

Incisiones de "relajamiento" en cirugía parietal abdominal

Procedimientos - resultados

Dres. Fabio Croci y Ernesto Pérez Penco

Existen numerosos métodos de reparación parietal abdominal que se fundan en el empleo de las incisiones de relajación o que las asocian como elemento básico de la contención de la misma. Los únicos que son de uso común y de relativo empleo son aquellos que se aplican a los defectos medianos, existiendo todo un conjunto de procedimientos, desde muy sencillos hasta muy complejos. Las que se emplean en defectos laterales, no son sistematizadas y lo que se busca es fundamentalmente su posibilidad de deslizamiento. Asimismo, no existe real evidencia prospectiva de sus resultados y por ende de su real utilidad. En el presente trabajo se intenta una racionalización del empleo de las mismas y se analizan retrospectivamente los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hernia / Surgery.

SUMMARY: "Relaxing" incisions in abdominal parietal surgery.

2. Procedures - results.

There exist numerous abdominal parietal repairing methods based on the use of relaxing incisions or as-

*Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. A. Aguiar).
Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.*

sociating relaxing incisions as the basic element in its control. The only methods that are commonly employed and of relative use are those applicable to defects of moderate importance, there existing a full range of procedures, from very simple to very complex. Methods employed for lateral defects are not systematized and are chiefly used for their sliding capacity. Furthermore, there is no true prospective evidence of results and, therefore, of actual utility. This work is intended for rationalization of the use of said incisions and the retrospective analysis of results obtained.

RÉSUMÉ: Incisions de relâchement en chirurgie pariétale abdominale. Procédés - Résultats.

Il existe de nombreuses méthodes de réparation pariétale abdominale, fondées sur l'emploi des incisions de relâchement ou qui sont associées comme élément de base de sa contention. Les seules qui sont utilisées couramment et d'emploi relatif sont celles qui s'appliquent sur les défauts moyens. Il existe tout un ensemble de procédés, allant des plus simples aux plus compliqués.

Celles qui s'appliquent sur les défauts latéraux ne son pas systématisées et ce que l'on cherche, c'est fondamentalement leur possibilité de glissement. Tout de même, il n'y a pas une évidence réelle prospective de leurs résultats et en conséquence de leur utilité réelle. Dans le présent travail, on essaie d'établir une rationalisation de leur emploi et d'analyser rétrospectivement les résultats obtenus.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de octubre de 1984.

Prof. Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica.

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

INTRODUCCION

En el trabajo precedente se analizaron el concepto, las características, el fundamento y las indicaciones de las llamadas incisiones de "relajación" parietal (IRP). Se insistió en el mismo en la fisiopatología y biomecánica de las mismas, fundamento primordial de su efectividad y por ende de su utilidad. El presente, continuación del anterior, tratará sobre su aplicación a las diferentes situaciones, su técnica y los resultados. A los efectos de sistematizar los diferentes procedimientos y permitir su análisis ulterior, se consideran dos grandes grupos de métodos: medianos y laterales.

PROCEDIMIENTOS MEDIANOS: Se emplean en los defectos de la línea blanca, fundamentalmente iatrogénicos (eventraciones), pero también en la reparación de algunos defectos espontáneos (hernias, diastasis).

1°) *Procedimiento de Gibson*⁽²⁵⁾: Fue propuesto por este autor en 1920 para tratar grandes defectos medianos supraumbilicales. En el mismo se repara la línea blanca en dos planos y la IRP es anterior, bilateral y simétrica, rebasando escasamente o no haciéndolo incluso los límites céfalo-caudales del defecto (Fig. 1). La técnica original carece prácticamente de uso en el momento actual por varias razones:

a) El cierre de la línea media en un plano es superior al efectuado en múltiples planos^(15, 16, 52).

b) La IRP debe rebasar ampliamente arriba y abajo las comisuras del defecto, de lo contrario sólo se alivia la tensión en la zona central.

c) La IRP debe emplazarse lo más lateralmente posible, en la unión de los 2/3 internos con el 1/3 externo de la hoja anterior de la vaina rectal y no tan interna como en los dibujos del procedimiento original (Fig. 2), en el cual las mismas lo único que en realidad hacen es facilitar el cierre del plano anterior persistiendo la tensión original en el plano posterior.

Estos inconvenientes explican el alto índice de fracasos de este procedimiento aún actualizado y mejorado⁽⁴⁶⁾.

En realidad este método no soluciona el problema que enfrenta porque ignora la fisiología exacta de las tensiones que se ejercen sobre la línea blanca en el sector supraumbilical. A ese nivel la tracción de la rienda tendinosa del oblicuo mayor tiende a sagitalizar el recto llevando su sector interno hacia arriba y algo hacia afuera, mientras que el transverso tiende a retraer hacia afuera al recto y paralelamente hundirlo en el ab-

domen. Con este procedimiento se anula (parcialmente) la acción del primero de estos músculos y simultáneamente se libera la acción dehiscente del transverso. Es por tanto un método insuficiente.

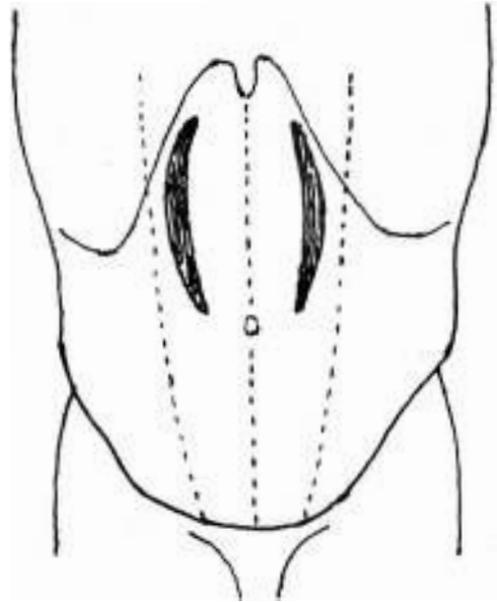


Fig. 1. *Procedimiento de Gibson (1920)*. Sección de las hojas anteriores de la vaina de ambos rectos. Estas IRP deben ser emplazadas bien próximas al borde externo de la vaina y rebasar ampliamente al defecto.

2°) *Procedimiento de Cattell*⁽¹⁰⁾: En 1942 publicó un método de reparación que emplea pequeñas incisiones de deslizamiento sobre el borde del defecto para cerrar el plano posterior de la vaina y luego emplea una IRP unilateral de la hoja anterior de la misma para facilitar el cierre de la zona central, donde la tensión se va haciendo cada vez más importante (Fig. 3).

En realidad esta última es nada más que una incisión de deslizamiento tendinoso. Conceptualmente le caben las mismas críticas que al método precedente. Otros autores como San Martín^(59, 60) y Abel^(1, 2) en esta situación optan por dejar sin cerrar la brecha anterior, con la esperanza que la contención obtenida sea suficiente. Otros, por el contrario, la cubren con un injerto o una prótesis⁽⁶⁹⁾.

3°) *Procedimiento de Zavaleta*⁽⁶⁹⁾: En el sector supraumbilical, este autor emplea una IRP bilateral anterior tendinosa sobre el oblicuo mayor, por fuera de la vaina rectal (Fig. 4). En el sector supe-

rior, bajo el reborde costal, esta IRP vertical se oblicua, incurvándose suavemente hacia la línea media y se pueden cortar las inserciones del oblicuo mayor por delante de la parrilla costal, lo que proporciona un buen plano de deslizamiento. Este método es un deslizamiento similar al de Albarnese pero no cumple las funciones de una auténtica IRP.

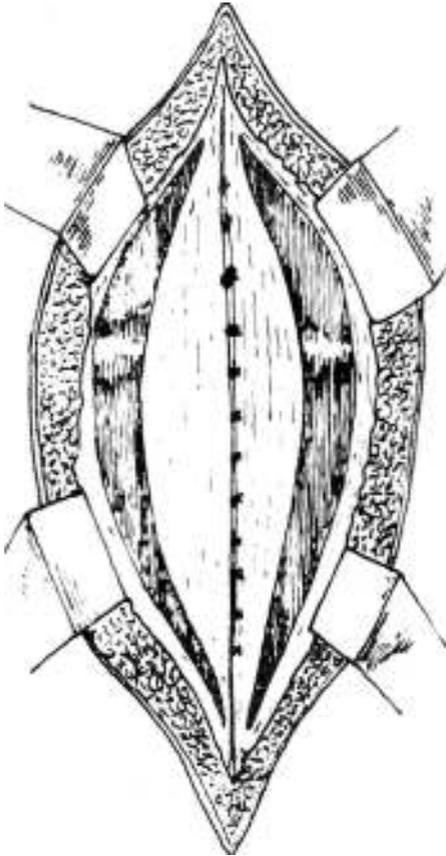


Fig. 2. Procedimiento de Gibson. El emplazamiento muy medial de las IRP desliza los bordes del defecto pero no relaja.

En eventraciones por debajo del arco de Douglas (Fig. 5), este autor insiste en que no se debe realizar la IRP de la vaina por no haber hoja posterior tendinosa a dicho nivel y porque el recto no tiene intersecciones (metámeras) que la fijan a ella, circunstancias que podrían condicionar una debilidad agregada. En esta situación emplea una IRP anterior tendinosa vertical bilateral sobre el tendón del oblicuo mayor, a 3 o 4 cm por fuera del borde de la vaina.

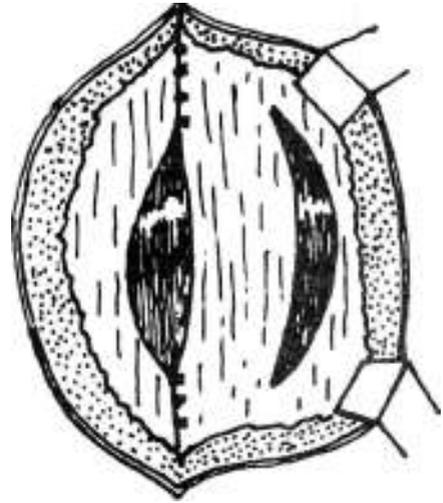


Fig. 3. Procedimiento de Cattell (1942). Sección de la hoja anterior unilateral, sobre el sector central del defecto. Solo desliza y no oblicua ni relajación.

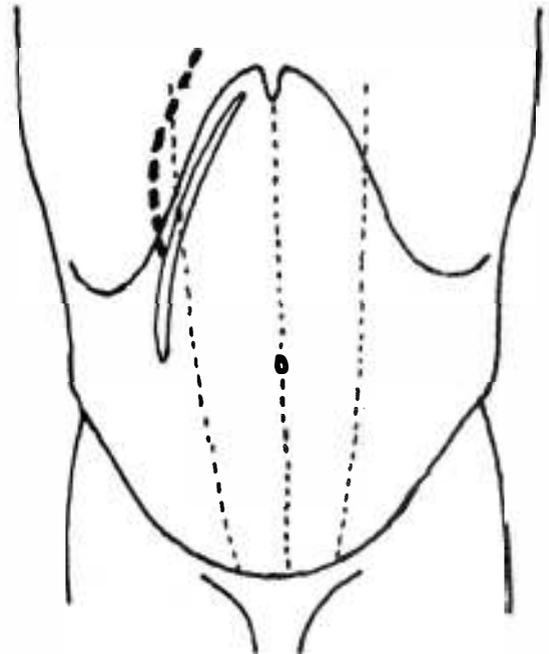


Fig. 4. Procedimiento de Zavaleta para el sector mediano supraumbilical. IRP pura del tendón del oblicuo mayor. Por debajo del reborde costal se puede oblicuar seccionando la hoja anterior de la vaina hasta el xifoides o de lo contrario, desprender las inserciones mediales del oblicuo mayor (línea punteada).

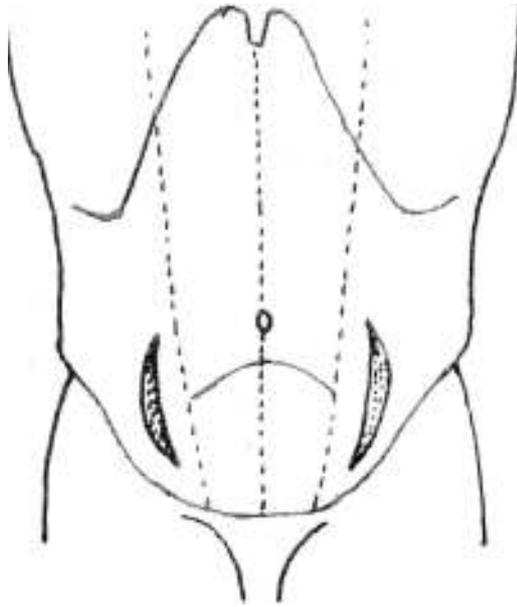


Fig. 5. Procedimiento de Zavaleta para el sector mediano infraumbilical por debajo de la arcada de Douglas. Sección pura del tendón del oblicuo mayor bilateral, por fuera del borde externo de la vaina.

4º) *Procedimiento de Albanese*^(5, 6): Es un gran refinamiento técnico con respecto a los métodos precedentes (Fig. 6). Ideado en 1950, el método parte de la concepción fisiopatológica de que la dehiscencia de la línea blanca supraumbilical está determinada por la acción deletérea de la tracción de ambos oblicuos mayores, que tenderían a separar los bordes permanentemente, lo cual explicaría asimismo la morfología oval del defecto. Como esta acción se ejerce sobre toda la superficie de la cara anterior de la vaina rectal, no alcanza con la IRP anterior clásica⁽²⁵⁾ y por ello determina la necesidad de sección de la misma a nivel de la línea blanca externa, asociándola a la sección de la hoja anterior del desdoblamiento tendinoso del oblicuo menor. En esta situación el único punto de contención práctico de la línea blanca externa es la porción muscular más interna del transverso.

Caben puntualizar las siguientes críticas a este procedimiento:

a) Como persiste la acción retractora del transverso y esta se encuentra liberada del balance que le efectúan los otros músculos anchos, la

disminución de tensión ejercida sobre la línea alba es sólo transitoria, y no tan marcada como debería ser.

b) El debilitamiento (innecesario) de la línea blanca externa conlleva la deformación de los sectores laterales, que abomban en algunos casos.

c) Existe el riesgo potencial de aparición ulterior de una hernia ventral lateral sobre ese sector, si existen fenestraciones o fasciculaciones del transverso ("banding" de Zimmerman).

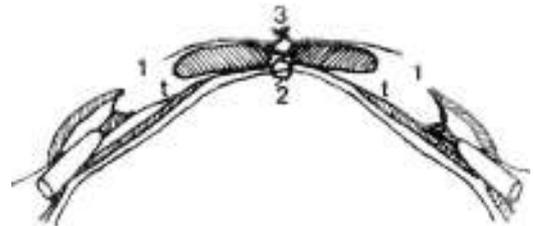


Fig. 6. Procedimiento de Albanese (1951). En (1) sección del tendón del oblicuo mayor y de la hoja anterior de división aponeurótica del oblicuo menor sobre el borde externo de la vaina del recto. En (2) cierre de la "hoja posterior" de la línea blanca. En (3) cierre mediano anterior.

5º) *Procedimiento de Palma*⁽⁵¹⁾: Es en realidad una variante conceptual del anterior, que obtiene el mismo efecto pero pretende eliminar además la movilidad respiratoria del sector condral. Su fundamento es la movilización del reborde costal (Fig. 7), lo que permite el deslizamiento de los últimos cartílagos costales con los músculos de la zona hacia la línea media. Su empleo queda restringido a los defectos medianos supraumbilicales. Palma lo denominó "plastia por movilización costal". La idea es muy ingeniosa pero no contesta múltiples interrogantes como qué complicaciones parietales se derivan del desprendimiento de parte de la pieza cartilaginosa, incidencia de condritis, etc.

En este procedimiento se produce una liberación amplia en sentido mediano de los tres músculos anchos laterales, y por lo tanto se produce una disminución de la tensión a nivel del defecto.

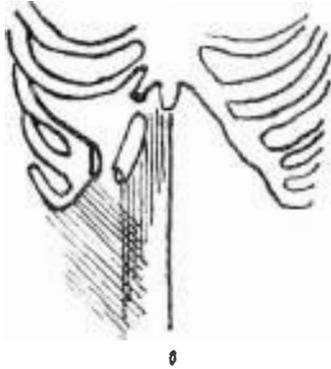


Fig. 7. Procedimiento de Palma (1959). Disminución de la tensión supraumbilical por movilización del reborde costal.

Tiene pese a ello varios inconvenientes, entre los cuales deben incluirse:

- a) Se trata de una operación compleja y laboriosa.
- b) Debilita las zonas laterales superiores del abdomen.
- c) Puede tener complicaciones importantes.

6º) *Procedimiento de Ponka*⁽⁵²⁾: Pese a que no es original de este autor, su difusión se debe fundamentalmente al mismo. Consiste en la ejecución de múltiples pequeñas incisiones sobre ambas hojas anteriores de la vaina rectal (Fig. 8). Su efecto relajante es prácticamente nulo, no pasando de ser un mero artificio técnico sin ventajas.

7º) *Procedimiento de Coffey*⁽¹³⁾: En 1927 este autor propuso para el tratamiento de la hernia umbilical, el cierre simple transversal de la misma asociado a IRP laterales verticales anteriores (Fig. 9). El emplazamiento de las mismas de acuerdo al concepto original sería demasiado interno. Asimismo, tiene el inconveniente de que si el sector inferior de las mismas rebasa la línea de la arcada de Douglas se corre el riesgo de abrir el estuche de pasaje del músculo recto, nivel en el cual este se transforma de músculo ancho en largo, al erándose de tal modo en forma notoria la fisiología de este sector del opérculo pelviano. Por otra parte, al abrirse el mismo se corre al riesgo de que en algunas situaciones se instale tiempo después una hernia ventral lateral, o hernia de Spiegel típica.

Del punto de vista fisiopatológico además, el sector superior de estas IRP sólo anula la acción del oblicuo mayor, mientras que el sector inferior,

fuera de los inconvenientes descriptos, tendría una dudosa acción de “relajación” con respecto a los vectores tensionales que se ejercen sobre el sector umbilical, auténtico nudo de fuerzas. Es por tanto, dudosa su real eficacia.

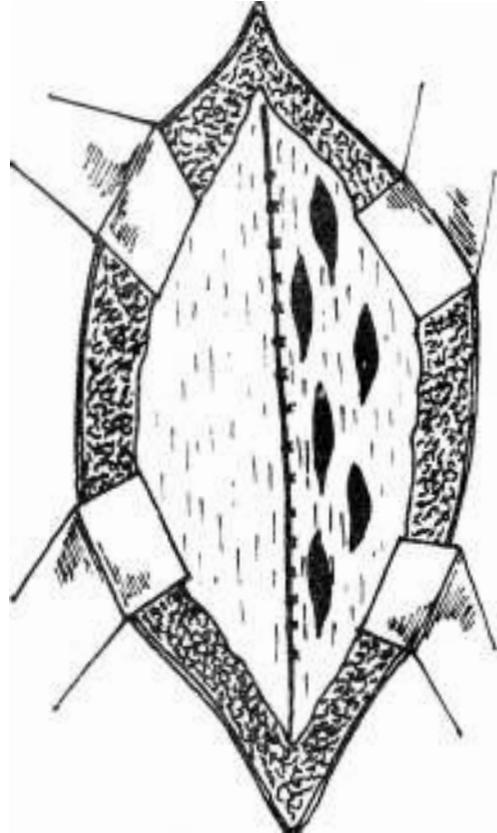


Fig. 8. Procedimiento de Ponka (1980). Pequeñas IRP múltiples anteriores tenalinosas sobre la vaina rectal. Nulo efecto relajante.

8º) *Procedimiento de Stone*⁽⁶³⁾: En 1926, Stone publicó un método muy refinado para el tratamiento de la hernia umbilical de mediano tamaño, que consiste en esencia en un cierre transversal en dos planos, sin imbricación, asociado a dos IRP transversos anteriores, por encima y por debajo del defecto umbilical (Fig. 10). Un ardiente defensor de esta técnica es Koontz quien tiene una vasta experiencia con la misma. Personalmente, la hemos empleado, pero modificada, con una sola IRP, superior o inferior, y quebrando esta a nivel de la línea media.

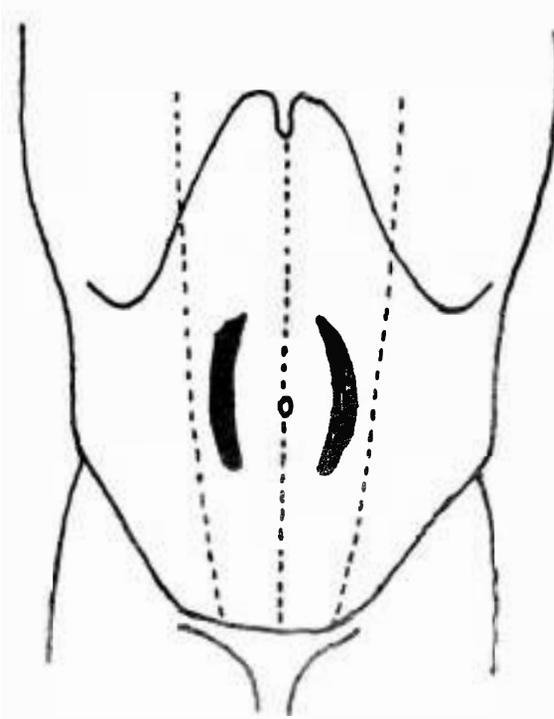


Fig. 9. Procedimiento de Coffey (1927). IRP verticales anteriores bilaterales en la reparación de la hernia umbilical.

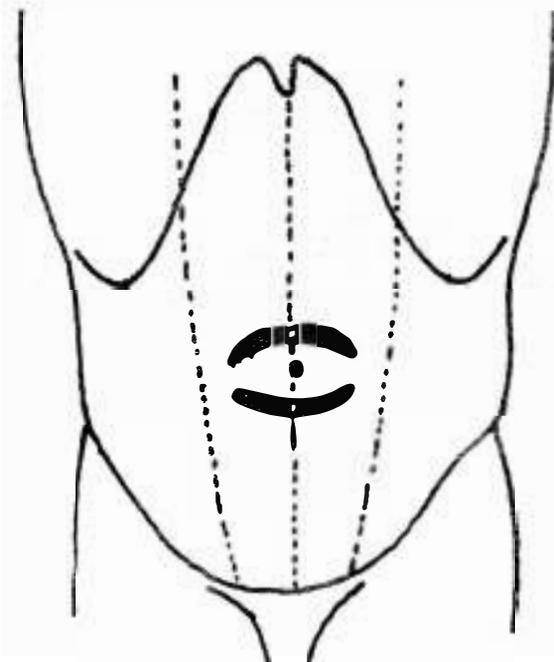


Fig. 10. Procedimiento de Stone (1926). IRP anteriores transversales en la reparación de la hernia umbilical.

Conceptualmente estas IRP son más incisiones de deslizamiento que de "relajación", aún cuando accesoriamente puedan tener esta función.

La realización de la IRP sobre la línea blanca, especialmente en el sector supraumbilical, tiene dos riesgos indudables:

a) Si existe una diastasis rectal asociada aumenta la debilidad de la zona y se pierde por alteración tensional el efecto de relajación que pudiera tener.

b) Se corre el riesgo de instalación de una hernia epigástrica iatrogénica.

9º) *Procedimientos múltiples*: En base a todo lo expuesto previamente es conveniente asociar IRP tanto anteriores como posteriores, con el fundamento biomecánico de obtener una auténtica disminución de la tensión en la línea de sutura. Esto es fundamental en el sector supraumbilical y menos importante en el centroabdominal. Por debajo de la arcada de Douglas carece de real fundamento para el sector mediano. Las IRP posteriores cuentan con la complicidad de amarre de las metámeras rectales para compensar el deslizamiento de la línea blanca.

10º) *Corrección de la diastasis rectal*: Esta patología constituye una entidad frecuente, a menudo asociada a hernias umbilicales y/o epigástricas, de difícil solución cuando por su sintomatología propia, por estética y/o por sus asociaciones lesionales requiere de su corrección quirúrgica. Se han desarrollado múltiples procedimientos para su tratamiento ninguno de los cuales da resultados seguros y lo usual es que en un plazo variable se reconstituya la patología. Esto necesariamente sucede así porque todos ellos se limitan a tratar la consecuencia, dejando presente y activa la causa que la determina.

Esta patología tiene un doble fundamento: anatómico y fisiopatológico. La línea alba es esencialmente el tendón intermedio de los músculos digástricos que son funcionalmente los músculos anchos laterales abdominales. Bajo determinadas circunstancias este tendón comienza a ceder y se deja ampliar configurando una zona que se distiende por el aumento de la presión endoabdominal y la contracción de los rectos. Esto determina una variación de los puntos de aplicación de las fuerzas, que se instalan en la periferia de la distensión. Como esta alteración constituida no es corregible, un procedimiento adecuado es disminuir la tracción ejercida por los vectores tensionales. El único modo de realizar esto es desconectar la línea blanca del resto de las estructuras tractoras.

Con este concepto es que hemos realizado en varias ocasiones un procedimiento de desconexión (Fig. 11). La anulación de las tracciones se logra mediante la realización, como primer paso de la técnica, de una doble IRP, anterior y posterior, bilateral. La IRP anterior se emplaza en la unión de los 2/3 internos con el 1/3 externo y la posterior en la zona media de la hoja de la vaina. En este último se debe ser muy cuidadoso a nivel de las metámeras rectales. Con respecto a la propia línea blanca, lo que se hace es una resección longitudinal del exceso y luego una sutura imbricada del remanente tipo Judd⁽³³⁾.

A nivel de las zonas denudadas del recto posteriormente se produce un plano fibroso cicatrizal de escasa resistencia tensil, lo que impide que la tracción a su nivel se transmita totalmente a la nueva línea blanca.

En esta situación lo más importante es la obtención del efecto de “relajación” siendo contingente e innecesario el efecto de deslizamiento producido por las IRP. Esto último se obvia con la resección adecuada del excedente de la diastasis.

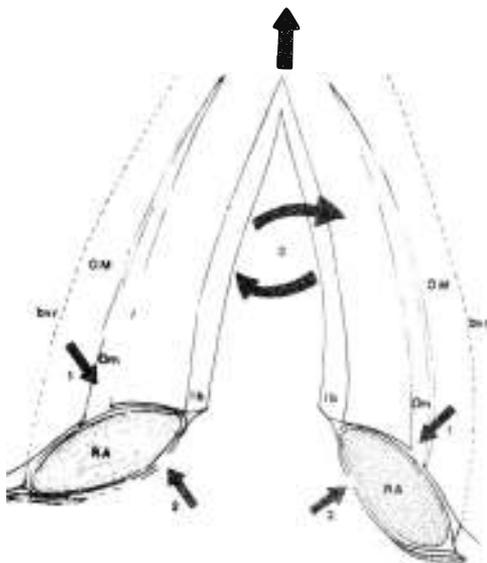


Fig. 11. Corrección de la diastasis rectal mediante técnica de imbricación tipo JUDD asociada a IRP verticales bilaterales dobles. (1) Sección del tendón del oblicuo mayor (OM), conservando indemne el del oblicuo menor (Om). (2) Sección del plano posterior de la vaina. (3) Imbricación de la línea blanca.

11º) *Procedimientos combinados a plastias:* En esta situación solo se busca el efecto de deslizamiento de las IRP para favorecer la cobertura de un implante^(14, 15, 16, 52). En general se emplean las IRP anteriores bilaterales para:

- a) Evitar el contacto del implante con el celular.
- b) Disminuir el espacio muerto del procedimiento.

Estos métodos, que van adquiriendo progresivo auge, al emplear la IRP exigen una revaloración de la tensión empleada en la colocación de las mallas. Ello depende por supuesto del tipo de implante empleado.

PROCEDIMIENTOS LATERALES: El empleo de las IRP en este terreno ha sido tradicionalmente arbitrario, sin sistematización y como en este tema in totum, sin valoración ni seguimiento y análisis de los resultados. Esto le confiere un especial carácter anárquico y fragmentario a su estudio.

Por razones anátomo-funcionales es imperativo distinguir en esta topografía cuadrantes superiores e inferiores. Ello se basa en:

a) Anatómicamente, el marco del cuadrante superior es móvil y cartilaginoso, reborde costal, mientras que el del inferior es rígido y óseo, pubis y cresta ilíaca. Esto hace variar las posibilidades de deslizamiento de uno y otro.

b) Funcionalmente, el sector superior carece de “hendiduras” y es básicamente respiratorio, mientras que el inferior está limitado por dos zonas de confluencia de fuerzas y de fisiología más compleja e intrincada.

1º) *Cuadrantes superiores:* Los defectos a reparar son más frecuentes a derecha que a izquierda, por razones patológicas, lo que lleva a un mayor número de incisiones emplazadas de ese lado. Los defectos son más problemáticos de resolver cuanto más proximos se encuentren al marco ósteo-cartilaginoso superior. Usualmente están comprometidos además de los músculos anchos, el recto anterior homolateral^(7, 14).

Cuanto más cercano al reborde costal se encuentre el defecto, mayor repercusión muscular y funcional tendrá el mismo. A medida que se aleja del mismo, hay dos zonas conflictivas de variable jerarquía y de diferente solución: (a) línea blanca externa, (b) vaina del recto.

En esta zona, el sector externo de los músculos anchos en general presenta menor repercusión.

Estos son los defectos más frecuentes, pero no deben olvidarse otros menos comunes pero

que también plantean problemas terapéuticos serios, como son los defectos secundarios a laparotomías paramedianas y de incisiones oblicuas en uno u otro sentido. Estas últimas sin embargo, no son en general tributarias de los beneficios de las IRP salvo excepciones (Fig. 12). Pueden si emplearse, entre otros recursos, la rotación de la hoja anterior de la vaina del recto contralateral, rotación del músculo pectoral mayor, etc.

En los defectos determinados por eventraciones subcostales o transversas, en nuestro medio, en 1930, Del Campo⁽²¹⁾ propuso el deslizamiento del recto homolateral, por liberación de sus inserciones, para obturar estos hiatos. Al mismo se asocia el descenso de la hoja anterior de la vaina del recto y del músculo oblicuo mayor. Este método tiene el inconveniente de que exige extensas disecciones regionales para su ejecución. También en nuestro medio, se empleó el diafragma liberado en su sector anterior para posibilitar el cierre⁽²³⁾.

Todos estos procedimientos descriptos son más artificios técnicos obturadores (traslaciones, rotaciones, deslizamientos) que auténticas IRP. Sin embargo, existen posibilidades de efectuar IRP funcionales en esta topografía, a condición de que el defecto no sea efectivamente grande o independientemente de su tamaño, que no comprometa o sólo lo haga parcialmente, al

recto homolateral. Esta última eventualidad es infrecuente. Pese a ello, algunos autores creen que los grandes defectos no aceptan la IRP y recurren al empleo de plastias⁽⁶⁹⁾.

En la reparación de los defectos transversos del hipocondrio derecho pueden utilizarse varias IRP (Fig. 12):

- a) Posterior de la vaina homolateral, a condición de que el recto se encuentre conservado.
- b) Controlateral anterior tendinosa, que permite el desplazamiento lateral de la línea blanca.
- c) Inferior del tendón del oblicuo mayor, que cumple sobre todo funciones de deslizamiento.

En los flancos, su reparación puede beneficiarse del empleo de una o más IRP (Fig. 13). Entre ellas:

- a) Posterior de la vaina homolateral (en este caso en general el recto se encuentra sano), la cual libera al transverso.
- b) Anterior de la vaina homolateral, que libera al oblicuo mayor.
- c) Secciones paralelas al defecto del oblicuo mayor.

2º) *Cuadrantes inferiores*: En esta zona se repiten varias de las características de la situación anterior: (a) predominio de los defectos del lado

derecho, por las mismas causas, (b) frecuencia del compromiso proximal a estructurarse óseas (cresta ilíaca, espina ilíaca), (c)-uso no sistemático de las IRP^(8, 11, 22, 26, 28, 30, 39, 43, 49, 53, 57, 64).



Fig. 12. Reparación de defectos del HCD. Empleo de posibles IRP: (1) Posterior vaina homolateral (recto conservado); (2) Controlateral anterior tendinosa; (3) Inferior del tendón del oblicuo mayor (deslizamiento).

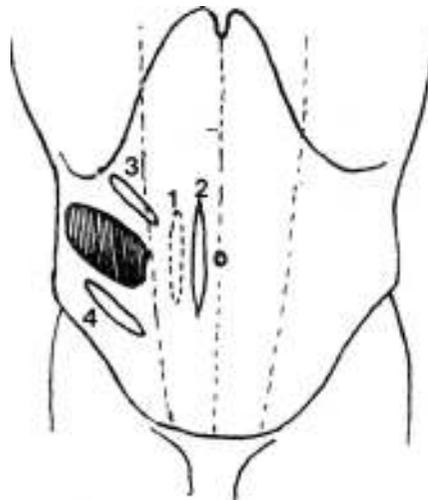


Fig. 13. Reparación defecto de flanco. IRP posibles: (1) Posterior vaina homolateral; (2) Anterior vaina homolateral; (3) y (4) Tendón del oblicuo mayor.

En general son grandes eventraciones de incisiones de Mc Burney las que las requieren. Las paramedianas a nivel infraumbilical carecen de posibilidades del empleo de IRP.

A diferencia de las anteriores, el recto usualmente se encuentra indemne. Esto es lo que permite en algunas circunstancias hacer un uso razonado y útil de las IRP (Fig. 14).

Zavaleta⁽⁶⁹⁾ emplea en esta situación una IRP de la hoja anterior de la vaina del recto amplia y alta, a distancia del defecto. En general las que se pueden emplear son todas las anteriores y tendinosas, sea de la vaina, sea del oblicuo mayor.

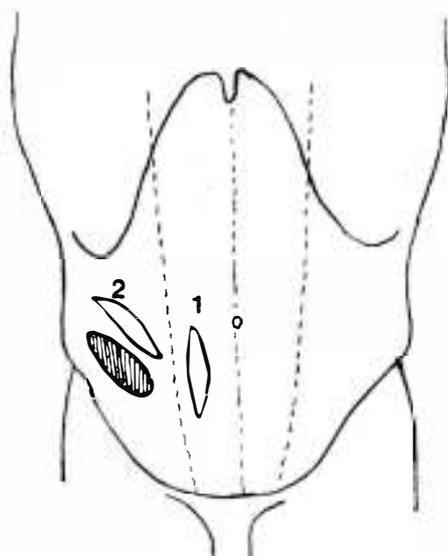


Fig. 14. Reparación defecto de fosa iliaca. IRP posibles: (1) Anterior vaina homolateral; (2) Tendinosa del oblicuo mayor.

RESULTADOS

Evaluar los resultados de estos procedimientos globalmente en las series internacionales es muy difícil por no existir estos datos o por ser muy impreciso o nulo o insuficiente el seguimiento.

Sin embargo, para algunos de ellos existen series aunque limitadas que demuestran que sus resultados pueden ser considerados poco halagüeños^(16, 46)

CASUÍSTICA

Nuestra propia experiencia es limitada, pero la vamos a presentar comparada con otros procedimientos (Cuadro N° 1).

En ese cuadro se comparan los resultados obtenidos con 3 tipos básicos de procedimientos (cierre simple, cierre con IRP y reparaciones con implantes protésicos). Se trata de una valoración global de los resultados, con distintos tipos de enfermos, con patología diferente y de entidad variable. Sin embargo, pese a estas limitaciones, ellas marcan una tendencia útil de precisar. Los casos se refieren solamente a defectos medianos o grandes.

De estos resultados puede concluirse que las IRP dan una falsa sensación de seguridad, siendo elementos de escaso valor para asegurar el buen resultado de una reparación en situaciones extremas.

Todas las recidivas de las mismas ocurrieron frente a grandes defectos, que en realidad deberían haber sido solucionados mediante sustitución parietal.

Pueden rendir un beneficio evidente si se les emplea como ayuda en el cierre de defectos medianos.

Tipo defecto	CIERRE SIMPLE		I. R. P.		IMPLANTES	
	Nº casos	Recidivas	Nº casos	Recidivas	Nº casos	Recidivas
Supraumbilicales	20	4	12	2	25	0
Supracentroabdominales	10	2	7	1	12	0
Transversas HCD	8	2	4	1	10	1
Transversas HCl	1	0	1	0	2	0
McBurney Derecho	18	2	5	0	12	1
McBurney Izquierdo	3	2	5	0	2	0
TOTAL	60	10	30	4	63	2
PORCENTAJE		16.6%		13.3%		3.17%

Si bien esta serie es retrospectiva, tiene valor como guía para realizar estudios prospectivos en los cuales se sistematice el empleo de las mismas. Recién en ese momento se podrá juzgar de modo ajustado su real beneficio frente a situaciones donde se sepa previamente que este existe.

Con esto queremos significar que no se justifica el empleo clásico de las IRP sin criterio ni indicación precisa. Así solo se podrán obtener ideas falsas sobre los resultados, más aún si los seguimientos son magros en número y tiempo, como suele ocurrir en la mayoría de las series.

CONCLUSIONES

Se pueden resumir de los datos precedentes, los siguientes conceptos:

1°) Los criterios clásicos en los cuales se fundó la realización de las IRP en distintas situaciones, carecen en general de valor a la luz de los conocimientos fisiopatológicos y biomecánicos actuales.

2°) La mayoría de los procedimientos, más o menos complejos, basados en el logro de una disminución significativa de la tensión, en realidad actúan más por deslizamiento, traslación o rotación, que por su mentado efecto relajante.

3°) En los defectos medianos, la obtención de la relajación requiere independizar funcionalmente al recto de su vaina. Hecho que sólo se logra cabalmente en el sector supraumbilical.

4°) En los defectos laterales, su posibilidad depende de dos hechos anatómicos básicos: a) proximidad del marco ósteo-cartilaginoso, b) indemnidad del recto anterior homolateral. En esta topografía no existe aún ninguna clase de sistematización de los procedimientos, quedando librada su construcción al criterio de cada autor.

5°) No existe suficiente estudio estadístico de las series internacionales ni precisión en el estudio prospectivo de las mismas, como para poder afirmar la utilidad de este recurso ni su asociación a medios sofisticados.

6°) Pese a no tener suficiente número de casos ni seguimiento adecuadamente prolongado, pensamos que las nuevas IRP propuestas y los métodos para su empleo pueden mejorar los resultados previos.

7°) No debe entretanto confiarse en una IRP como recurso obliterativo adecuado frente a defectos voluminosos o emplazados en las fronteras de la pared abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABEL A.L., CLAIN A. — The surgical treatment of large incisional herniae using stainless steel wire. *Br. J. Surg.* 48: 42, 1960.
- ABEL J.L., HUNT A.H. — Stainless steel wire for closing abdominal incisions and for repair of hernias. *Br. Med. J.* 2: 379, 1948.
- ADLOFF M., WOESSNER M. — Possibilités thérapeutiques en présence d'une grande évéstration abdominale. *J. Méd. Strasbourg* 5: 455, 1974.
- AKMAN P.C. — A study of five hundred incisional hernias. *J. Int. Col. Surg.* 37: 125, 1962.
- ALBANESE A.R. — Eventración mediana xifoumbilical gigante. Método para su tratamiento. *Rev. Asoc. Méd. Argent.* 65: 376, 1951.
- ALBANESE A.R. — Eventración xifoumbilical gigante. *Semana Méd.* 118: 1285, 1961.
- BLOMSTEDT B., WELIN-BERGER T. — Incisional hernias: A comparison between midline, oblique and transrectal incisions. *Acta Chir. Scand.* 72: 275, 1972.
- BRANCH C.D. — Incisional hernia. *N. Engl. J. Med.* 211: 449, 1934.
- BROWSE N.L., HURST P. — Repair of long large midline incisional hernias using reflected flaps of anterior rectus sheath reinforced with marlex mesh. *Am. J. Surg.* 138: 738, 1979.
- CATTELL R. — Incisional and ventral hernia. *Surg. Clin. North Am.* 22: 795, 1942.
- CAVE H.W. — Incidence and prevention of incisional hernias. *JAMA* 101: 2038, 1933.
- CLOTTEAU J.E., PREMONT M. — Cure des grandes évétrations cicatricielles médians par un procédé de plastie aponévrotique. *Chirurgie* 105: 344, 1979.
- COFFEY D. — Citado por (65).
- CROCI F. — Implantación protésica en la Reparación Parietal Abdominal. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, Montevideo, 1982 (Inédita).
- CROCI F., GASTAMBIDE C., PEREZ PENCO E., RABELLINO J. — Implantación protésica retro-rectal en la reparación de las grandes eventraciones de la línea media. *Cir. Urug.* 54: 367, 1984.
- CROCI F., PEREZ PENCO E., CORDAL A., PEREIRA J. — Eventraciones de la línea media. Análisis e indicaciones de los procedimientos de reparación. *Cir. Urug.* (en prensa).
- CURTIS D.T. — Multiple flap repair of ventral hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 116: 247, 1963.
- CHAMPETIER J., LABORDE Y., LETOUBLON C., DURAND A. — Traitement des évétrations abdominales post-opératoires. Bases biomécaniques élémentaires. A propos de 51 cas traités par treillis de mersilène. *J. Chir.* 115: 585, 1978.
- CHEVREL J.P. — Traitement des grandes évétrations médianes par plastie en patelot et prothèse. *Nouv. Presse Méd.* 8: 695, 1979.
- DEITEL M., VASIC V. — A secure method of repair of large ventral hernias with marlex mesh to eliminate tension. *Am. J. Surg.* 137: 276, 1979.
- DEL CAMPO J.C. — Tratamiento de las eventraciones consecutivas a laparotomías transversas supraumbilicales por deslizamiento del recto. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 1: 98, 1930.
- FEKETE F.I., MAILLARD J.N., LORTAT-JACOB J.L. — Les évétrations sur anus iliaque gauche. *Ann. Chir.* 19: 237, 1965.
- GARCIA CAPURRO R. — Cierre de eventración del hipocondrio a expensas del diafragma. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 32: 737, 1961.

24. GETCH A. — Gigantic ventral hernias. *Arch. Surg.* 75: 197, 1957.
25. GIBSON C.L. — Operation for cure of large ventral hernia. *Ann. Surg.* 72: 214, 1920.
26. GUTIERREZ V. — Eventración postoperatoria. *Tratamiento. Congreso Argentino de Cirugía, 13°.* Bs. As. 1941. p. 121.
27. GODQUIN B. — Une technique sûre de réparation des éventrations abdominales post-opératoires: plastie aponévrotique associée à une prothèse. *Chirurgie* 105: 721, 1979.
28. GOLIGHER J.C. — *Surgery of the Anus, Rectum and Colon.* London, Bailliere Tindal, 1975. p. 737.
29. HUREAU J., VAIRE P., MULLER J.M. — Utilization du feuillet antérieur de la gaine du muscle grand droit dans la réparation pariétale abdominale. *Ann. Chir.* 29: 1113, 1975.
30. IASON A.H. — *Hernia.* Philadelphia, Blakiston, 1941.
31. JESSEN C., SORENSEN B.M. — Repair of ventral hernias developing after laparotomy. *Acta Chir. Scand.* 133: 467, 1967.
32. JOHNSON R.F., WHITTING H.W. — Repair of the peritoneum. *Br. J. Surg.* 49: 218, 1962.
33. JUDD E.S. — The prevention and treatment of ventral hernia. *Surg. Gynecol. Obstet.* 14: 175, 1912.
34. KARIPINENI R.C., WILK P.J., DANESE C.A. — The role of the peritoneum in the healing of abdominal incisions. *Surg. Gynecol. Obstet.* 142: 729, 1976.
35. KNIGHT I.A., BROWN G. — The repair of large incisional hernias. *Calif. Med.* 108: 96, 1968.
36. KOONTZ A.R. — Tantalum mesh in the repair of large ventral hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 93: 112, 1951.
37. KOONTZ A.R. — Difficult hernias - Use of tantalum mesh in repair. *J. Int. Coll. Surg.* 16: 637, 1951.
38. KOONTZ A.R. — Failures with tantalum gauze in ventral hernia repair. *Arch. Surg.* 70: 123, 1955.
39. KOONTZ A.R. — Handling of incisional hernias around permanent colostomies and ileostomies. *JAMA* 162: 1156, 1956.
40. KOONTZ A.R. — An operation for large incisional epigastric hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 114: 117, 1962.
41. KOZOLL D.D. — Eventration. En: Nyhus L.M. & Harkins H.N. - *Hernia.* Bs. As., Intermédica, 1967, p. 501.
42. LANFRANCONI A., BURJEL J. — Empleo de un nuevo tipo de mallas en la paroplastias. *Cir. Urug.* 51: 567, 1981.
43. LARGHERO P. — Eventraciones. Profilaxis y Tratamiento. *Directivas fisiopatológicas, anatómicas y técnicas.* Congreso Uruguayo de Cirugía, 3°, Montevideo. 1: 221, 1952.
44. LERICHE R. — D'un procédé transrectal pour la cure des hernies épigastriques et des éventrations spontanées par diastasis des droits. *Lyon Chir.* 39: 574, 1944.
45. LEVY E., PARC R., CUGNENC P.H., BLOCH P., HANNOUN L., NORDLINGER B., HUGUET C., LOYGUE J. — La couverture cutanée abdominale sans traction. *Ann. Chir.* 35: 99, 1981.
46. McGUIRE J., YOUNG D. — Repair of epigastric incisional hernia. *Br. J. Surg.* 63: 125, 1976.
47. MAYO W.J. — Radical cure of umbilical hernia. *JAMA* 48: 1842, 1907.
48. MOORE S.W. — Recurrent abdominal incisional hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 126: 1015, 1968.
49. MUSCA A.A. — Umbilical and ventral herniorrhaphy. A review of 1000 cases. *Int. Surg.* 48: 169, 1967.
50. NOTARAS M.J. — Mesh prosthesis in the repair of large incisional hernias. En: Maingot R. - *Abdominal Operations.* New York, Appleton-Century-Crofts, 1979.
51. PALMA E., DELGADO H. — Tratamiento de las eventraciones abdominales mediante plastia con movilización del reborde costal. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 30: 60, 1959.
52. PONKA J.L. — *Hernias of the Abdominal Wall.* Philadelphia, Saunders, 1980.
53. PRIAN G.W., SAWYER R.B., SAWYER K.C. — Repair of peristomal colostomy hernias. *Am. J. Surg.* 130: 664, 1975.
54. RIVES J. — Le traitement des grandes éventrations. *Minerva Chir.* 32: 749, 1977.
55. RIVES J., PIRE J.C., FLAMENT J.B., CONVERS G. — Traitement des éventrations. *Encycl. méd.-chir., Paris. Techniques Chirurgicales, 4.2.07,* 40165.
56. ROSENBERG I.C., BRENNAN T.G., GILES G.R. — How should tension sutures be tied? A controlled clinical trial. *Br. J. Surg.* 62: 950, 1975.
57. ROSIN J.D., BONARDI R.E. — Paracolostomy hernia repair with Marlex mesh; a new technique. *Dis. Colon Rectum* 20: 299, 1977.
58. ROTHSCHILD N.S. — Treatment of recurrent incisional hernia by flaps of anterior sheaths of rectus. *Ann. Surg.* 101: 754, 1935.
59. SAN MARTIN A.F. — Eventraciones medianas supraumbilicales. Técnica para su tratamiento. *Acad. Argent. Cir.* 32: 328, 1948.
60. SAN MARTIN A.F. — Técnica para el tratamiento quirúrgico de las grandes eventraciones medianas supraumbilicales. *Acad. Argent. Cir.* 33: 189, 1949.
61. SANTOS DUBRA A. — Eventraciones. *Día Méd. Urug.* 173: 385, 1974.
62. SAVARIAUD M. — Procédé de cure des hernies ombilicales par doublement. *Congres Française de Chirurgie, 14°.* 1901, p. 579.
63. STONE H.B. — Umbilical hernia: method of operative treatment. *Arch. Surg.* 12: 404, 1926.
64. SUGARBAKER P.H. — Prosthetic mesh repair of large hernias at the site of colonic stomas. *Surg. Gynecol. Obstet.* 150: 576, 1980.
65. TAUBENSCHLAG H. — Hernias umbilicales recidivadas. *Congreso Argentino de Cirugía, 13°.* Bs. As., 1941, p. 1.
66. WATSON L.F. — *Hernia.* St. Louis, Mosby, 1948.
67. WELTT H., EUDEL F. — Un procédé de cure radicale des éventrations post-opératoires pour autoétalement des muscles grandes droites après incision du feuillet antérieur de leur gaignes. *Mém. Acad. Chir.* 28: 791, 1941.
68. WOLFLER A. — Zur Radikaloperation der Freien Leistenbrüches. *Beitr. Chir. (Festchr. Gewidmet Theodor Billroth).* Stuttgart 1892, p. 552.
69. ZAVALETA E., URIBURU J.V., GOMEZ M.A. — Consideraciones generales sobre el tratamiento quirúrgico de las eventraciones. En: Nyhus L.M. & Harkins H.N. - *Hernia.* Bs. As., Intermédica, 1967. p. 521.