

NUEVO PROCEDIMIENTO OPERATORIO EN "HERNIAS
INGUINALES" (*)

434 Operados

Dr. Juan C. Pravia

En la cura operatoria de las hernias inguinales se han descrito y verificado infinidad de procedimientos. Todos tienen como razón de ser, el de que la recidiva no se produzca. Vale decir que se pueda constituir una pared abdominal que sea lo suficientemente fuerte, para que al contrarrestar los esfuerzos del operado, no se reproduzca su hernia.

Este procedimiento que presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía, tiene también ese objeto, el tiempo y los hechos, fortificarán, o no, en el futuro tal pretensión.

La hemos efectuado en el año 1934 por primera vez, y la hemos seguido practicando hasta convencernos que es un procedimiento eficaz y sin recidivas...

Y esta pretensión está justificada por el hecho que la hemos practicado en ciertos enfermos, que se siguen diariamente durante muchos años después de operados, y hasta ahora la recidiva han sido nulas.

Es un tratamiento común para todas las hernias inguinales, directas, oblicuas, internas o externas.

Mi mayor deseo es que los compañeros de la Sociedad de Cirugía lo practiquen y a su vez saquen las conclusiones necesarias y tengan la amabilidad de comunicarlo a esta Sociedad, para poder tener una mayor garantía y una mayor seguridad en las apreciaciones del método.

Empleamos en general casi siempre la anestesia local.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 2 de junio de 1943.

Después de incidir piel, tejido celular, ligar los vasos, descubrimos la aponeurosis.

Incidimos la aponeurosis del gran oblicuo, en la parte alta del canal inguinal, paralelamente a la arcada crural: el objeto es dejar un colgajo grande, en la parte inferior del gran oblicuo en

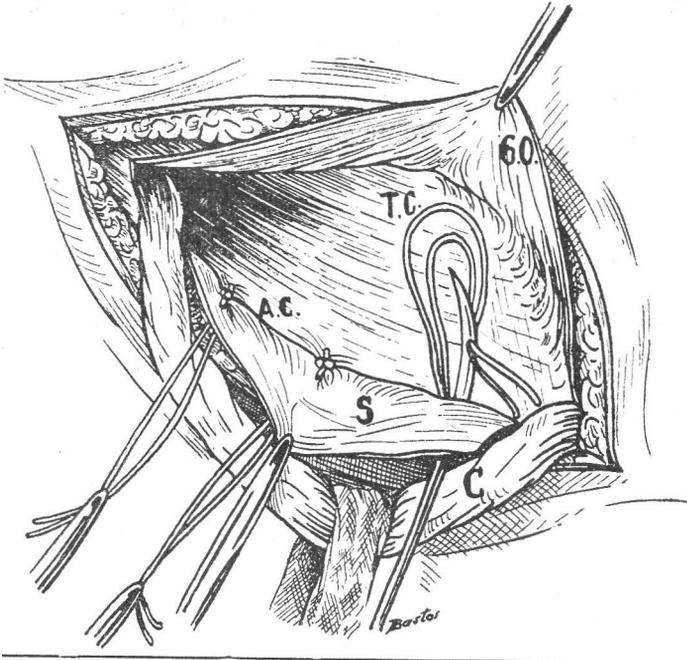


FIG. N° 1. — Sutura del tendón conjunto a la arcada crural, con catgut 40 días, 3 ó 4 puntos dejando los catguts largos, después de anudados. En este momento ponemos al enfermo semi-sentado. Luego pasamos estos catguts, al través de la solapa aponeurótica hacia la cara cutánea de ella, bien al ras de la arcada crural. Como se ve en la figura: 2 puntos pasados y 1 lo vamos a pasar (el inferior).

forma de “solapa” adherido a la arcada crural. Buscamos el cordón con sus elementos y resecamos el cremáster interno y externo, para dejar el cordón con sus elementos solamente, con el saco a los lipomas pre-herniarios que puedan haber. Tratamos que al final de la operación tengamos un cordón poco grueso, resecando saco y lipomas pre herniarios.

El cordón con sus elementos lo dejamos en el tejido celular

sub-cutáneo (1ª manera), saliendo por la parte alta de la herida, y cuando es posible le hacemos un bucle.

En la 2ª manera, dejando el cordón en el tejido celular sub-peritoneal, y lo sacamos por la parte inferior de la herida, cuando el cordón es corto y no viene fácilmente. La hemos hecho pocas

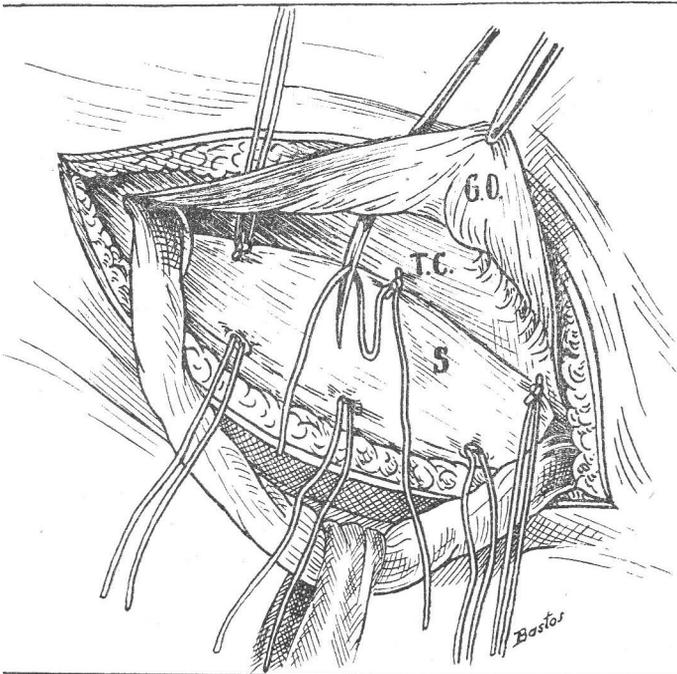


FIGURA N° 2. — La solapa “parte inf. del gran oblicuo” la sutu-ramos en su borde superior a la cara anterior del tendón conjunto, con 2 ó 3 puntos, dejando los catguts largos, que a su vez lo pasamos hacia la cara sub-cutánea del gran oblicuo, a 5 ó 6 centímetros de su borde inf., catgut por catgut, para dejar un puente aponeurótico y fijar bien el punto futuro. En la figura se ve el punto alto pasado, el mediano vamos a pasar un catgut y el inferior sin pasar todavía.

veces, por considerar que sufre mucho más el cordón, a su salida en la parte inferior, que es muy aponeurótica y fibrosa en todos sus planos.

Reconstrucción de la pared músculo-aponeurótica. — La explicaremos junto con las figuras o esquemas para mayor comprensión. Ver las leyendas debajo de cada figura.

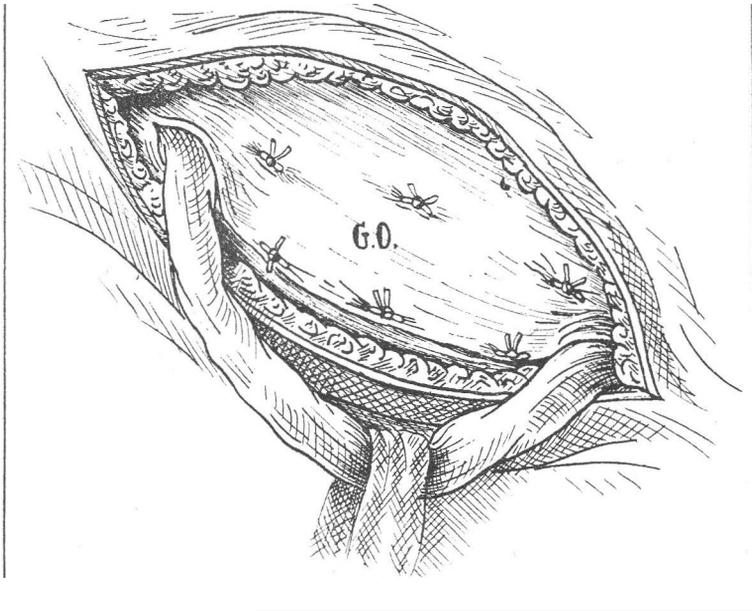


FIGURA Nº 3. — Traccionamos, con 2 pinzas fuertemente hacia abajo al gran oblicuo por su borde inferior y anudamos los puntos superiores. Luego los puntos inferiores de la arcada, los suturamos al borde inferior del gran oblicuo, uniendo así este borde a la arcada crural.

En esta forma de sutura, el trabajo futuro de la gran palanca del gran oblicuo (en su contracción), se reparte en dos superficies distintas. Pero en la parte sup. en el tendón conjunto y en la parte inferior en la arcada crural.

La pared post queda formada por tres planos que son: del tej. celular sub-peritoneal a la piel. 1º Tendón conjunto; 2º Solapa y 3º Aponeurosis del gran oblicuo.

Operaciones efectuadas por este procedimiento:

Del año 1934 al año 1941	48
1942	11
194	10
3	50
194	76
4	55
1945	184
1946	
194	434 operados
7	

Dr. E. Mourigán. — Primero quiero felicitar al Dr. Pravia por su presentación. No es fundamental en el problema de la hernia, aunque mucho se ha escrito, la fisiología del canal inguinal. Creo que no consiste el problema en esa cuestión; nosotros a veces hacemos la Medicina y Cirugía no respetando la fisio-patología, ni la fisiología normal; a veces creamos fisiología nueva y lo que interesan son los resultados.

Así que sí el Dr. Pravia nos trae una experiencia de 14 años con 434 casos atendidos, y que él ha tenido la oportunidad, cosa muy importante que en nuestro medio no se puede realizar muy bien, de seguir los enfermos, yo creo que el procedimiento del Dr. Pravia es un procedimiento bueno. Eso no quiere decir que sea excluyente ni que sea el único. Personalmente, por ejemplo, hace unos diez años que suturo directamente el borde externo de la vaina del recto a la arcada **crural** en cualquier clase de hernia y dejo, siempre que puedo, al cordón en la disposición natural, es decir entre dos planos y en un trayecto oblicuo entre dos superficies: una profunda y otra superficial.

Estoy muy conforme con los resultados, sobre todo que hago levantar precozmente las hernias, las levanto a las 24 horas, y tengo que cuidar muy bien el procedimiento quirúrgico que elijo para operarlos. Por eso yo digo, que en general en las hernias inguinales, no hay debilidad de la pared, aunque parezca esto ir en contra de lo que todo el mundo observa, porque siempre por más débil que sea un enfermo, aunque sea un caquéctico, aunque tenga fundidas sus masas musculares conserva el borde externo de la vaina del recto que es el punto donde los músculos anchos del abdomen entran en aponeurosis y siempre están los músculos de muslos y abdominales que determinan la arcada crural y soldando solamente esas dos formaciones, no he tenido inconveniente en reparar la pared abdominal a ese nivel.

Ahora, uso hilo no reabsorbible, por el convencimiento, basado en la experiencia de que no puede haber sólida cicatrización entre tejidos adultos conjuntivos, tejidos que prácticamente no son cruentos.

Así que, repito, felicito al Dr. Pravia. Creo que la única manera de encarar por ahora la terapéutica de la hernia inguinal, es traer resultados, resultados alejados. También digo que en el fondo, el procedimiento se realiza como plastia inguinal, parecido a la plastia de injertos libres de piel, en que se refuerza la pared inguinal a ese nivel con un fragmento de piel que vendría a tener la misma colocación que la solapa que dice el Dr. Pravia.

Dr. Prat. — En esta comunicación tan concreta y sintéticamente presentada como lo ha hecho el Dr. Pravia, uno no puede darse cuenta perfecta del valor de un método. Pero dada la sinceridad con que la ha presentado el Dr. Pravia, por mi parte estoy dispuesto y le hago el ofrecimiento de invitarlo a operar en el Instituto de Clínica Quirúrgica algunos casos de hernia, porque la función del Instituto es contribuir al progreso

de la cirugía y entonces, tanto yo como mis asistentes, tendremos gran placer e interés en comprobar el perfeccionamiento de esta nueva técnica. Ahora bien, considero que el tema del tratamiento de la hernia, es muy extenso y como creo que estamos hablando entre cirujanos de carrera, de manera que muchos de los detalles técnicos los voy a dejar de lado y me preocuparé de insistir en lo capital de lo tratado por el Dr. Pravia. . Me parece que el procedimiento que nos ha descrito el comunicante, está dentro de los cánones generales y habituales: cuando realiza el método del cordón anterior es el Potemsky, cuando hace el método del cordón posterior es el Forgue. Ahora bien, tiene en su técnica algunos detalles interesantes sobre la manera de suturar la pared. Muy bien, lo fundamental de esta fijación de la pared estriba en la unión del pequeño oblicuo, transverso y el conjunto a la arcada crural que no pude comprender bien cómo lo hace, pero me parece haber oído que lo sutura al borde posterior de la arcada o a toda la arcada. He insistido bastante en mi práctica quirúrgica sobre esto, porque precisamente, si esta sutura se hace como indican los clásicos o como lo hacen algunos cirujanos, esta sutura hecha al borde posterior de la arcada y que fija ahí el borde del pequeño oblicuo transverso y conjunto; cuando el enfermo hace un esfuerzo de extensión del cuerpo, ese movimiento disocia las fibras de la arcada, dispuestas longitudinalmente de la espina ilíaca al pubis; la arcada abre todas sus fibras, porque la tracción las disocia y ellas tienen muy poca resistencia en la tracción vertical. Para evitar esto, tomo toda la arcada pasando el hilo con una pinza por debajo de la arcada, entre ella y la fascia ilíaca, hilo que atraviesa el gran oblicuo de fuera adentro por encima de la arcada y que se fija luego arriba en el borde inferior del pequeño oblicuo y transverso y tendón conjunto, que queda perfectamente solidarizado con la arcada. Se colocan así de tres a cinco puntos.

No entendí bien cómo hace esta sutura el Dr. Pravia, pero en mi práctica, se hace tomando toda la arcada para cerrar el plano posterior del canal y se realiza un cierre perfecto que no rompe ni desgarras.

La otra parte interesante es que realiza la sutura de los dos bordes del gran oblicuo, efectuando su superposición, en forma de sobretodo o de saco, como Squirru y Finochietto lo han preconizado hace muchos años; pero estos cirujanos hacen esta superposición con ligeras diferencias a lo indicado por el Dr. Pravia.

La técnica o superposición del gran oblicuo, constituye un principio quirúrgico que los americanos del Norte y los argentinos, le han dado mucha importancia, habiendo insistido hace mucho tiempo en su realización y lo practican regularmente. El Dr. Pravia nos habla de la sutura habitual y corriente del tendón conjunto, pero no siempre los cirujanos contamos con este tendón como formación anatómica resistente, que permita una sutura firme y segura. A veces ese pequeño oblicuo y transverso es una simple telita de cebolla, es un algo sin resistencia, fibras dispuestas sobre la fascia transversalis, que no permiten tentar sutura alguna. Otras

veces en una cantidad bastante importante de casos, el tendón conjunto no realiza su curva normal y no va a insertarse en el pubis, sino que pasa directamente como un puente por la parte inferior de la región inguinal y se desliza directamente sobre la vaina del recto, dejando libre el triángulo de Hessert a base interna, constituida por el borde externo del gran recto; el borde superior está representado por el borde inferior del peq. oblicuo y transverso y el borde inferior, por la arcada.

En estos casos en que no hay conjunto o que el borde inferior del peq. oblicuo y transverso está muy alto, cuatro o cinco centímetros, me pregunto, cómo se le puede suturar a la arcada y que si se hace, estoy convencido que cuando el enfermo haga un movimiento cualquiera esta sutura se rompe porque ella no se aguanta y no se sostiene; de manera que esto tiene importancia y tenemos que tener en cuenta, que hay casos en que esta sutura no se puede hacer y hay que recurrir entonces al método de la plastia de la vaina anterior del recto (Halsted), plastia que viene a sustituir la ausencia del conjunto y poder cerrar así el canal inguinal adentro.

Considero que los diferentes métodos y las plastias son procedimientos que se aplican según cada caso y según las características anatómicas de cada paciente.

Me permito felicitar al Dr. Pravia porque nos presenta una estadística completa, con operaciones realizadas personalmente por él. Creo que esto es lo fundamental de la comunicación; generalmente cuando presentamos las estadísticas de hernias, éstas corresponden a una clínica; ahora bien, las fistulas, las hernias en las clínicas, es el trabajo de cocina, que realiza generalmente el último llegado, precisamente lo contrario de lo que debiera ser, porque si un médico o cirujano tiene que operarse de una hernia o una fistula, no recurre a cualquiera, sino al mejor cirujano, porque sabe que las secuelas que se produzcan lo van a tener molestado para toda su vida; sin embargo, hemos cometido ese error de no haber establecido que nuestros ayudantes se perfeccionen en la técnica antes de actuar intensivamente en esta cirugía que es la cirugía más corriente en las clínicas.

Precisamente en esta misma tribuna ha hablado el Profesor Chifflet manifestando que quedó horrorizado cuando en la Caja de Pensiones, vió la elevada cantidad de hernias que habían recidivado, al punto que fué tal su impresión, que en muchos casos de cierta edad o cuando comprobaba que no tenían pared resistente, él, cirujano muy distinguido, le indicaba un braguero al enfermo.

Ese convencimiento lo tuvo porque veía tanta recidiva y cuando uno oye hablar a cirujanos de tal experiencia que han comprobado los resultados de estas estadísticas con tan extraordinaria cantidad de recidivas, uno se pregunta si esto tiene que ser siempre así. He tenido la oportunidad de revisar el trabajo sobre Tratamiento de la Hernia Inguinal de Fergue, del año 1908, donde realiza un magnífico estudio sobre su procedimiento

terapéutico de esta hernia; trabajo que podría reeditarse hoy día sin desentonar a los cuarenta años de publicado, en el que establece que tanto Hochemeg como Forgue y algunos cirujanos norteamericanos que cita. sólo tienen un 2 a 3 % de recidivas. ¿Por qué? Porque son esos des-tacados cirujanos los que realizan personalmente esa cirugía de manera que aplican una técnica perfecta, hecha con todo cuidado y experiencia y no como pasa habitualmente que en 500 ó 600 hernias operadas en nuestras clínicas, son intervenidas por el que menos actuación y experiencia tiene para esta cirugía y de ahí los resultados deficientes que se obtienen.

En este caso es de felicitar al Dr. Pravia porque se ha dedicado a una cirugía, que bien merece que un cirujano de carrera se consagre a ella y consiga así los resultados que él ha obtenido.

Creo sinceramente que quizás el método operatorio pueda tener su influencia en los resultados, pero posiblemente la influencia mayor y fundamental, es que la ha realizado un solo cirujano de carrera que cumple todos los tiempos perfectamente y que sabe aplicar una técnica conveniente y perfeccionada en cada caso.

Dr. J. C. Pravia. — Yo agradezco, Sr. Presidente, a la Sociedad de Cirugía, la benevolencia con que han recibido mi colaboración, que en pocas páginas he expuesto; condensando un trabajo tesonero durante 14 años.

Debo agradecer también al Dr. Prat, la invitación que me ha hecho, para operar en el Instituto de Clínica Quirúrgica, y le digo que estoy a sus órdenes para cuando lo crea conveniente, y honrado de poder hacer y explicar el procedimiento, en ese Centro de Enseñanza.

Puedo decirles que los enfermos por nosotros tratados, son en su enorme mayoría enfermos del Banco de Seguros del Estado; que se siguen diariamente; que siguen trabajando, y que al menor desfallecimiento de su pared, van a consultar al Banco de Seguros, y este organismo, los manda de nuevo al Hospital.

Por eso, creemos tener por lo menos una seguridad en el método, bastante cierta... bastante aproximada...

Se han hecho distintas apreciaciones en esta sesión; por ejemplo de parte del Dr. Prat que el tendón conjunto a veces casi no existe.

Los enfermos que hemos operado nosotros, son enfermos, jóvenes y viejos, de distintas profesiones; y no sé si será que la suerte me ha acompañado, este tendón conjunto, lo hemos encontrado bastante fácilmente.

En todas las hernias inguinales que he operado en mi vida profesional, que deben llegar a cerca del millar probablemente, siempre he encontrado el tendón conjunto. Pero claro que hay pequeños trucos, para poderlo encontrar, y preconiciendo lo que se va a hacer, yo creo que uno lo encuentra siempre.

Después de cortar el gran oblicuo, en la parte alta, en la parte superior del canal inguinal, y reclinando la solapa aponeurótica hacia abajo;

e introduciendo los dedos para separar el gran oblicuo del transverso en la parte superior de la incisión, reclinando y levantando el gran oblicuo hacia arriba, vamos a encontrar con seguridad el tendón conjunto. Ahora bien, sentando al enfermo ese músculo baja bastante bien; por eso preconizando el método, que vamos a hacer, vamos buscando los elementos con que vamos a reconstruir la pared futura.

Por otra parte, la sutura del tendón conjunto a la arcada crural, la empezamos siempre en la parte inferior, tomando un buen punto de apoyo contra el pubis en el ligamento de Cooper, y haciendo una buena "prise", en la parte fibrosa del tendón conjunto, que bien tomado así baja y baja mucho, al anudar los catguts; y eso nos da la clave, de como vamos a seguir suturando al conjunto a la arcada crural.

Respecto a la parte que no entendió el Dr. Prat, es sencilla: yo tomo toda la arcada crural por la parte interna, como en todos los procedimientos y la uno al tendón conjunto, pero dejamos los catguts largos, después de anudados. Luego paso la aguja del lado del muslo hacia adentro, al través de la arcada; al ras de la arcada, y saco los puntos juntos o separados, hacia abajo, quedando los catguts en la cara cutánea del colgajo (ver fig. N° I).

Otra cosa importante es sentar al enfermo al anudar estos puntos, eso que decía el Dr. Prat y tenía razón; uno puede manipular mejor.

Con respecto al 2° punto que es muy importante y que se refería el Dr. Prat, la probable ruptura de la arcada crural, en la tracción vertical de los puntos. Con nuestro procedimiento tiene forzosamente que quedar muy amortiguada, desde que unimos "toda la arcada crural", por intermedio del borde superior de la solapa a la cara anterior y alta del tendón conjunto y a 5 ó 6 centímetros del borde inferior del conjunto, es una especie de tirador en lámina, que lleva el conjunto hacia abajo, en toda la extensión del colgajo, o solapa (ver fig. 2).

Cuando por cualquier circunstancia, se rompen los puntos que unen la arcada al conjunto, nos queda la solapa así adherida, en toda su extensión, arriba en la parte alta del conjunto y abajo en toda la extensión de la arcada, es un freno, para que el conjunto no se separe de la arcada, y por lo tanto creo que impide la ruptura de la arcada.

En cuanto al otro plano que tenemos para terminar la operación, llevando el borde superior del gran oblicuo, y a su vez suturando el tendón conjunto, cara anterior en su parte alta, y borde sup. de la solapa, lo unimos a la cara interna y alta del gran oblicuo, por transfición (ver fig. 2).

En la contracción del gran oblicuo, en el futuro, va a encontrar dos puntos de apoyo: uno alto, donde se ha hecho la senequia, del gran oblicuo (cara interna), borde sup. de la solapa y parte alta del tendón conjunto; otro en la pared inf. en la arcada misma, formado por borde sup. del gran oblicuo llevado hasta la arcada (con los primeros puntos que pasamos), solapa con la visagra (que es la propia arcada y tendón conjunto (borde inferior)).

Esta puede ser una de las causas posibles, para que este procedimiento, sea más o menos eficaz y las recidivas no se produzcan.

Con respecto al otro problema también planteado, podemos decirle que nosotros hacemos sistemáticamente en forma completa si es posible, la resección de los dos cremásteres, int. y externo, dejando pelado el cordón con sus elementos. Cuando nos damos cuenta, que el cordón en la parte sup. va a salir en un plano aponeurótico, lo acolchonamos en sus dos costados, a su salida, dejando los catguts largos de ambos muñones para esta sutura, no sé si me habré explicado bien; creemos que el cordón debe encontrar músculo en su salida para sufrir menos, y no tejido fibroso o aponeurótico.

Creímos siempre, y estamos más convencidos en estos momentos, que la operación de hernia es para los cirujanos experimentados, por todas las secuelas graves que puedan quedar. No solamente yo, sino mis compañeros de Hospital, hemos operado hernias inguinales reproducidas, donde el tendón conjunto ni siquiera tenía el menor indicio, de haber sido tomado con algún punto anteriormente, estaba intacto, lo que corrobora en mucho lo que decía el Prof. Dr. Prat hace unos instantes.

Es todo lo que tenía que decirles, Sr. Presidente, y no sólo agradecerles, sino también de ponerme a las órdenes de todos, los que desean conocerlo de cerca.

Mis esperanzas son: que, después de haberlo practicado, los colegas, presenten sus resultados a la Sociedad de Cirugía, porque así debe hacerse la Cirugía, exponiendo procedimientos, verificándolos, y trayendo para analizar después sus resultados. El futuro, el tiempo y los hechos en definitiva dirán lo demás.