

ARTICULOS ORIGINALES

# Recidivas herniarias inguinales

Dres. Fabio Croci, Carmelo Gastambide y Eneas Terra

Las recidivas en la hernia inguinal son hoy, como ayer, una complicación harto frecuente de esta cirugía. Su presencia no sólo indica el fracaso de una técnica quirúrgica, sino que encierra un error anatómico-quirúrgico, un desconocimiento dinámico y por sobre todo la responsabilidad del cirujano.

Los autores estudian 248 recidivas tratadas en el último decenio, en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado.

Se analizan las características clínicas y anatómico-quirúrgicas de los casos, se estudian los posibles mecanismos de la falla así como la solución adoptada y se propone una nueva nomenclatura.

La mayoría de los casos estudiados (60 %) corresponden a pacientes cuyas operaciones previas no fueron efectuadas en la Institución.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Hernia inguinal.

## INTRODUCCION

Las recidivas herniarias inguinales (RHI) son un problema de indudable jerarquía y frecuencia (1, 3, 6, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 23, 24).

Dijo Fallis (5, 6): "Toda hernia es curable por métodos quirúrgicos." Sin embargo, pese a ello, un determinado porcentaje, dependiendo del cirujano, de su técnica quirúrgica, de la enfermedad y del enfermo (13), reaparecen.

Este problema tiende empero a ser minimizado o incluso despreciado. Dijo Da Costa (2): "La mayoría de los cirujanos dan escasa importancia a las recurrencias." Pero, el enfermo no.

Afirma Watson (23) en su libro: "La recidiva herniaria inguinal es un tema que muchos cirujanos no gustan de discutir y sólo se le hace una breve mención en la mayoría de los textos de cirugía general." Ambas afirmaciones reflejan buena parte de la verdad, aunque no toda. La situación real de esta patología es, pese a todo, poco conocida en razón de las dificultades de su correcto seguimiento, de su estudio estadístico y de la escasa importancia que se confiere al tema.

*Central de Servicios Médicos. Banco de Seguros del Estado. Montevideo.*

A pesar de estas dificultades, numerosas series (5, 17, 19, 21) dan porcentajes de recurrencia entre el 5 y el 30 %. Esto significa que en numerosas series 2 de cada 10 reparaciones herniarias fracasan promedialmente.

La profusión de técnicas y detalles técnicos de esta cirugía sólo señalan el alto índice de fracasos.

## MATERIAL Y METODOS

Se estudian 240 pacientes con RHI, operados en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado, en el último decenio, con seguimientos mayores de un año.

En ese período se operaron en total 2936 hernias inguinales, representando las recidivas un 8.45 % del total de operaciones.

De estos 240 pacientes, 237 (98.75 %) fueron hombres.

En 8 de estos enfermos la recidiva fue bilateral simultánea, siendo por lo tanto 248 RHI.

De las RHI, 160 ocurrieron a derecha y 88 a izquierda.

Un 60 % de los pacientes fueron operados en primera instancia fuera de la Institución (Cuadro I).

Se estudia en la serie el tipo de hernia previa, su reparación primaria, el tiempo transcurrido luego de ella, la edad de los pacientes, el tipo de recidiva y su reparación, y su seguimiento ulterior, y en base a estos elementos se analizan los conceptos patogénicos, los fundamentos fisiopatológicos y biomecánicos y se propone una nueva terminología.

**EDAD DE LOS PACIENTES:** (Cuadro 2) La mayoría de las RHI (195 casos) se ubicaron entre los 31 y 60 años, con un pico máximo (83 casos) entre los 41 y 50 años.

Vinculadas a ella está la aparición de las taras generales, cardio-respiratorias, digestivas y urológicas.

**TIPO DE HERNIA PREVIA:** (Cuadro 3) La mayoría de las hernias previas fueron oblicuas externas (OE) (147 unilaterales y 21 bilaterales). Las hernias directas fueron vistas en 74 ocasiones (61 unilaterales y 13 bilaterales).

De las hernias OE, 34 fueron a forma inguino-escrotal.

**REPARACION ORIGINAL:** (Cuadro 4) En 207 ocasiones las reparaciones primarias emplearon la arcada crural como estructura de

Tema libre presentado al XXXI Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1980.

Asistentes de Clínica Quirúrgica Fac. Med. Montevideo y Médico Cirujano del M.S.P.

Domicilio: Yaguarón 1581, Ap. 302, Montevideo. (Dr. F. Croci)

amarre. El ligamento de Cooper fue utilizado en 34 oportunidades.

Todas las hernias bilaterales fueron reparadas por el mismo procedimiento a ambos lados.

**TIEMPO TRANSCURRIDO:** (Cuadro 5) En cuanto al tiempo transcurrido entre la reparación primaria y la instalación de la recidiva, se destaca que 192 casos ocurrieron en los 6 primeros años posteriores a la misma y un 40 % en los 2 primeros años.

El caso más precoz de la serie se instaló a los 10 días y el más alejado a los 36 años.

**NUMERO DE RECIDIVA:** (Cuadro 6) En 215 pacientes fue la primera RHI; de ellos 35 volvieron a recidivar.

Los 23 pacientes restantes ya tenían de 2 a 4 recidivas previas.

En 19 casos se trató de hernias recidivantes (más de 3 recidivas).

CUADRO I  
PRIMERA OPERACION

C. S. M.	96	40.00 %
HOSPITAL	42	17.50 %
INTERIOR	46	19.17 %
MUTUALISTA	56	23.33 %

CUADRO II  
EIDADES

Menor 20	3	1.25 %
21 - 30	24	10.00 %
31 - 40	52	21.67 %
41 - 50	83	34.58 %
51 - 60	60	25.00 %
61 - 70	16	6.67 %
Mayor 70	2	0.83 %

CUADRO III  
TIPO DE HERNIA PREVIA

UNILATERAL:	214
O.E	147
DIRECTA	61
MIXTA	6
BILATERAL:	34
O.E	21
DIRECTA	13

O.E. — I.E. = 34

CUADRO IV  
REPARACION ORIGINAL

BASSINI	166
HALSTED	34
ANDREWS	7
Mc VAY	27
FRUCHAUD	7
MARCY	1
PREFUNCULAR	6

CUADRO V  
TIEMPO TRANSCURRIDO

Menor 2	97	40.42 %
3 - 4	58	24.17 %
5 - 6	37	15.42 %
7 - 8	12	5.00 %
9 - 10	16	6.66 %
Mayor 10	20	8.33 %

CUADRO VI  
NUMERO DE RECIDIVA

	NUEVAS RECIDIVAS			
	Una vez		Dos veces	
PRIMERA	225	90.73 %	30	13.33 %
SEGUNDA	13	5.24 %	2	15.38 %
TERCERA	7	2.82 %	1	14.28 %
CUARTA	3	1.21 %	1	33.33 %

**TARAS CONCOMITANTES:** La presencia de taras en el terreno, cardiorespiratorias, digestivas y urinarias se detectó en 101 casos (42,08 %).

**TIPO DE RECIDIVA:** (Cuadro 7) Se dividen las recidivas, en un enfoque etiopatogénico primario, en externas, internas y totales. Las primeras ocurren en el orificio de pasaje del cordón, las segundas en la pared posterior del canal y las últimas comprometen ambos sectores. Estos hallazgos fueron respectivamente de 102, 86 y 53 casos. (3, 6, 20)

En 7 casos, la recidiva apareció como una hernia crural (todas reparaciones previas al ligamento de Cooper). (15)

La recidiva apareció bruscamente frente a esfuerzos físicos desmesurados en 18 casos

(7.25 %), en los restantes fue de instalación progresiva.

El cordón espermático se encontraba como tal en 193 reintervenciones y disociado en las restantes 55.

**REPARACION EFECTUADA:** (Cuadro 8) En 35 casos se procedió simplemente al cierre del defecto (todas recidivas externas). En 61 ocasiones se realizó una nueva herniorrafia a la arcada crural. En 112 casos se practicaron procedimientos utilizando el ligamento de Cooper. En los 40 casos restantes se llevaron a cabo hernioplastias con materiales protésicos (malla de polipropileno en esta serie).

Su vinculación a la aparición de nuevas recidivas se estudia en el mismo cuadro.

**SEGUIMIENTO DE LOS CASOS:** (Cuadro 9) Este abarca desde 1 a 10 años. En 142 pacientes es mayor de 5 años.

CUADRO VII  
TIPO DE RECIDIVA

	SACO	49		
	SACO O.E.	41	102	41.43 %
EXTERNA	SIN SACO	12		
	CON SACO	56		
			86	34.68 %
INTERNA	SIN SACO	30		
TOTAL		53		21.37 %
CRURAL		7		2.82 %

CUADRO VIII  
REPARACION

TECNICA	Nº	RECIDIVAS	%
CIERRE DEFECTO	35	7	20.00 %
ARCADA	61	22	36.06 %
COOPER	112	12	10.28 %
HERNIOPLASTIA	40	1	2.50 %

CUADRO IX  
SEGUIMIENTO

1 - 2	57	23.75 %
3 - 4	41	17.08 %
5 - 6	51	21.25 %
7 - 8	46	19.17 %
9 - 10	45	18.75 %

CUADRO X  
MECANISMO DE FALLA

CONOCIDO	186	75 %
DESCONOCIDO	62	25 %
TIPO DE FALLA		

CUADRO XI  
TIPO DE FALLA

TECNICAS	112	60.22 %
NO TECNICAS	74	39.78 %

**MECANISMO DE LA FALLA:** (Cuadro 10) En 186 casos pudo llegarse a conclusiones válidas en cuanto a la causa de la falla. En los restantes no fue posible establecerlo con certeza.

En 112 casos se evidenciaron fallas técnicas evidentes; en el resto de los casos se comprobaron alteraciones anatómicas, dinámicas y biológicas responsables de la falla.

COMENTARIO

A priori resulta difícil delimitar si una recidiva es tal o si se trata de una eventración herniaria, en muchos casos, como se ha observado en esta serie. Por ello sería preferible emplear el término re-herniación, que sólo hace referencia a la reaparición de la hernia sin afirmar ningún concepto patogénico.

Resulta conveniente dividir las en externas, internas y totales porque cada una de ellas responde a situaciones patogénicas propias.

Esta re-herniación puede instalarse bruscamente frente a esfuerzos físicos desmesurados, siendo entonces una verdadera ruptura del amarre fibroso, o ser progresiva (en la mayoría de los casos ocurre así) instalándose ya en el postoperatorio inmediato y desarrollándose a lo largo de un período más o menos prolongado.

Esta re-herniación puede traducir una falla pura del amarre (hernias sin saco, con orificio y grasa) o una reaparición o persistencia de la falla profunda (7, 8) (en cuyo caso siempre tienen saco).

Un número grande sin embargo, son auténticas persistencias (saco OE mal tratado por mal conocimiento de la enfermedad peritoneal o saco OE ignorado en la primera operación).

La división de las RHI en externas, internas y totales, tiene además importancia para fundamentar los criterios de reparación.

Las externas tienden a tratarse con un simple cierre del defecto o una nueva herniorrafia a la arcada crural, con un alto índice en ambos casos de nuevas recidivas, lo que traduce en los hechos el error patogénico conceptual en el enfoque de esta patología.

El criterio empleado fue diferente para las recidivas internas y totales, donde se recurrió

a procedimientos al ligamento de Cooper o a la realización de hernioplastias. En esta serie los primeros recidivaron nuevamente en un 10,28 %, y las hernioplastias en el 2,5 %.

En todos los casos tiene mucha importancia la presencia de un cordón espermático indemne, porque ello permite evitar muchas lesiones urológicas y en general en estos casos, la anatomía quirúrgica está más respetada.

En nuestra serie, en 7 reparaciones originales al ligamento de Cooper, se observa luego la aparición de una "hernia crural", debiendo ser éstas consideradas sin discusión reherniaciones. Todas fueron reparadas por vía inguinal mediante hernioplastias al ligamento de Cooper, sin recidivas ulteriores hasta el momento actual.

En 19 casos, la enfermedad herniaria adquiere una marcha autónoma que las convierte en hernias recidivantes (3). Todas fueron reparadas posteriormente, en algún momento de su evolución, mediante hernioplastia con malla sintética, con una sola reherniación posterior a este procedimiento.

## CONCLUSIONES

De todo lo aportado los autores obtienen las conclusiones siguientes:

1º) Las RHI son siempre una patología de jerarquía con una morbilidad e incapacidad laboral importante.

2º) Del estudio de las mismas se desprende que siempre existe una gran responsabilidad del cirujano.

3º) Un 7.6 % se convierten en hernias recidivantes, problema de difícil solución y que siempre debe ser encarado como una destrucción parietal total, exigiendo su reemplazo por un material protésico.

4º) En base a los hallazgos operatorios y los conceptos patogénicos expuestos, puede, con poco margen de error, seleccionarse una técnica adecuada a cada caso en particular, con una baja expectativa de nueva recidiva.

5º) Se insiste en la necesidad de un correcto seguimiento como único mecanismo válido para poder hablar con exactitud de la bondad de una determinada técnica quirúrgica.

## RESUME

### Recidives des hernies inguinales

Les récidives des hernies inguinales sont aujourd'hui comme hier une complication trop fréquente dans cette chirurgie. Leur présence indique non seulement l'échec d'une technique chirurgicale, mais elle implique aussi une erreur anatomopathologique, une méconnaissance dynamique et surtout la responsabilité du chirurgien.

Les auteurs étudient 248 récidives traitées, pendant la dernière décennie, dans la Centrale de Services Médicaux de la Banque d'Assurances de l'Etat de Montevideo.

On analyse les caractéristiques cliniques et anatomochirurgicales des cas; on étudie les mécanismes possibles de la faille ainsi que la solution adoptée et on propose une nouvelle nomenclature.

La plupart des cas étudiés (60 %) correspondent à des patients dont les opérations préalables n'avaient pas été effectuées dans l'Institut.

## SUMMARY

### Recurrency of inguinal hernia

Today, as in the past, inguinal herniation recurrences constitute a frequent complication of this type of surgery. They not only indicate failure in surgical technique, but involve an anatomo-surgical error, disregard of dynamics and, most of all, the surgeon's responsibility.

The authors have studied 248 recurrences treated within the last decade in the Central Medical Services of the State Insurance Bank of Montevideo.

They have analyzed clinical and anatomo-surgical characteristics of the series, possible failure mechanisms and solutions adopted. They also propose a new nomenclature.

The majority of the cases studied (60 %) correspond to patients whose prior operations had not been performed in the mentioned institution.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHIFFLET, A.: Hernia inguinal recidivada. Temas para Graduados, II. Clínica Prof. Piquinela. 1967, p. 27.
2. DA COSTA, J. C.: Modern Surgery. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1926, p. 1152.
3. DETRIE, Ph. et ELGHOZI, L.: Hernies inguinales récidivées et récidivantes. Nouv. Presse Med. 6:3425; 1977.
4. DUNPHY, J.E.; HALL, A.D.; LINDNER, H.H.: Hernias and others lesions of the abdominal wall. En: "Current Surgical Diagnosis and Treatment". Lange, 1979, p. 678.
5. FALLIS, I.S.: Inguinal hernia: a report of 1600 operations. Ann. Surg. 104:403; 1936.
6. FALLIS, I.S.: Recurrent inguinal hernia. An analysis of 200 operations. Am. J. Surg. 106:363; 1956.
7. FRUCHAUD, H.: Anatomie chirurgicale des hernies de l'aîne. Paris, G. Doin, 1956.
8. FRUCHAUD, H.: Le traitement chirurgical des hernies de l'aîne chez l'adulte. Paris, G. Doin, 1956.
9. GLASSOW, F.: Inguinal hernia in the female. Surg. Gynecol. Obstet. 116: 701; 1963.
10. KOONTZ, A.R.: Hernia. New York. Appleton-Century-Crofts, 1963, p. 203.
11. KOONTZ, A.R.: The problem of recurrent inguinal hernia. Texas State J. Med. 55:156; 1959.
12. KOONTZ, A.R.: Inguinal hernia: some causes of recurrence. Am. J. Surg. 82:474; 1951.
13. LARGHERO IBARZ, P.: Evenciones Profilaxis y Tratamiento. Directivas fisiopatológicas, anatómicas y técnicas. Congreso Uruguayo de Cirugía, 3º 1952, p. 221.
14. LEVY, A.H.; WREN, R.S.; FRIEDMAN, M.N.: Complications and recurrences following inguinal hernia repair. Ann. Surg. 133:533; 1951.
15. LUDINGTON, L.G.: Femoral hernia and its management. With particular reference to its occurrence following inguinal herniorrhaphy. Ann. Surg. 148:823; 1958.
16. MEHNERT, J.H.; BROWN, M.J.; KROVITIL, W.; WOODWARD, B.: Indirect recurrences of inguinal hernias. Am. J. Surg. 106:958; 1963.
17. MI GO, O.J.; LEVY, D.E.; ROSILO, M.F.: Hernia inguinal recidivada. Control de 1010 pacientes inter enidos por hernia inguinal simple. Prensa Universitaria 533:8595; 1977.
18. MUSSO, R.: Comunicación personal.
19. MUSSO, R.; Q INTERO, A.; FRANCESCOLI, D.: Nuevo procedimiento para la cura quirúrgica de las hernias inguino-crurales. Congreso Uruguayo de Cirugía 14º 1963, v. I, p. 138.
20. POSTLETHWAIT, R.W.: Causes of recurrence after inguinal herniorrhaphy. Surgery 69:772; 1971.
21. TELLE, L.D.: Inguinal and femoral hernia. A review of 1694 cases. Am. J. Surg. 93:433; 1957.
22. THIEME, E.: Recurrent inguinal hernia. Arch. Surg. 103:338; 1971.
23. WATSON, L.F.: Hernia. St. Louis, Mosby 1948, p. 281.
24. WEINSTEIN, M.; ROBERTS, M.: Recurrent inguinal hernia: follow-up study of 100 postoperative patients. Am. J. Surg. 129:564; 1975.