

## Tratamiento de la Hernia Inguinal Bilateral y Recidivada Mediante Plastia Preperitoneal con malla.

Dres. Hugo Maglione\*, Ricardo Mayol\*\*, Marcos Torres\*\*, Antonio Veroli\*\*, Guillermo Rocca\*\*

*Clínica Quirúrgica "2" Prof. Director Dr. Uruguay Larre Borges. Hospital Maciel-Facultad de Medicina. Montevideo - Uruguay.*

Presentado como Tema Libre en el XXXII Congreso Uruguayo de Cirugía. Carmelo, 26-29 de noviembre de 1981 Uruguay.

\* Asistente de Clínica Quirúrgica.

\*\* Médicos auxiliares.

Dirección: 19 de abril 230. Carmelo, Colonia (Dr. H. Maglione)

### RESUMEN

Se señalan las ventajas del abordaje preperitoneal por incisión mediana infraumbilical para el tratamiento de la Hernia inguinal bilateral y las recidivas herniarias.

Se describen aspectos técnicos de la plastia con grandes mallas sintéticas utilizando esta vía.

Se presenta la casuística de 24 pacientes tratados sin rechazo de la malla ni recidivas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) Medlars: Hernia inguinal

### SUMMARY

Treatments of inguinal hernia with sintetic grafts.

Advantages of preperitoneal approach by midline subumbilical incision, for treatment of bilateral inguinalis hernia and hernial recurrency are remarked.

Technical aspects of plastia with sintetic grafts using this approach are described.

A serie of 24 cases without graft elimination non recurrency are presented.

### INTRODUCCION

El tratamiento de la hernia inguinal y crural está gravado por una serie de problemas; entre ellos merecen destacarse:

- El tratamiento de las formas bilaterales.
- La frecuencia y el tratamiento de las recidivas.

Como forma de encarar estos problemas surgió entre otros el acceso por vía preperitoneal. Muchos autores se han referido al tema (1,2,3,4,8). Entre ellos merecen destacarse:

- Henry(5), que en 1936 utiliza el abordaje preperitoneal mediante incisión mediana infraumbilical para tratar un caso de hernia crural bilateral;

- Mahorner y Goss(6), que en 1960 emplean en 2 casos de recidivas herniarias voluminosas un parche de piel colocado en el espacio preperitoneal;

- Rives, Stoppa, Forteza y Nicaise(9), que en 1968 describen un método que utiliza el abordaje preperitoneal mediante la incisión mediana infraumbilical descrito por Henry y un procedimiento de plastia

preperitoneal con muchas similitudes técnicas al descrito por Mahorner y Goss, pero utilizando en este caso mallas sintéticas. Estos autores destacan como ventajas del procedimiento(10,11),:

- Acceso fácil y exangüe del sector parietal sin deterioro anatómico o funcional de la "zona débil" herniaria.

- Excelente exposición del orificio musculopectíneo.

- Disección fácil y precisa del cuello del saco.

- Plastia parietal con material maleable, resistente, de excelente tolerancia en este espacio, permitiendo el abordaje la utilización de piezas de gran tamaño.

Este último es uno de los principios fundamentales del método; las mallas de pequeño tamaño se pueden desplazar, mientras que las grandes mallas que cubren prácticamente todo el sector infraumbilical del hemiabdomen inferior si se fijan en sus ángulos es muy poco probable que se desplacen, ya que la presión de la bolsa peritoneal las aplica contra el sector parietal (7).

Desde 1980 hemos empleado este procedimiento para tratar la hernia inguinal bilateral y las recidivas herniarias. El presente trabajo se basa en una experiencia de 24 casos tratados hasta la fecha.

### ASPECTO TECNICO

- Incisión mediana infraumbilical amplia. Se seccionan los planos parietales hasta el plano preperitoneal.

- Decolamiento preperitoneal. Las maniobras se ven facilitadas si se decola inicialmente el espacio prevesical por detrás del pubis. Hacia los lados se expone el músculo Psoas ilíaco. En el sector ínguido-crural quedan expuestos el cordón espermático, los orificios herniarios crural e inguinales y los vasos ilíacos.

- Se carga el cordón espermático con una cinta hilera.

- Disección del o de los sacos herniarios; en la hernia oblicua externa con saco voluminoso se abre el mismo y se abandona abierto el sector distal en el conducto inguinal, ya que su resección puede provocar hematomas de la región; en la hernia directa puede no ser necesaria la apertura del saco en la hernia por deslizamiento se realiza su tratamiento con un procedimiento similar al descrito por Morestin La Roque, ya que este abordaje lo permite; el lipoma se reseca; el saco crural se reseca.

- Se puede en este tiempo realizar la exploración del abdomen por el orificio del cuello del saco que en general es amplio.

- Cierre del cuello del saco luego de liberarlo de las estructuras del cordón espermático si está adheridos a ellas.

- Se repite el procedimiento del lado contralateral si es necesario.

- Control cuidadoso de la hemostasis ya que la constitución de hematomas en el espacio que va a ocupar la malla puede ser origen de complicaciones.

- Interposición de una amplia pieza de Marlex, Prolene o Dacrón en el espacio preperitoneal. De estos materiales preferimos los dos primeros por ser superiores de acuerdo a sus características físicas. La malla puede colocarse en el espacio preperitoneal de diferentes modos. Nosotros preferimos colocar una amplia malla de forma rectangular que se calza en los cordones (se realiza una hendidura en raqueta de la malla con este fin; ver fig. 1). Hacia abajo se insinúa la malla en el espacio retroúblico, hacia los lados, se lleva hasta el psoas y hacia arriba, hasta el sector inmediatamente sub-umbilical, de modo que cubre todo el sector infraumbilical de la pared abdominal anterior. En algunos casos realizamos la fijación de la malla en los ángulos mediante puntos separados de hilo irreabsorbible para mantenerla en posición hasta que sea incorporada al organismo por el tejido conjuntivo que prolifera a través de su trama.

- Destacamos que no realizamos ningún procedimiento autoplástico a nivel del defecto parietal. Tampoco drenamos el espacio preperitoneal.

- Cierre de la incisión por planos.

Este procedimiento resulta fácil y rápido luego de familiarizarse con el acceso.

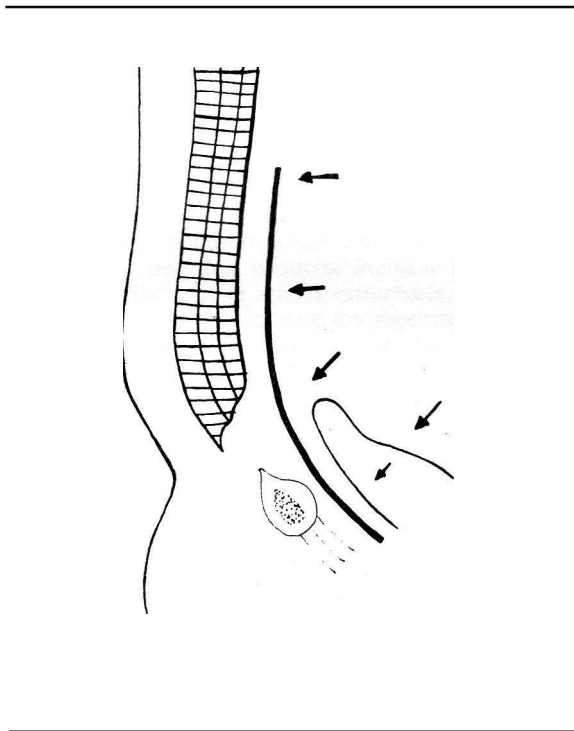


Fig. 1.- La malla se coloca en el espacio preperitoneal y prevesical.

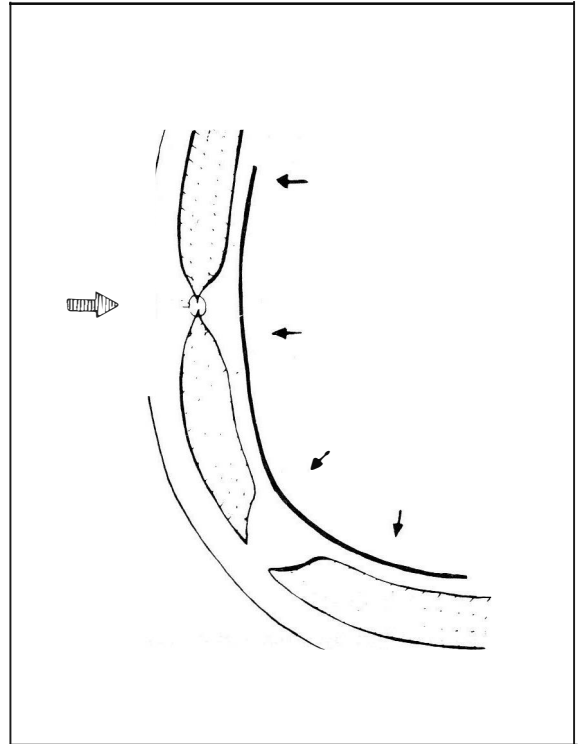


Fig. 2.- La malla debe rebasar ampliamente el defecto parietal

## CASUISTICA

Desde hace un año hemos tratado 24 pacientes (22 hombres y 2 mujeres) portadores de 45 hernias inguinales bilaterales o recidivas herniarias. 21 pacientes presentaban formas bilaterales mientras que 3 presentaban formas unilaterales.

Sus edades oscilaban entre los 46 y los 85 años.

13 pacientes eran delgados, mientras que 11 eran moderadamente obesos.

El defecto parietal tratado consistía en 39 hernias y 6 recidivas herniarias. De las 39 hernias, todas eran inguinales, 22 oblicuas externas (18 bilaterales; 3 unilaterales), 5 de ellas por deslizamiento: 15 hernias eran directas (12 bilaterales; 3 unilaterales).

Se consideró una contraindicación para la elección del método, la existencia de un proceso infeccioso parietal.

La pared abdominal fue considerada regular en 5 pacientes y mala en 19 pacientes. La malla utilizada fue de Marlex en 10 pacientes, de Dacrón en 8 y de Prolene en 6.

Se presentaron complicaciones en 8 pacientes: infección de la herida en 3 de ellos en 2 la infección estaba localizada en el celular subcutáneo, mientras que en el restante, la infección llegó al espacio preperitoneal observándose directamente la malla. En este caso, se intentó extraer la prótesis pero como ello no se logró con facilidad, se la dejó colocada. Se realizó drenaje y tratamiento con antibióticos y el paciente mejoró cerrando por segunda la brecha parietal. Se

presentaron hematomas de las bolsas en dos casos (en estos casos se resecó completamente un saco oblicuo externo voluminoso, método que no utilizamos más). Un paciente presentó un hematoma del celular y 3 pacientes presentaron colecciones serosas del espacio preperitoneal que fueron tratadas mediante punciones reiteradas. Un paciente presentó en el postoperatorio, una trombosis venosa del cordón espermático, probablemente debida a compresión venosa en el pasaje de la malla.

El plazo de seguimiento máximo fué de un año.

La plastia parietal fue satisfactoria en todos los casos.

No se presentaron recidivas en ninguno de los pacientes tratados.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CALABI, V. et BOSISIO, G.: A propos de 183 hernias de l'aine traitées par voie Préperitoneale. Mem. Acad. Chir., 95:732, 1969.
2. DETRIE, Ph. et BARBOT, J.; "Cure de la hernie inguinale par gissement per veie seus-peritoneale". J. Chir. 107: 339, 1974.
3. DETRIE, Ph.; ELGHOZI, L.: "Hernies inguinales recidivées récidivents; 50 cas aperés par vois seus-peritoneale". Nouv. Presse Med 6:3425, 1977.
4. GOSSET, J. "La cure de hernies inguino-crurales recidivées avec effondrement de l'aine J. Chir, 104: 493, 1972.
5. HENRY, A.K.: "Operation for femoral hernia by a midline extraperitoneal approach" Lancet, 7:531, 1936.
6. MAHORNER, H.; GOSS, C.M.: "Herniation following destructive of Poupart's and Cooper's Ligaments". Ann. Surg. 155:741, 1962.
7. MERCATI, U., NATALINI, G. TRANCANELLI, V. y Cols.: "La riparazione della ernia inguino-crurali recidive con protesi sotto peritoneali" Minerva chir., 35:1641, 1980.
8. NYHUS, M.; CONDON, R.E.; HARKINS, H.N.: "Clinical experiencies with preperitoneal hernial repair for all types of hernia of the groin". Am. J. Surg. 100:234, 1960
9. RIVES, J.; STOPPA' R.; FORTEZA' L. et NICAISE, H.: "Las pieças en decron et leur placs dans la chirurgie des hernies de l'aine" Ann. Chir. 22:159, 1968.
10. STOPPA, R. ABOURACHID, C.; DUCLAYE, X; HENRY et PETIT. J. (AMIENS): "Plastie des hernies de L.aine". Nouv. Presse Med. 2:1949, 1973.
11. STOPPA, R.; PETIT, J.; HENRY, X. "Pastie des hernies de l'aine par veie médiane seus-péritoneale". 74o. 1973. p. 448