

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Reparación de hernia inguinal mediante plastia con vaina de recto abdominal. ¿Mantiene vigencia la operación de Berger?

Dres. Gustavo Ribero <sup>1</sup>, Sergio Sauto <sup>2</sup>, A. Derbogosián <sup>2</sup>, L Caviglia <sup>2</sup>

## Resumen

Los autores presentan una experiencia preliminar en reparaciones herniarias mediante autoplastia con vaina del recto. Se trata de una modificación de la operación de Berger, aplicada en 14 casos con buenos resultados. Se aportan detalles de la técnica empleada, sus fundamentos, indicaciones y resultados. Se concluye que la autoplastia tipo Berger es una alternativa interesante en el tratamiento de la hernia inguinal y sus recidivas, destacándose como técnica libre de tensión, y asociable a otros procedimientos de corrección de la hernia inguinal.

## Summary

The authors present preliminary experience in herniary repair by means of autoplastia with rectus abdominis sheath. It is a modified version of Berger's operation, which was applied in 14 cases with good results. Authors provide technical details, its basis, indication and results. They arrive to the conclusion that autoplastia of the Berger type is an interesting alternative in the treatment of inguinal hernia and its recidives; it is a strain-free technique which can be associated to other inguinal hernia correction procedures.

**Palabras clave:** Hernia inguinal  
Pared abdominal

## Introducción

La hernioplastia autóloga parra la corrección de la hernia inguinal o sus recidivas se ha sustituido en los últimos años por la colocación de mallas protésicas, como elemento de refuerzo de los puntos débiles de la pared inguinal posterior. La cirugía laparoscópica prodiga el uso de estas técnicas por vía intraperitoneal, lo cual aún es motivo de controversia. Los avances tecnológicos y quirúrgicos no deberían sustituir las directivas y principios básicos de la cura de hernia, y los resultados de todo nuevo procedimiento deben ser sometidos a la prueba del tiempo <sup>(1-3)</sup>.

En razón de ello es que nos interesamos en la hernioplastia inguinal con la aplicación y modificación de la clásica *operación de Berger*<sup>(4)</sup>. Este procedimiento consiste en la creación de un flap continuo de vaina del recto, reclinado sobre su borde externo y tendido sobre el triángulo de Hesselbach. Este colgajo es fijado a la cintilla de Thompson, tendón conjunto y orificio profundo, terminando en la vaina del recto.

El hecho de haber intervenido hernias inguinales en las cuales las estructuras de descenso planteaban dudas acerca de su calidad conectiva y capacidad plástica motivó la puesta en práctica de este recurso técnico.

Las ventajas de este proceder son la utilización de tejido biológico autólogo de gran riqueza conectiva y buena resistencia a la tensión, con mínima alteración de la anatomía locoregional.

Los objetivos de este trabajo son la presentación de los aspectos técnicos del procedimiento, sus indicaciones, modalidades de confección y fijación de los flaps, y los resultados obtenidos en una serie prospectiva preliminar.

## Material y método

Entre los meses de febrero a 1995 y abril de 1996

1. Asistente Clínica Quirúrgica

2. Médico residente de cirugía

Clínica Quirúrgica "A" (Director: Prof. Dr. F. Crestanello), Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de octubre de 1996.

**Correspondencia:** Dr. G. Ribero. Cebollati 1576 apto. 405.

CP 11.600 Telefax: 49 67 38.

E-mail Gribero@netgate.comintur.com.uy.

**Tabla 1.** Tipo de hernia inguinal

Caso	Tipo	Lado
1	Inguinal oblicua externa	Derecho
2	inguinal oblicua externa	Derecho
3	Inguinal oblicua externa	Izquierdo
4	Inguinal directa	Derecho
5	Inguinal oblicua externa	Derecho
6	inguinal oblicua externa	Derecho
7	Inguinal oblicua externa	Izquierdo
8	Inguinal oblicua externa	Derecho
9	Inguinal oblicua externa	Derecho
10	Inguinal directa	Derecho
11	Inguinal oblicua externa	Izquierdo
12	Inguinal oblicua externa	Derecho
13	Inguinal oblicua externa	Derecho
14	Recidiva inguinal	Izquierdo

**Tabla 2.** Síntomas al ingreso

Caso	Motivo de consulta	Tiempo de evolución
1	Dolor	2 años
2	Irreductibilidad	3 años
3	Atascamiento	12 horas
4	Dolor	4 años
5	Atascamiento	24 horas
6	Dolor	2 años
7	Dolor	6 meses
8	Dolor	14 meses
9	Dolor	9 meses
10	Dolor	10 meses
11	Irreductibilidad	6 meses
12	Dolor	1 año
13	Dolor	9 meses
14	Irreductibilidad	16 meses

**Tabla 3.** Oportunidad, estado de las estructuras fibroligamentarias y reparaciones realizadas

Caso	Oportunidad	T. conjunto			F. transversalis			Reparación
		P	A	D	B	R	D	
1	Coordinación	Sí	Sí				Sí	Mc Vay + OBM
2	Coordinación	Sí					Sí	Bassini + OBM
3	Urgencia	Sí	Sí				Sí	Mc Vay + OBM
4	Coordinación	Sí	Sí				Sí	Bassini + OBM
5	Urgencia	Sí	Sí				Sí	Shouldice + OBM
6	Coordinación	Sí	Sí				Sí	Bassini + OBM
7	Coordinación	Sí	Sí				Sí	Bassini + OBM
8	Coordinación	Sí	Sí					Shouldice + OBM
9	Coordinación	Sí			Sí			Bassini + OBM
10	Coordinación	Sí			Sí			Bassini + OBM
11	Coordinación	Sí	Sí					Bassini + OBM
12	Urgencia	Sí			Sí			Bassini + OBM
13	Coordinación	Sí			Sí			Bassini + OBM
14	Urgencia	Sí	Sí					Bassini + OBM

P: presente; A: ausente; D: débil; B.: buena; R: regular; OBM: operación de Berger modificada

hemos intervenido 85 hernias inguinales en el Servicio de Cirugía del Hospital de Rivera. Se practicaron 14 hernioplastias autólogas con vaina del recto, aplicando una modificación de la clásica operación de Berger<sup>(4)</sup>.

La muestra está integrada por pacientes de sexo masculino, cuyas edades oscilaron entre 41 a 70 años con una media de 55,5. Diez pacientes fueron intervenidos de coordinación y cuatro de urgencia, once fueron sometidos a anestesia local y tres casos se operaron con anestesia regio-

nal. Ningún paciente presentó patología cardiorrespiratoria metabólica u orgánica de importancia.

El tipo y variedad de hernia inguinal, el motivo de consulta, el estado de las estructuras fascioligamentarias, y las reparaciones practicadas se presentan en las tablas 1 a 3.

La incisión realizada fue una herniotomía inguinal oblicua. En la exploración se encontró un tendón conjunto ausente 2/14, y débil 5/14. La fascia transversalis fue débil 2/14, regular 5/14.

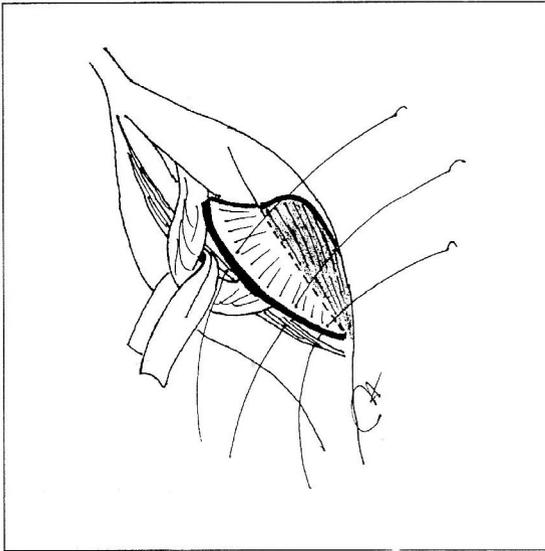


Figura 1.

En todos se conservó el cremáster externo y dejamos el cordón en el celular bajo la fascia de Scarpa. En las hernias inguinoescrotales de gran tamaño dejamos sistemáticamente drenaje transescrotal en la zona más declive de la bolsa.

Los elementos que decidieron la conducta de reparación plástica con vaina del recto fueron:

1. brecha herniaria grande;
2. transversalis de mala calidad;
3. tendón conjunto débil o ausente.

Los clásicos procedimientos de reparación realizados fueron reforzados con distintos tipos de colgajos de hoja anterior de vaina de recto. La hernioplastia autóloga utilizada fue la operación de Berger modificada.

Consiste en la confección de un colgajo aponeurótico triangular o longitudinal, con vértice en la parte baja de la vaina y base abierta en abanico, tendida por delante de la reparación practicada previamente. El colgajo incluye el pilar inguinal interno homolateral. La confección del colgajo crea una ventana en el tercio inferior de la vaina del recto, que en la original operación de Berger es cerrada al finalizar, generando una reparación a tensión.

### Aspectos técnicos

La herniorrafia tipo Berger modificada se realiza con un colgajo triangular con vértice interno sobre la parte baja de la vaina del recto anterior y su punto de fijación es el tubérculo pubiano con-

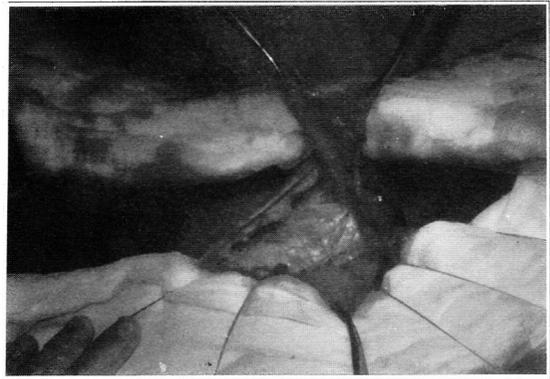


Figura 2. Colgajo de vaina a pedículo inferior Bassini terminado



Figura 3. Autoplastia terminada. Fibras del recto expuestas que luego se cierra la vaina. Cremáster externo conservado

tralateral; su base, que es el sector de descenso, se sutura en la vaina del recto, pilar externo, orificio profundo. Este colgajo se confecciona a expensas del pilar inguinal interno <sup>(5)</sup>.

Los colgajos utilizados fueron de dos tipos: a) *colgajo triangular*: tiene su punto de apoyo en el pubis del otro lado y se amarra a la cintilla de Thomson; b) *colgajo longitudinal*: se confecciona seccionando el pilar inguinal interno transversalmente a su eje mayor; tiene como punto de apoyo medio al ligamento de Henle y la inserción distal del pilar interno y se amarra al Thomson, orificio, y tendón conjunto ya descendido (ver figuras 1 a 3).

Aplicamos una incisión vertical paramediana en la hoja anterior de la vaina del recto anterior <sup>(6)</sup>. Movilizamos el colgajo separándolo de adherencias fibrosas que lo vinculan a la vaina del piramidal. Se abre una verdadera ventana en la vaina por donde asoman las fibras carnosas del músculo. El *flap* lo fijamos con puntos separados de poliamida, comenzando en el tubérculo pubia-

no, cerrando el ángulo pubiano con punto de Ponka, seguimos por la vertiente posterior del pilar externo en dirección al orificio profundo. Así colocado, el *flap* cubrirá el orificio profundo y el plano de reparación previamente ejecutado. El cordón es desplazado hacia afuera, quedando lateral respecto de su posición normal, tal como sucede en las reparaciones tipo Fruchaud. Esta disposición del cordón disminuiría la incidencia de recidiva oblicua externa para estas reparaciones (7,8).

La ventana de la vaina puede o no ser cerrada; nosotros preferimos no cerrarla para evitar una reparación con tensión exagerada. Dejarla abierta equivale a una incisión de descarga.

Cuando este procedimiento se asocia con la técnica de Mc Vay la estructura de amarre inferior del flap puede ser la cintilla de Thomson o el ligamento de Cooper (9).

## Resultados y discusión

Creemos que las reparaciones se ven beneficiadas con la asociación de una operación de Berger modificada.

La vaina del recto y el pilar inguinal interno no se ven influenciados por la patología herniaria manteniendo su buena calidad conectiva. Esto hace que puedan ser seleccionados independientemente del tipo de hernia y el estado de la pared abdominal.

Su asociación a la técnica canadiense puede considerarse un exceso pero, si la fascia transversalis no es buena, no habría inconvenientes en aplicar este procedimiento.

Son colgajos fáciles de ejecutar, su rotación es sencilla y las superficies son suficientes para cubrir la totalidad de la región inguinal (10,11).

El cordón queda en el plano del celular subcutáneo dado que luego de terminada la línea de sutura de los colgajos, los pilares han sido utilizados y no son suficientes para cubrir el cordón. Otros procedimientos clásicos mantienen el cordón en el celular subcutáneo, siendo discutible si esto incide en el desarrollo de atrofia testicular (12,13).

En el momento actual en que se han desarrollado técnicas de reparación libres de tensión, pero con material protésico (Lichtenstein) (14), la reparación con tejidos autólogos nos parece una buena alternativa sin los riesgos del uso indiscriminado de materiales plásticos utilizados quizá en muchos casos en forma innecesaria.

## Conclusiones

Se trata de un procedimiento de fácil ejecución, rápido montaje, no aumenta el tiempo quirúrgico y puede realizarse con anestesia local. Estos colgajos se comportan como verdaderas plastias autólogas que refuerzan sin tensión la región inguinal.

Las estructuras utilizadas son constantes y de gran capacidad conectiva, la alteración anatómica que se genera en la vaina del recto no tiene traducción clínica, sabiendo que ésta no participa en la continencia de las regiones herniarias vecinas.

Cualquiera de los dos tipos de colgajos descritos son útiles, pudiendo seleccionar uno u otro según los hallazgos operatorios. Preferimos no cerrar la vaina del recto, lo cual asegura una reparación sin tensión a la manera de una amplia incisión de descarga.

De la experiencia recogida en esta serie, parece surgir que el colgajo longitudinal es el de más fácil confección y el colgajo triangular puede aplicarse en recidivas herniarias con buen resultado.

## Bibliografía

1. **Monod et Vanverts.** Cure radicale des hernies. In: *Traité de technique opératoire*. Paris: Masson, 1908: 301 (Cap. 11).
2. **Poulet J.** Cure radicale des hernies meme chez les vieillards par la methode a lambeau fibreuse. *Lyon Med* 1893;74:410.
3. **Fruchaud H.** Anatomie chirurgicale des hernies de l'aîne. Paris: G. Doin, 1956.
4. **Berger P.** La hernia inguino-interstittielle et son traitement par la cure radicale. 14<sup>o</sup> Congres Française de Chirurgie 1901:564 et *Rev de Chir* 1902;XXV.
5. **Mc Vay CB, Anson and Mc Vay.** *Surgical Anatomy* 6<sup>a</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders, 1984:556.
6. **Ponka JL.** The relaxing incision in hernia repair *Am J Surg* 1968;115:552.
7. **Greenburg AG.** Revisiting the recurrent groin. *Am J Surg* 1987;154:35.
8. **Condon RE, Gordon L.** Hernia inguinal recidivante. Reintervenciones en la cirugía herniaria. In: *Thompkins RK. Reintervenciones en cirugía*. Barcelona: Doyma, 1991:209 (Cap. 10).
9. **Rutledge RH.** Cooper ligaments repair. *Surg Rounds* 1989;12:17.
10. **Nissen HM.** Constriction of the femoral vein following hernia repair. *Acta Chir Scand* 1975;141:279.
11. **Law NW, Ellis H.** Adhesion formation and peritoneal healing on prosthetic materials. *Clin Materials* 1988;3:95.
12. **Berliner Stanley.** Biomateriales en la plástica herniaria. In: *Nyhus L. Hernias*. Buenos Aires: Panamericana, 1991: 522 (Cap.38).
13. **Condon R.** Plástica con prótesis de la hernia abdominal. In: *Nyhus L. Hernias*. Buenos Aires: Panamericana, 1991:538 (Cap.39).
14. **Lichtenstein IL, Shulmann AG, Amid PK.** The tension-free hernioplasty *Am J Surg* 1989;157:188.