambos trazos por otro transversal (ver fig. 3) y a dedo, penetrando por la incisión externa de la aponeurosis, labramos un túnel por detrás del pectíneo, levantándolo como levanta el puente a una cuerda de violín. Con esta maniobra se ofrece fácilmente el cuerpo muscular para ser seccionado transversalmente cerca de su inserción inferior: se debe insistir en tallarlo bien largo para compensar la inmediata retracción muscular.

Obtuvimos así un espeso colgajo rectangular de 6 cms. de largo por 4 ½ cms.

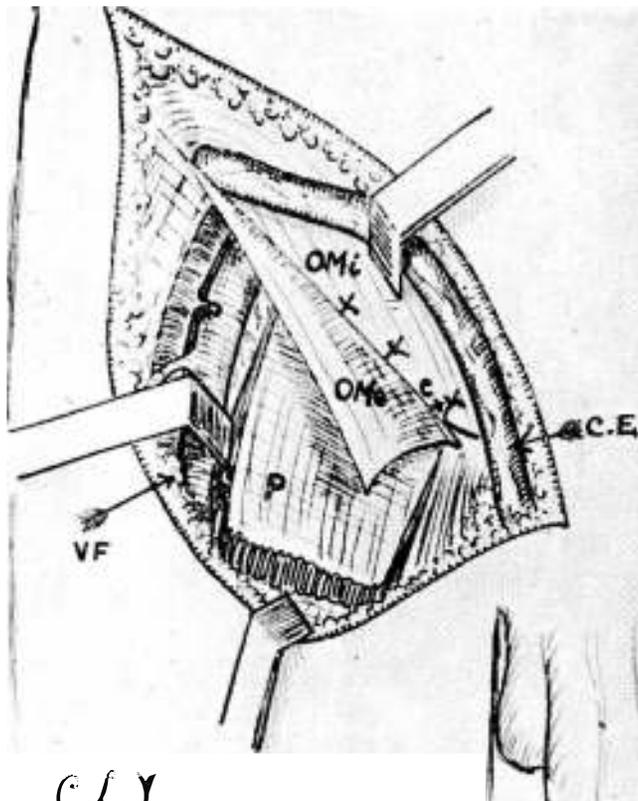


Figura N.º 3. — Operación de Tzaico, modificada. (Esquema).

V. F. — Vena femoral.

P. — Colgajo mioplástico del pectíneo con su aponeurosis.

● Mi. — Aleta súpero-interna de la aponeurosis del oblicuo mayor.

○ Me. — Aleta infero-externa de la aponeurosis del oblicuo mayor.

C. E. — Cordón espermiático.

C. — La flecha indica el nivel y la situación profunda del ligamento de Cooper.

de ancho, insertado por arriba en la cresta pectínea y doblado por la aponeurosis en su cara anterior.

4.º tiempo: Sutura retrofuncular del oblicuo mayor, transverso, tendón conjunto y aleta supero-interna de la aponeurosis del oblicuo mayor al ligamento de Cooper.

Con aguja curva practicamos la sutura con tres puntos separados de seda, de los elementos mencionados, cuidando en la parte externa de no interesar la vena femoral (figura 3).

5.º tiempo: Traslación del músculo pectíneo a la región inguinal.

Sección del ligamento de Gimbernat siguiendo su bisectriz y pasaje a través de esta brecha, del colgajo pectíneo a la región inguinal por debajo de la arcada. En su traslado, el pectíneo queda por detrás del cordón espermático y con sus caras invertidas, sirviéndole de charnela su inserción superior a la cresta pectínea que ha sido conservada.

Fijamos este colgajo muscular con tres puntos en U, de catgut crómico para no desflecarlo, a la cara anterior del plano músculo-aponeurótico ya suturado al ligamento de Cooper (fig. 4).

6.º tiempo: Sutura de la aleta infero-externa de la aponeurosis del oblicuo mayor a la cara anterior del pectíneo. Esta fijación debe practicarse con puntos sepa-

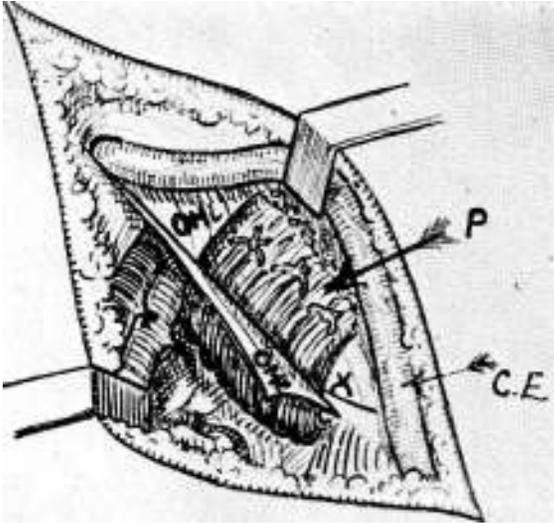


Figura N.º 4. — Operación de Tzako, modificada. Rebatimiento y fijación del colgajo mioplástico. (Esquema).

O. Mi. — Aleta súper-interna de la aponeurosis del oblicuo mayor.

O. Me. — Aleta infero-externa de la aponeurosis del oblicuo mayor.

P. — Colgajo mioplástico del pectíneo, fijado al plano músculo-aponeurótico ya suturado al ligamento de Cooper.

C. E. — Cordón espermático.

C.L.V.



rados de catgut simple, cuidando de no estrangular la emergencia del cordón espermático, situada frente al orificio interno del canal inguinal.

Siendo retrofuncicular la totalidad de la plástica efectuada, el cordón espermático queda pues subcutáneo (fig. 5).

7.º tiempo. Por fuera y arriba de la emergencia del cordón espermático, es conveniente practicar dos puntos de plegamiento con seda, tomando en masa, arcada de Poupart y músculos anchos de la pared anterior del abdomen.

8.º tiempo. Sutura del tejido célula adiposo con catgut fino y de la piel con crín de Florencia.

Evolución post-operatoria. Nuestro operado tuvo una cicatrización por primera intención, abandonando el lecho a los 15 días del acto operatorio.

Dado de alta reanuda sus pesadas tareas de horticultor en la Colonia de Aliena-
dos de Oper Door.

Revisto el 14 de marzo del corriente año, vale decir ocho meses después de la
intervención, se encuentra en perfectas condiciones no acuzando molestia alguna (fi-
gura 6).

COMENTARIOS

Hemos seguido en esta intervención la técnica de Tzaico, introdu-
ciendo algunas modificaciones que a nuestra manera de ver la mejoran
y que son fruto de nuestra experiencia en materia de mioplastías com-
plementarias, en el tratamiento de hernias y eventraciones voluminosas.

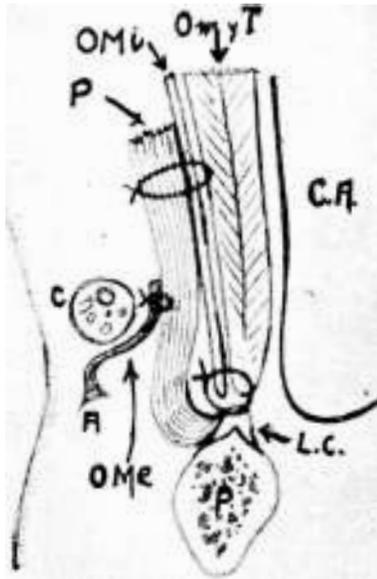


Figura N.º 5. — Operación de Tzaico, modificada. (Corte vertical antero-posterior). (Esquema mostrando la imbricación de los planos).

L. C.: Ligamento de Cooper. — P.: Rama horizontal del pubis. — C. A.: Cavidad abdominal. — A.: Arcada crural. — Om. y T.: Oblicuo mayor y transverso.

O. M. — Aleta supero-interna de la aponeurosis del oblicuo mayor.

O. Me. — Aleta infero-externa de la aponeurosis del oblicuo mayor.

P. — Colgajo mioplástico del pectíneo.

C. — Cordón espermático.

C.L.Y.

Hemos conservado la aponeurosis pectínea anterior, asaz distinta en el colgajo mioplástico, aumentando de esta manera su solidez y facilitando la hemostasia.

Además involucramos en el primer plano profundo, la aleta supero-interna del oblicuo mayor del abdomen, dando así mejor punto de apoyo a los hilos de sutura de ese plano, al mismo tiempo que se le refuerza.

Reputamos fundamental el hecho que todos los planos de la plástica resultan **retrofuniculares** y fijados sobre el siempre sólido ligamento de Cooper, directa o indirectamente.

Por último, el pectíneo neo-insertado queda en gran parte cu-

bierto por la aleta infero - externa de la aponeurosis del oblicuo mayor, sobre él, imbricada.

No dejamos de reconocer que por razones anatómicas, el colgajo



Figura N.º 6. — El paciente a los ocho meses de la intervención.

Se aprecian las cicatrices oblicuas de la región inguino - crural consecutivas a adenopatías supuradas antiguas y que se ocultaban tras el voluminoso tumor herniario. En la región inguino - abdominal se ve la cicatriz operatoria.

mioplástico, contrariamente a lo que ocurre en la ya citada mioplastia del sartorio, está abocado a la involución fibrosa, por sufrir la pérdida de la mayoría de sus elementos vásculo - nerviosos; sin embargo, no deja de constituir un material de refuerzo no despreciable.

Formas frustras de las fracturas del cuello del fémur

Prof. ADOLFO F. LANDIVAR y Dr. CESAR LEONI IPARRAGUIRRE (de Buenos Aires)

El objeto de esta breve comunicación es poner de relieve una modalidad de las fracturas del cuello del fémur a menudo descuidada por el médico práctico, capaz de producir al traumatizado serias consecuencias funcionales, si no es correctamente tratada.