

TECNICA OPERATORIA EN LA HERNIA INGUINAL (*)

Dr. Abel Chifflet

En Boletines de la Sociedad de Cirugía (Tomo XXI, N° 4, 1950, págs. 418 - 442), salió publicada una comunicación leída en esta Sociedad los días 26 de abril y 3 de mayo de 1950 sobre "Trayecto inguinal y hernia directa", destinada a consideraciones anatómicas y funcionales y a fundamentos de la terapéutica quirúrgica. Hemos seguido realizando la operación allí preconizada. Estamos ampliamente satisfechos de ella, por lo cual deseamos presentar una serie de dibujos en colores realizados por Espósito, explicativo de la técnica.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 1° de junio de 1955.

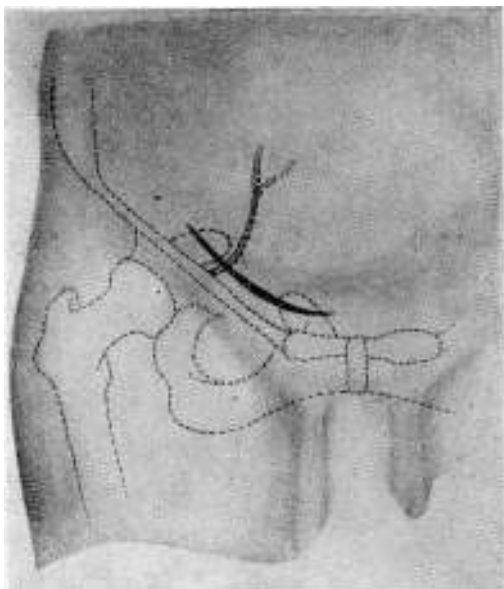
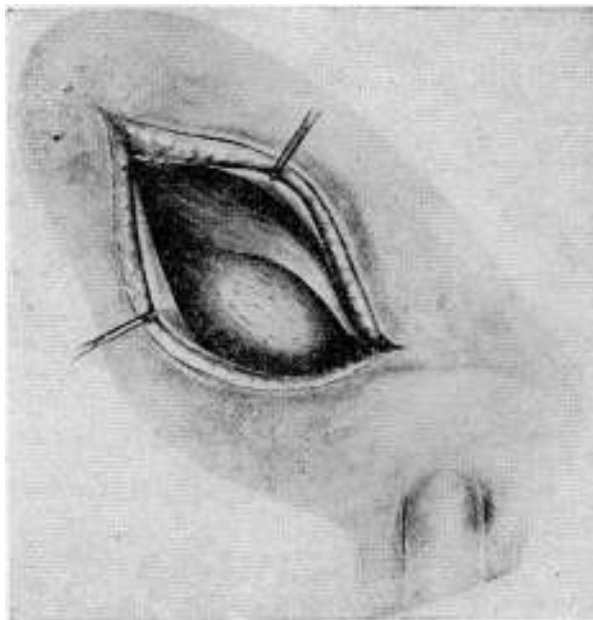


Fig. 1. — La incisión cutánea no debe seguir el cordón hacia abajo, pensando en la extensión del saco herniario, sino prolongarse hacia la línea media, buscando la buena exposición de la inserción de la cincha hipogástrica (Oblicuo menor y Transverso).

Fig. 2. — La sección del Oblicuo mayor, plano anterior de la pared abdominal hecha entre los pilares, abre el trayecto inguinal mostrando la distensión del cordón por una hernia infra-funicular. Esta sección del Oblicuo mayor, permitirá la restauración ulterior aproximando los pilares, es decir el sector de la dinámica del tronco y el sector del sostén abdominal.



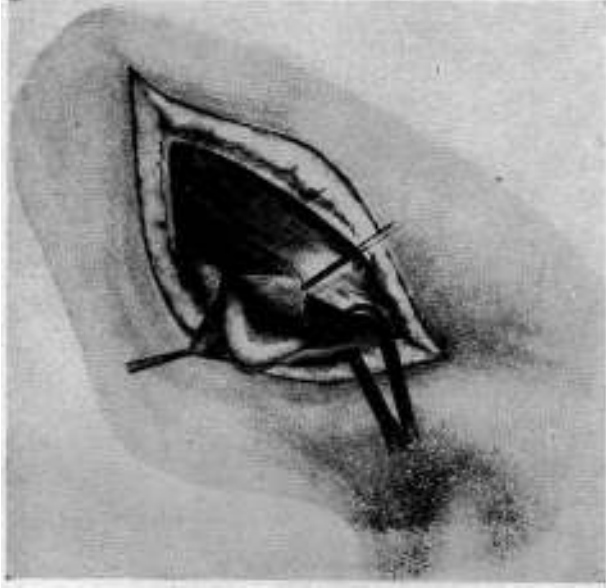


Fig. 3. — El cordón con el saco ha sido levantado. Abriendo longitudinalmente el cremáster, es fácil separarlo del cordón.

Fig. 4. — El cremáster ha sido ligado arriba y abajo y reseca-
do en el sector inguinal. El paquete grasoso que viene del Bo-
gros ha sido aislado y ligado en la base para sec-
cionarlo. Los elementos del cordón han sido separados
del saco herniario. El saco está dise-
cado hasta la unión al peritoneo
parietal. Se expone completamente
la pared posterior del trayecto in-
guinal. Yendo desde afuera hacia
adentro se ve: orificio en la facia transversalis junto al cordón correspon-
diente a la fibrosa del cordón; vasos epigástricos; facia transversalis haciendo
salien-
cia por una hernia directa o retrofunicular; tendón conjunto.

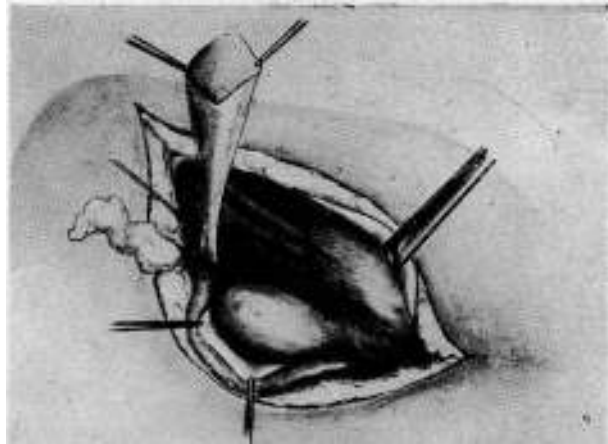




Fig. 5. — El saco ha sido suturado en su cuello y extirpado. La fascia transversalis fué seccionada desde el orificio profundo del trayecto hasta el borde externo del recto anterior. Se separó la grasa del espacio de Retzius de la cara profunda de la fascia transversalis y se resecó una parte de esta hoja para dejar un pequeño labio junto a la arcada crural. Continuando las líneas de resección de la fascia transversalis se ha resecado un

sector de la aponeurosis de inserción del músculo conjunto por delante del recto anterior. Se reconocen los vasos epigástricos; grasa por fuera de ellos; grasa por dentro que corresponde al espacio de Retzius; fibras musculares del recto anterior.

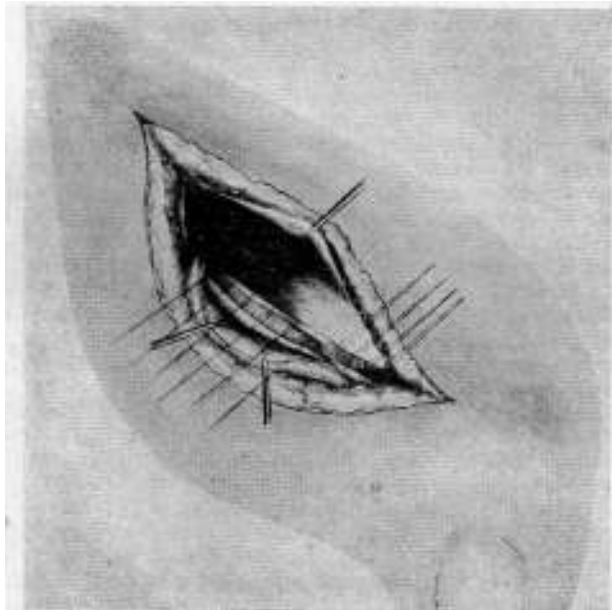


Fig. 6. — Se pasan hilos en los labios de la aponeurosis de inserción del músculo conjunto. Se pasan hilos uniendo la fascia transversalis hasta llegar al cordón, por fuera de los vasos epigástricos.

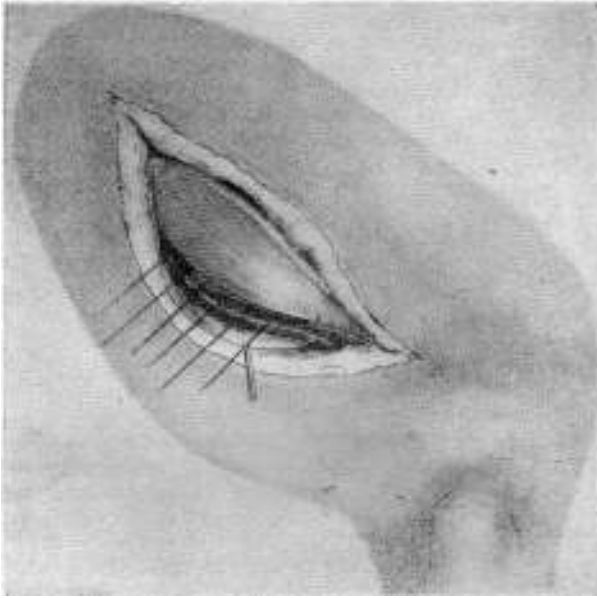


Fig. 7. — Los hilos de la aponeurosis de inserción del músculo conjunto han sido atados. La cincha aponeurótica del hipogastrio desciende. El músculo conjunto, expresamente respetado, va a aplicarse sobre la arcada crural. Los puntos de la fascia transversalis podrán ser atados sin tensión porque los labios están ya en contacto.

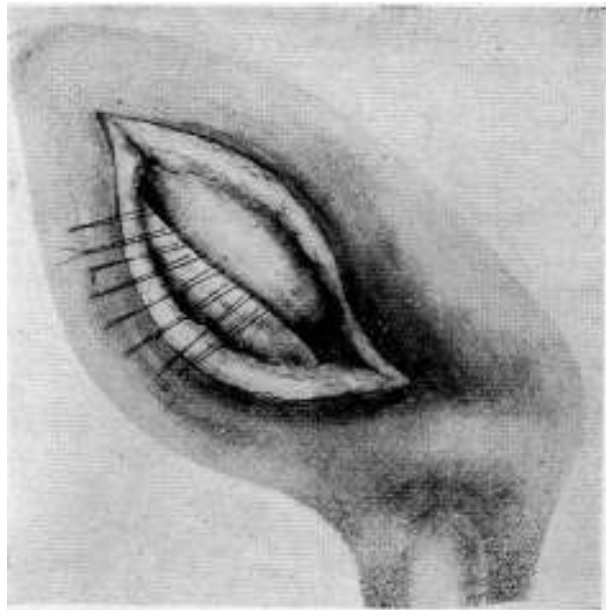


Fig. 8. — Sutura en sobretodo de la pared anterior del trayecto. No se trata de fortalecer la sutura sino de desplazar hacia abajo el pilar interno que integra la cincha hipogástrica, para que actúe en armonía con el músculo conjunto descendido.

Dr. García Capurro. — Si nadie hace uso de la palabra, voy a hacer un pequeño comentario. A mi manera de ver cuando una hernia inguinal externa recidiva, no recidiva en la zona de la pared por dentro de la arteria epigástrica, sino por fuera de la arteria epigástrica o sea que recidiva en el mismo lugar donde estaba la hernia primitiva. Por dentro del cordón, tanto que a veces resultaría difícil decir si es una hernia primitiva o es una hernia recidivada lo que estamos operando.

Creo que cualquiera de los procedimientos de cierre, dan más o menos buenos resultados. A mi manera de ver lo importante es insistir sobre el orificio interno del canal para que éste no permita el pasaje de una nueva hernia.

Para ello, me parece importante dos cosas: afinar el cordón, respetando los elementos, cuidando mucho de no traumatizarlos, adelgazar el cordón todo lo posible; 2º achicar ese orificio para lo cual utilizo generalmente la maniobra recomendada por el Profesor Surraco de envolver con el cremáster el cordón, de esta manera dándole una función dinámica al orificio superior y posterior del canal inguinal. La operación tal como la describe el Profesor Chifflet llena varias de estas condiciones aunque parece que prefiere extirpar el cremáster; en lo demás la técnica que se utilizó, es prácticamente la misma.