

# Recidivas de Hernia Inguinal. Aspectos Patogénicos y Terapéuticos

**Dres. Fabio Croci, Carmelo Gastambide, Eneas Terra y Br. Adriana Cordal.**

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS, MEDLAR-S) HERNIA, INGUINAL/THERAPEUTIC.

## RESUMEN

Los autores estudian las recidivas herniarias inguinales del punto de vista patogénico y terapéutico, basado en una clasificación anatómo-clínica de las mismas, en una serie de 248 casos con un seguimiento mínimo de 3 años. Se destaca en la patogenia la importancia de las fallas técnicas. Se valora la utilidad de los diferentes procedimientos de reparación, remarcándose la importancia del ligamento de Cooper y la utilidad de los implantes protésicos.

## SUMMARY

**INGUINAL HERNIA RELAPSE. PATHOGENETIC AND THERAPEUTIC FACTORS**

Inguinal hernia relapse from the pathogenetic and therapeutic point of view is studied, in a serie of 248 cases with a follow up of at least 3 years. The importance of technical errors in the pathogeny is pointed out. The utility of different repair procedures is considered. The Cooper's ligament importance and the utility of prosthetic mesh are pointed out.

## RESUME

**RECIDIVES DES HERNIES INGUINALES. ASPECTS PATHOGENIQUES ET THERAPEUTIQUES.**

Les auteurs étudient les récidives des hernies inguinales du point de vue pathogénique et thérapeutique, basés en une classification anatómo-clinique des mêmes, dans une serie de 248 cas avec un follow up minimum de 3 années. On remarque en la pathogénie l'importance des erreurs techniques. On valorise l'utilité des différents procédés de réparation, on remarquant l'importance du ligament de Cooper et l'utilité des prothèses placées.

*CENTRAL DE SERVICIOS MEDICOS  
BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO*

## INTRODUCCION

Los autores en un trabajo preliminar (7) analizaron 248 casos de recidiva de hernia inguinal. Este estudio permitió conocer aspectos clínicos, etiopatogénicos y terapéuticos de esta patología.

En la presente comunicación se estudia la patogenia y los resultados del tratamiento de las recidivas de hernia inguinal (RHI).

## MATERIAL Y METODOS

Corresponde a la misma serie de 240 pacientes, tratados en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado, portadores de 248 recidivas (8 casos bilaterales).

De ellos 237 eran hombres, con un promedio de edad de 45 años, el 60% de los cuales habían sido operados previamente fuera de la Institución.

En 160 ocasiones las RHI asentaron del lado derecho y en las 88 restantes del lado izquierdo.

En la serie en 217 ocasiones se trató de la primera recidiva (Cuadro I). De ellas 35 volvieron a recidivar, (16%). Los 23 pacientes restantes ya tenían entre 2 y 4 recidivas previas. En 19 casos se trató de hernias recidivantes (más de 3 recidivas).

El seguimiento se ha prolongado desde entonces por 2 años más, abarcando pacientes operados entre 1970 y 1979.

Todos los pacientes que volvieron a recidivar fueron reoperados en la misma Institución.

## NUMERO RECIDIVA

			NUMERO RECIDIVA			
			NUEVAS _____		RECIDIVAS . . . .	
			UNA VEZ _____		DOS VECES . . . .	
PRIMERA	225	90.73%	30	13.33%	5	2.22%
SEGUNDA	13	5.24%	2	15.38%	2	15.38%
TERCERA	7	2.82%	1	14.28%	1	14.28%
CUARTA	3	1.21%	1	33.33%	0	

**CUADRO I**

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 26 de mayo de 1982

Asistentes de Clínica Quirúrgica, Médico de la Central de Servicios Médicos Cirujano del MSP, Practicante de Medicina

Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302 (Dr. F. Croci)

## CLASIFICACION DE LAS RECIDIVAS

Se adopta la clasificación anatómico-clínica de interés patológico y terapéutico, que las divide en: externas, internas y totales, de acuerdo a su topografía en la región inguinal.

A ellas se agregan las "recidivas crurales" y las hernias recidivantes como grupos independientes.

## ETIOPATOGENIA

Ha sido motivo de numerosos estudios (8, 14, 19, 20, 22, 27, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 45). Su correcta apreciación exige conocer el mecanismo de la falla. En la presente serie (7) fue posible establecerlo en un 75% de los casos, y en el 60% de los mismos existieron evidentes fallos técnicos. (Cuadro II).

En el presente estudio existían antecedentes patológicos vinculables a la patología como mecanismos desencadenantes en el 42% de los casos y fundamentalmente los cuadros respiratorios. Un 15% de los enfermos tenían más de una patología involucrada.

### MECANISMO DE FALLA

CONOCIDO	186	75 %
DESCONOCIDO	62	25 %

### TIPO DE FALLA

TECNICAS	112	60.22%
NO TECNICAS	74	39.78%

### CUADRO II

La infección parietal post-operatoria como causa de recidiva prácticamente no tiene influencia en esta serie (0.03% de los casos).

Para las RHI derechas se valoró el antecedente de la cirugía apendicular, que estuvo presente en 43 casos. Es sabido que la incisión de McBurney previa puede determinar un trastorno anatómico-funcional severo de la región inguinal (13, 29, 39) por un mecanismo dependiente de:

- Lesión de la inervación (15,25)
- Defecto de reparación de la fascia transversalis (26)
- Frecuencia de supuraciones parietales (5,17)

Las causas de recidiva en esta serie se analizan según el tipo anatómico-clínico de las mismas:

(1) **Recidivas externas:** En la serie en estudio fueron las más frecuentes (41%). En la mayoría de ellas la hernia previa correspondió a una variedad oblicua externa (90%) (Cuadro III). En cuanto a la reparación previa 2/3 de las mismas habían sido reparadas mediante un "procedimiento de Bassini" y la 1/5 parte habían sido resueltas mediante el procedimiento de Halsted.

Las recidivas externas son aquellas tributarias de la emergencia del cordón y por lo tanto dependen de 2 elementos:

- Orificio profundo (21)
- Divertículo peritoneal

## RECIDIVAS EXTERNAS

TOTAL — 102 (41.13%)

### TIPO DE HERNIA PREVIA:

OBLICUA EXTERNA	92	90.20%
DIRECTA	8	7.84%
MIXTA	2	1.96%

### REPARACION PREVIA:

BASSINI	68	66.67%
HALSTED	24	23.53%
Mc VAY	6	5.88%
PREFUNICULAR	4	3.92%

### CUADRO III

En cuanto al "orificio profundo" son causas de recidiva:

- No estrechamiento o estrechamiento insuficiente del mismo
  - No cobertura del mismo, como ocurre en las reparaciones tipo Halsted similares.
  - No reconstrucción de una estructura asimilable en las reparaciones al ligamento de Cooper
- En lo que se refiere al divertículo peritoneal son causas de recidiva:
- Persistencia de un saco oblicuo externo ignorado (Falsa recidiva; hernia no resuelta) (30)
  - Ligadura baja del cuello del saco
  - Cierre defectuoso del peritoneo
  - Amarre inadvertido del muñón del saco a estructuras próximas
  - Fijación del saco Maniobra de Barker
  - Conservación de un receso sacular externo subcremasteriano cuando se conserva el haz externo del cremaster (26)

2) **Recidivas internas:** Son aquellas que aparecen a través de un defecto en el ángulo interno o en sus proximidades, siendo usualmente consecuencia del refuerzo o reconstrucción de la pared posterior del canal. Todas son auténticas recidivas y todas son iatrogénicas. Dependen básicamente de:

- Sección del ligamento de Henle en la apertura de la fascia transversalis (12)
- Empleo del borde de la vaina del recto en el cierre interno (12)
- Reparación defectuosa de la pared posterior sobre el pubis

En la presente serie se encontraron 86 casos (34%) de RHI internas (Cuadro IV). En cuanto al tipo de hernia previa correspondió indistintamente a hernias oblicuas externas o directas (43 y 40 casos respectivamente). La reparación previa fue en la mayoría de los casos de tipo Bassini (78%).

3) **Recidivas Totales:** Son aquellas que involucran toda la región inguinal. Son las de mayor jerarquía y dependen de una falla táctica en la apreciación de la pared posterior del canal inguinal

y/o de una falla técnica en la reparación de la pared posterior.

**RECIDIVAS INTERNAS**

TOTAL — 86 (34.68%)

**TIPO DE HERNIA PREVIA:**

OBLICUA EXTERNA	43	50.00%
DIRECTA	40	46.51%
MIXTA	3	3.49%

**REPARACION PREVIA:**

BASSINI	67	77.91%
HALSTED	6	6.98%
ANDREWS	3	3.59%
Mc VAY	5	5.81%
FRUCHAUD	3	3.49%
PREFUNICULAR	2	2.32%

**CUADRO IV**

Las recidivas más importantes de este tipo se observan luego de la sección de la fascia transversalis con posterior reconstrucción de la pared al ligamento de Cooper.

Sus causas comprenden:

a) Sección innecesaria de la fascia transversalis

b) Estructuras músculo-fasciales muy alejadas de las estructuras de amarre, lo que determina suturas a gran tensión (23)

c) Emplear pocos puntos, muy separados, en la línea de sutura. Este es un error frecuentísimo: el "ahorro" de material y esfuerzo "gana" en recidivas. En estos casos:

— La tensión que se ejerce sobre los puntos de amarre es importantísima y ello facilita el desgarro tisular

— Los intersticios entre los puntos son muy amplios y ello posibilita la travesía de la grasa a través de los mismos.

d) No emplear estructuras de amarre correctas. El error más frecuente es emplear aisladamente la arcada crural

e) Usar mal estructuras de amarre correctas

f) Descender estructuras inútiles. Es un error muy común descender solamente el oblicuo menor

g) Dejar un pasaje externo excesivamente amplio para la travesía funicular

h) Empleo de materiales de sutura incorrectos, fundamentalmente los nuevos materiales sintéticos de reabsorción lenta, en los cuales la pérdida de la resistencia tensil del material se ubica cronológicamente antes del desarrollo de la completa resistencia tensil de la fibrosis

**RECIDIVAS TOTALES**

TOTAL — 53 (21.37%)

**TIPO DE HERNIA PREVIA:**

OBLICUA EXTERNA	31	58.49%
DIRECTA	22	41.51%

**REPARACION PREVIA:**

BASSINI	31	58.49%
HALSTED	4	7.55%
ANDREWS	4	7.55%
Mc VAY	12	22.64%
FRUCHAUD	1	1.89%
MARCY	1	1.89%

**CUADRO V**

En la presente serie existieron 53 casos (21%) de recidivas totales (Cuadro V). El tipo de hernia previa fue en el 58% de los casos oblicuo externo y en el 42% restante directo. La reparación previa mayoritariamente efectuada fue de tipo Bassini (58%). Las reparaciones al ligamento de Cooper se hallaron en el 24%.

4) **Recidivas crurales:** Constituyen una situación poco frecuente en las RHI (10, 11), cuya explicación debe buscarse en razones anatómicas (orificio músculo-pectinal) y en los procedimientos de reparación (reparación utilizando el ligamento de Cooper).

En la serie se objetivaron 7 casos, todos secundarios a reparaciones al ligamento de Cooper (Cuadro VI).

**RECIDIVAS CRURALES**

TOTAL — 7 (2.82%)

**TIPO DE HERNIA PREVIA:**

OBLICUA EXTERNA	2	28.57%
DIRECTA	4	57.14%
MIXTA	1	14.28%

**REPARACION PREVIA:**

Mc VAY	4	57.14%
FRUCHAUD	3	42.85%

**CUADRO VI**

## TRATAMIENTO

Ninguna recidiva puede ser resuelta de acuerdo a un patrón o esquema predeterminado. Su resolución depende de un triple aspecto diagnóstico:

- a) Búsqueda de factores favorecedores cuya corrección previa es ineludible
- b) Correcto estudio semiológico
- c) Exhaustiva exploración intraoperatoria

En la presente serie se analizan los 4 tipos de reparación efectuados (Cuadro VII):

1) **Cierre del defecto:** En los defectos sectoriales, fundamentalmente en los externos, se aplicó 35 veces este procedimiento, con 7 nuevas recidivas (20%). Estas recidivas se produjeron en 5 ocasiones en el mismo defecto y en los 2 restantes por aparición de otro defecto. En la primera situación la falla podría explicarse por la sutura en tejidos fibrosados y también en dos reparaciones previas tipo Haslsted por mantener el cordón subcutáneo.

Es este un procedimiento de resultados aleatorios, a plantear frente a situaciones específicas.

2) **Reparación a la arcada crural:** En 61 ocasiones se empleó este procedimiento independientemente de la situación, y su porcentaje de nuevas recidivas (36%) hace inaplicable este método de reparación.

3) **Reparación al ligamento de Cooper:** Fue empleada en 112 ocasiones en esta serie. La mayoría de las veces se actuó sobre un ligamento indemne. Su frecuencia de fracasos llega al 10% en este grupo, produciéndose casi todos ellos en recidivas sectoriales.

Este procedimiento es perfectamente aplicable a todas las situaciones (1, 2, 16, 18). En las recidivas totales con previa utilización del ligamento se debe ser más ponderado en su utilización.

En los ligamentos parcialmente destruidos pueden asociarse otras estructuras de amarre (3).

4) **Hernioplastias:** Muestran el más bajo índice de nuevas recidivas (33). En esta serie se efectuaron en 40 casos con un sólo fracaso (2.5%). Se concluye de ello que cuando están correctamente indicadas, rinden los mejores resultados (4, 6, 28).

En esta serie la mayoría de los casos fueron implantes realizado por vía anterior. Mejores resultados y con menor índice de complicaciones, da la implantación por vía preperitoneal (9, 41).

## CONCLUSIONES:

El análisis de la serie en estudio permite extraer las siguientes conclusiones:

1°) Es válido considerar a las recidivas con un criterio anatómo-clínico que posee importancia patogénica y terapéutica.

2°) La patogenia de las mismas obedece a causas múltiples, generales y loco-regionales, anatómicas, fisiopatológicas y técnicas, y fundamentalmente a estas últimas.

3°) El tratamiento quirúrgico no puede ser determinado mediante esquemas rígidos, sino que debe considerarse con un criterio anatómo-funcional para cada caso particular.

4°) Un alto porcentaje (17%) de estas recidivas vuelven a recaer, convirtiendo esta patología en un problema complejo.

5°) El ligamento de Cooper, sea para nuevas herniorrafias, sea para hernioplastias, es la estructura de amarre más indicada en estas situaciones.

## REPARACION

T E C N I C A %	N°	RECIDIVAS %
CIERRE DEFECTO	35	7 20.00%
ARCADA	61	22 36.06%
COOPER	112	12 10.28%
HERNIOPLASTIA	40	1 2.50%

**CUADRO VII**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 BERGALLI L, El ligamento de Cooper en las herniorrafias inguinoocurales. *DiaMed. Urug.* 38: 1579, 1972.
- 2 BURTON CC, Rationale and factors for considerations in Cooper's ligament hernioplasty. *Int. Abst. Surg.* 85: 1, 1947
- 3 BURTON CC: The combined Cooper's ligament and inguinal ligament hernia repair. *Surg Gynecol Obstet.* 98: 153, 1954
- 4 CROCI F, Implantes protésicos en la reparación parietal abdominal. Tesis de Doctorado, Facultad de Medicina, 1982 (Inédita)
- 5 CROCI, F., BESENZONI R., MONTANDON JP., COSTA J., Complicaciones postoperatorias de la apendicectomía. *Cir. Uruguayo* 50: 316, 1980
- 6 CROCI F, GASTAMBIDE C, TERRAE, Hernioplastia inguinal preperitoneal bilateral. *Cir. Uruguayo* 51: 571, 1981
- 7 CROCI F, GASTAMBIDE C, TERRAE Recidivas herniarias inguinales. *Cir. Uruguayo* 51: 507, 1981
- 8 CHIFFLET A, Hernia inguinal recidivada. *Temas para Graduados. Clínica Quirúrgica Prof. J. A. Piquinela*, 1961
- 9 DETRIE P, ELGHOZI L, Hernies inguinales récidives et récidivantes. 50 cas opérés par voie sous-péritonéale. *Nouv. Presse Méd.* 6: 3425, 1977
- 10 EASTON ER, Incidence of femoral hernia following repair of inguinal hernia — Ectopic recurrence — Proposed operation of external and internal herniorrhaphy. *JAMA* 100: 1741, 1933
- 11 FRATKIN LB, Femoral hernia following inguinal herniorrhaphy. *Can. Med. Assoc. J.* 58: 365, 1948
- 12 FRUCHAUD H, Le traitement chirurgical des hernies de l'aîne chez l'adulte. *Paris, Doin*, 1956.
- 13 GALEANO F, TALEISNIK J, Hernia inguinal derecha postapendicectomía. *Prensa méd. argent.* 47: 963, 1960
- 14 GLASSOW F, Recurrent inguinal and femoral hernia: 3000 cases. *Can. J. Surg.* 7: 284, 1964
- 15 GROSZ CR, Iliohypogastric nerve injury. *Am. J. Surg.* 142: 628, 1981
- 16 HARKINS HN, El ligamento de Cooper en la reparación de la hernia inguinal directa. En Nyhus LM, Harkins HN. *Hernia. Argentina, Intermedica*, 1967 p232
- 17 HOJMAN I, Complicaciones de la apendicectomía. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 13°, 1962, p205
- 18 ITUÑO CA, Utilización del ligamento de Cooper en la reparación de las hernias inguinales. *Procedimiento de McVay Anson. Congreso de la Sociedad Médica Quirúrgica Centro República*, 39°, 1969, pp260
- 19 KOONTZAR, Inguinal hernias. Some causes of recurrence. *Am. J. Surg.* 82: 474, 1951
- 20 KOONTZ AR, *Hernia*. New York, Appleton Century Crofts, 1963
- 21 LITTLE WJ, The deep inguinal ring: Development, function and repair. *Br. J. Surg.* 57: 531, 1970.
- 22 MARTIN JD, STONE HM, Recurrent inguinal hernia. *Ann. Surg.* 156: 713, 1962
- 23 McVAY CB, The normal and pathologic anatomy of the transversus abdominis muscle in inguinal and femoral hernia. *Surg. Clin. North Am.* 51: 1251, 1971

- 24 MEHNERT JH, BROWN MJ, KROUTIL W, WOODWARD B, Indirect recurrences of inguinal hernias. *Am. J. Surg.*, 106: 958, 1963
- 25 MOOSMAN DA, OELRICH TM, Prevention of accidental trauma to the ilioinguinal nerve during inguinal herniorrhaphy. *Am. J. Surg.*, 133: 146, 1977
- 26 MUSSOR, Comunicación personal.
- 27 MYERS RN, SHEARBURN EW, The problem of the recurrent inguinal hernia. *Surg. Clin. North Am.*, 53: 555, 1973
- 28 NOTARAS MJ, Repair of difficult and recurrent inguino-femoral hernias with synthetic mesh. En: *Maingot R: Abdominal Operations.* New York, Appleton Century Crofts, 1979
- 29 ORDA R, Does appendectomy predispose to inguinal hernia? A retrospective study and electrophysiological investigations. *Am. Surg.*, 40: 349, 1974
- 30 PONKA JL, *Hernias of the abdominal wall.* Philadelphia, Saunders, 1980
- 31 POSTLEHWAITRW, Recurrent inguinal hernia. *Am. J. Surg.*, 107: 739, 1964
- 32 POSTLEHWAITRW, Causes of recurrence after inguinal herniorrhaphy. *Surgery*, 69: 772, 1971
- 33 READ RC, Recurrence after preperitoneal herniorrhaphy in the adult. *Arch. Surg.*, 110: 666, 1975
- 34 RIVES J, AZOULAY C, Récidives des hernies de l'aîne. *encycl. méd.-chir.*, Paris, Techniques Chirurgicales, 3.14.02, 40120
- 35 RIVES J, LARDENNOIS B, HIBON J, Traitement moderne des hernies de l'aîne et de leurs récidiées. *Encycl. méd.-chir.*, Paris, Techniques Chirurgicales, 3.24.05, 40110
- 36 ROBINS R, Why inguinal hernia recurs? *Ann. Surg.*, 114: 118, 1941
- 37 ROSSAPJ, Incidence of inguinal hernia recurrence. *Ann R. Coll Surg Engl.*, 57: 326, 1975
- 38 RYAN EA, Recurrent hernias: analysis of 369 consecutive cases of recurrent inguinal and femoral hernias. *Surg Gynecol Obstet.*, 96: 343, 1953
- 39 SCOTT J, Development of inguinal hernia following appendectomy. *IML*, 1960
- 40 SKINNER HL, DUNCAN RD, Recurrent inguinal hernia. *Ann Surg.*, 122: 68, 1945
- 41 SMITH AN, A rectus-sheath extraperitoneal operation for recurrent inguinal hernia. *J. R. Coll Surg.*, 7: 195, 1962
- 42 THIEME E, Recurrent inguinal hernia. *Arch. Surg.*, 103: 238, 1971
- 43 WEINSTEIN M, ROBERTS M, Recurrent inguinal hernia: followup study of 100 postoperative patients. *Am. J. Surg.*, 129: 564, 1975
- 44 ZA VALETA DE, URIBURU JV, Consideraciones quirúrgicas sobre hernia inguinal recidivada. En: *Nyhus LM; Harkins HN: Hernia.* Argentina, Intermédica, 1967, p208-211
- 45 ZIMMERMAN LM, Recurrent inguinal hernia. *Surg. Clin. North Am.*, 51: 1317, 1971

## DISCUSION

### Dr. Suiffet

Los consocios de la Sociedad de Cirugía deben felicitarse por haber escuchado la comunicación presentada. Se trata de un tema que no ha sido sometido a una atención formal, como lo requiere un problema que tiene tremenda proyección social y económica. Nos inquietamos por la cirugía de las hernias desde el año 1938, gracias a las enseñanzas del Profesor Chifflet, que tenía una enorme preocupación por este problema. Los cirujanos del Banco de Seguros tienen una magnífica oportunidad de controlar sus resultados, dada la organización que tiene dicha institución.

Estamos de acuerdo con el comunicante que la mayoría de los fracasos se deben a fallas técnicas. Cuando un cirujano opera una recidiva herniaria, está en condiciones de determinar cual ha sido la falla que condujo a la recidiva. La más frecuente, es el cierre defectuoso del orificio inguinal profundo, lo que trae aparejado la nueva penetración del saco herniario. Cuando se deja el cordón en posición sub-cutánea, el orificio inguinal profundo se enfrenta al superficial y por este orificio común, aparece la recidiva. El resto del cierre parietal es hermético y nunca hemos visto recidivas en la zona interna. La reparación de esta recidiva es sencilla y sólo requiere resecar el saco y estrechar el orificio. Cuando se deja el cordón entre el oblicuo mayor y el plano profundo, el saco herniario aparece por el orificio inguinal superficial. Otra zona de falla es la situada contra el pubis, lugar en cuyo

cierre correcto insistía mucho Bassini. La zona de falla se enfrenta al orificio inguinal superficial, por lo cual el trayecto es anteroposterior, reconociéndose el borde externo del recto en su parte interna. La otra zona de falla y recidiva, es la parte media de la pared posterior. Esta falla es debida al exceso de tensión del plano musculofascial descendido. Aún cuando la sutura inferior, ya sea al Cooper o a la arcada, sea

correcta y firme, la tensión en el descenso debilita la pared posterior y allí aparece la recidiva. La incisión de descarga de Halsted, debe ser utilizada para evitar esta posibilidad.

El comunicante mencionó la importancia de la apendicectomía en los antecedentes. Es un hecho cierto y es debido a que en el cruce perpendicular de la incisión del oblicuo mayor con el plano del menor y transverso de la incisión de McBurney, se establezca una fusión que fija el plano profundo e impide su descenso durante su contracción.

Por esta razón cuando se opera una recidiva herniaria y existe la cicatriz de la incisión de McBurney, desconectamos el plano de oblicuo menor-transverso del oblicuo mayor en toda su extensión, con lo cual se consigue el ascenso correcto del plano músculo-fascial al Cooper o a la arcada.

En cuanto a la recidiva crural de las hernias inguinales, las hemos observado cuando se sutura el plano profundo a la arcada, pero no hemos visto ningún caso luego que se ha utilizado el descenso al ligamento de Cooper, ya que esta técnica cierra el camino hacia el canal crural.

El comunicado es un tema apasionante y reitero lo importante del trabajo en todos sus conceptos y la trascendencia de tratarlo en este medio y darle a esta cirugía la real importancia que tiene.

### Dr. B. Delgado

Este es un trabajo importante, interesante y pienso que uno se tiene que sentar a reflexionar, a leer detenidamente; porque en materia de recidiva herniaria creo que hay mucha cosa para decir y creo que la mayor parte de ellas ya han sido dichas. Una idea que yo tengo y por ahora es una idea pero habría que transportarlo a números, es que si analizamos en un mismo lugar donde trabajamos por decenios las hernias; yo diría que las hernias recidivantes han disminuido en los últimos años. Tal vez sea sólo una impresión, pero en alguno de los lugares donde trabajamos que tenemos acceso directo al material quirúrgico, podemos afirmar que el porcentaje que se opera de pacientes con hernias inguinales recidivadas que en una época fue altísimo, ahora es relativamente poco frecuente. No voy a decir que no hay, pero tengo la impresión de que han disminuido y es probable que sea así porque en esos mismos lugares, técnicas como las de reparaciones al Cooper hace un tiempo no se hacían y ahora sí. Sería interesante y el Dr. Croci es probable que pueda contestar si han disminuido analizando por decenios. La otra cosa interesante es que nosotros durante mucho tiempo hicimos técnicas de reparación a la arcada siguiendo la técnica de la Escuela donde nos formamos con el Prof. Chifflet, y uno de los argumentos con el cual se combatía dicho procedimiento es la posibilidad de la recidiva como hernia crural y es interesante que todas las recidivas crurales que tiene el Dr. Croci son recidivas crurales por procedimientos de reparación al Cooper y ese hecho nosotros lo hemos observado. Yo creía que era una observación rara que la habíamos visto nosotros más de una vez, pero veo que aparece con cierta frecuencia en la estadística que tiene el Dr. Croci. En relación al medio en el cual nosotros trabajamos, es probable que los enfermos que se resuelvan en la Central del Banco de Seguros sean distintos; diría que utilizar una malla de manlex para hacer una hernioplastia en el medio donde trabajo habitualmente, es un hecho excepcional. No en el medio hospitalario donde es probable que sea riesgoso utilizar esas mallas, pero en el medio habitual nuestro ese es un hecho excepcional. Felicitamos al Dr. Croci por el trabajo presentado.

**Dr. Croci:** (Cierra la discusión)

En primer lugar agradecer los elogiosos comentarios del Dr. Suiffet y del Dr. Delgado.

Estamos en un todo de acuerdo con los conceptos del Dr. Suiffet, más allá de pequeñas discrepancias.

En cuanto al comentario del Dr. Aguiar, pensamos como él que este es un trabajo para meditar, porque esta patología considerada como menor, determina una profunda repercusión personal, social y laboral. Por eso nos interesaba mostrarles a Uds. esta serie, no para decirles que la mayoría de las veces la responsabilidad del fracaso la tiene el cirujano, hecho compartido por Uds., sino para jerarquizar esta patología, demasiado corriente e invalidante. Se trata de una reparación quirúrgica que el enfermo va a emplear durante el resto de su vida y por ello es imprescindible extremar los cuidados para evitar la reaparición de la enfermedad.

En cuanto a las preguntas del Prof. Delgado, vemos que él también ha observado las recidivas crurales luego de una reparación inguinal empleando el ligamento de Cooper. Las recidivas crurales que usualmente se describen son aquellas que se instalan luego de una reparación a la arcada inguinal, por un mecanismo patogénico bastante

claro. En cambio estas recidivas deben ser interpretadas como dependientes de un error técnico y/o táctico en la reparación primaria, posiblemente por desconocimiento de todos los aspectos de la técnica empleada. En cuanto al segundo aspecto que me planteó, le diría que todo depende del medio en que uno opere. En el ambiente mutual usualmente no se operan los mismo enfermos que en nuestra Central. No es usual que el obrero que desarrolla una actividad física importante, severa, se vaya a operar en el ambiente mutual, sino que por lo regular se opera en el Banco de Seguros. Son enfermos diferentes, con una vida diferente y resulta difícil homologar estas situaciones. En lo que se refiere a la disminución del número de recidivas, referido al ambiente de la asistencia colectivizada, ello es muy probable porque esa no es una población normal, es una población envejecida, con vida sedentaria usualmente. Y a medida que aumenta la edad cualquier reparación puede resultar útil, porque la actividad física va a estar francamente disminuida. Creo que en este sentido, y vinculando la patología a grupos especiales, el porcentaje de recidivas puede haber disminuído, pero en los números reales, en las grandes series publicadas en los últimos años, no se ha producido tal descenso.