

Hernioplastia inguinal preperitoneal bilateral

Dres. Fabio Croci, Carmelo Gastambide y Eneas Terra

Los autores proponen un nuevo criterio en la corrección de la hernia inguinal directa bilateral del sujeto añoso: hernioplastia preperitoneal bilateral.

El fundamento de esta técnica radica en bases fisiopatológicas y biomecánicas conocidas. Difícil es luchar contra la alteración anatómica y dinámica, pero es posible reconstruir la pared y evitar las consecuencias de la misma.

Esta técnica debe tener indicación muy precisa: sujetos mayores de 60 años, portadores de hernia inguinal directa bilateral, con gran debilidad parietal, con taras cardio - respiratorias moderadas, y todo ello, con actividad física mantenida.

Sus ventajas son múltiples y su único inconveniente es la presencia de un cuerpo extraño definitivo.

Esta técnica ha sido aplicada a 8 pacientes, sin mortalidad, con una sola complicación menor y con excelente evolución. El seguimiento de los casos se extiende entre 6 y 18 meses.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hernia.

INTRODUCCION

La hernia directa bilateral del sujeto añoso, con actividad física mantenida, plantea a menudo problemas de difícil solución (4, 9). Sus complicaciones postoperatorias aumentan en número y entidad (4). Las recidivas son frecuentes (10 a 30 %) con cualquiera de las técnicas de reparación empleadas.

La vía preperitoneal de reparación en estos pacientes ha sido propuesta en varias ocasiones (2, 3, 5, 7, 8). El uso de materiales protésicos en la reparación tiene amplia difusión (6, 8).

Numerosos autores le han dedicado sus esfuerzos a este aspecto de la patología parietal abdominal. Los autores siguiendo e to enfoques proponen una hernioplastia preperitoneal bilateral con material protésico como solución adecuada a este problema.

Central de Servicios Médicos. Banco de Seguros del Estado. Montevideo.

FUNDAMENTOS DE LA TECNICA

Cuando la debilidad parietal se suma a la inadecuación continente - contenido y a las taras cardio - respiratorias y a las dificultades de evacuación de emunctorios, se produce una patología de la región inguino - crural que es consecuencia de la sumatoria de estos trastornos.

La hipertensión intraabdominal requiere de una falla del colágeno para producir sus efectos sobre la región inguinal.

Su traducción parietal ostensible es la hernia directa sacular bilateral, pero ella es sólo la porción más notoria y molesta de una patología confluyente y compleja.

La solución no puede pues encarar aisladamente la hernia y limitarse a tratarla como una mera enfermedad de región herniaria. Su consecuencia en tal caso será la reaparición de la hernia en un alto porcentaje.

Del punto de vista fisiopatológico y biomecánico los conceptos expuestos se resumen en los Cuadros I y II.

INDICACIONES

Esta técnica tiene indicaciones muy precisas: sujetos mayores de 60 años, portadores de hernia directa bilateral, con gran debilidad parietal, con taras cardio - respiratorias moderadas, y todo ello con actividad física mantenida (Cuadro III).

Es e último aspecto es fundamental, porque en estos pacientes que deben ser operados, el porcentaje de recidivas con las reparaciones corrientes es altísimo (4).

Sus ventajas son múltiples (Cuadro IV) y su único inconveniente es la presencia de un cuerpo extraño definitivo, con las complicaciones que éste pueda ocasionar.

TECNICA

1º) **Tiempo de Exposición:** Se emplea una incisión transversa arciforme de EIAS a EIAS pasando a dos traveses de dedo por encima del pubis. Se secciona la hoja anterior de la vaina del recto y el oblicuo mayor en igual sentido y se disocian asimismo oblicuo menor y transverso. Se secciona la fascia transversalis a ambos lados.

Presentado como Tema Libre al XXXI Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1980.

Asistente de Clínica Quirúrgica. Asistente Honorario Dpto. Emergencia Hospital de Clínicas Fac. Med. Montevideo. Cirujano de la C.S.M. del B.S.E. y Médico Cirujano M.S.P.

Domicilio: Yaguarón 1581, Ap. 302, Montevideo. (Dr. F. Croci)

2º) **Manejo del Peritoneo:** Esta incisión en una hernioplastomía muy amplia que permite una exposición cómoda del plano peritoneal. Como norma se resecan ambos sacos y se cierra el peritoneo con material reabsorbible, de manera de corregir la depresión peritoneal.

El contingente espermático y el deferente deben ser visualizados con cuidado.

3º) **Remodelación Parietal:** El ligamento de Cooper se expone siempre con facilidad, incluso en obesos. Se observa el orificio profundo y la entrada del deferente y el contingente espermático en el mismo. Se libera el pedículo espermático, lo cual se efectúa con disección roma muy fácilmente. Se disecan y seccionan bajo ligaduras los vasos epigástricos.

Una vez cumplidas estas etapas se procede a realizar la plastia con material protésico (malla sintética), independiente en cada región, que se amarran en la parte baja al ligamento de Cooper y a la bandeleta ilio - pubiana. Se hace una fenestración en el mismo para permitir el paso de los elementos del cordón. Se fija la malla afuera y arriba a la fascia transversalis y el transverso, uno dos traveses de dedo por encima de la incisión del plano músculo - fascial. Por dentro, se le pasa por detrás del recto anterior y se le deja libre. En alguna ocasión se ha suturado una malla a otra por detrás de los rectos.

la malla se amarra con puntos separados de material irreabsorbible.

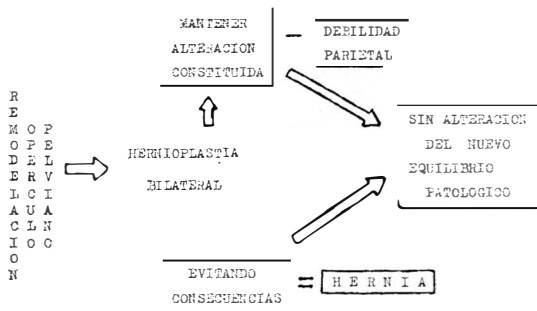
Los autores han empleado en todos sus casos malla de polipropilene (Marlex, Davol - Usher).

4º) **Cierre Parietal:** Se efectúa con puntos separados por planos. Control estricto de la hemostasis.

En obesos se deja drenaje multifenestrado del celular y plano fascial para aspiración postoperatoria.

CUADRO I

FUNDAMENTOS FISIOPATOLOGICOS



CUADRO II

FUNDAMENTOS BIOMECANICOS

ALTERACION ANATOMICA SEVERA	(1) Impide herniación
PARED POSTERIOR PROTESICA	(2) Reconstruye opérculo pelviano
FALLA FUNCIONAL MARCADA	(3) No altera adaptación continente-contenido

CUADRO III

INDICACIONES

- + SUJETO AÑOSO (mayor de 60 años)
- + HERNIA DIRECTA BILATERAL
- + GRAN DEBILIDAD PARIETAL (Hipotonía)
- + TARAS CARDIO-RESPIRATORIAS

CON

ACTIVIDAD FISICA MANTENIDA

CUADRO IV

VENTAJAS

- (1) OPERACION SENCILLA Y RAPIDA
- (2) EXCELENTE EXPOSICION ANATOMO - QUIRURGICA
- (3) SOLUCION AL PROBLEMA EN TOTALIDAD
- (4) SIN MAYOR MORBIMORTALIDAD QUE OTRAS TECNICAS
- (5) PRACTICAMENTE SIN RECIDIVAS

CASUISTICA

Esta técnica ha sido aplicada a ocho pacientes, sin mortalidad, con una sola complicación menor (hematoma del celular) y con una excelente evolución.

El seguimiento de los casos se extiende entre 6 y 18 meses.

No han existido trastornos por el material protésico.

CONCLUSIONES

Se propone un nuevo criterio en el tratamiento de la hernia bilateral directa del sujeto añoso, a aplicar en casos seleccionados de acuerdo a los criterios expuestos.

Esta técnica es rápida y eficaz y a la luz de los conocimientos actuales soluciona en totalidad los problemas derivados de la patología parietal abdominal en estos enfermos.

RESUME

Hernioplastie inguinale preperitoneale bilaterale

Les auteurs proposent un nouveau critère de correction de la hernie inguinale directe bilatérale du sujet âgé: hernioplastie préperitonéale bilatérale.

Le fondement de cette technique est dû à des bases physiopathologiques et biomécaniques connues. Il est difficile de lutter contre l'altération anatomique et dynamique, mais il est possible de reconstruire la paroi et éviter ses conséquences.

Cette technique doit avoir une indication précise: des sujets ayant plus de 60 ans, porteurs d'une hernie inguinale directe bilatérale, avec une paroi très faible, avec des tares cardio-respiratoires peu importantes, et tout cela, avec une activité physique maintenue.

Ses avantages sont multiples et son seul inconvénient est la présence d'un corps étranger définitif.

Cette technique a été appliquée à 8 patients, sans mortalité, avec une seule complication peu importante et avec une excellente évolution. On a contrôlé ces cas pendant une période de 6 à 18 mois.

SUMMARY

Bilateral pre-peritoneal inguinal hernioplasty

The authors propose a new criteria in corrective surgery of bilateral direct inguinal hernia in aged patients: bilateral preperitoneal hernioplasty.

Well known physiopathological and biomechanical processes constitute the basis for this technique. It is difficult to combat anatomic and dynamic alterations; however, it is possible to reconstruct the wall and prevent their consequences.

This technique should be the object of very precise indication: patients over 60 years of age, with bilateral direct inguinal hernia, considerably debilitated walls,

moderate cario-respiratory problems but nonetheless, unimpaired physical activity.

Its advantages are many and its sole drawback is the presence of a definitive alien body.

This technique has been applied to 8 patients with no fatalities, a single minor complication and excellent evolution. Case follow-up covers between 6 and 18 months.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CALNE, R. Y.: Repair of bilateral hernia: A technique using mersilene mesh behind the rectus abdominus. *Br. J. Surg.* 54:917; 1967.
2. ESTRIN, J.; LIPTON, S.; BLOCK, I.: The posterior approach to inguinal and femoral hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 116:547; 1963.
3. GERSON, A.; SAIK, R. P.; PESKIN, G. W.: Expanded indications for preperitoneal hernia repair: The high risk patient. *Am. J. Surg.* 138: 149; 1979.
4. MUSSO, R.: Comunicación personal.
5. NYHUS, L. M.; CONDON, R. E.; HARKINS, H. N.: Clinical experiences with preperitoneal hernia repair for all types of hernia of the groin. *Am. J. Surg.* 100:234; 1960.
6. READ, R. C.: Bilaterality and the prosthetic repair of large recurrent inguinal hernias. *Am. J. Surg.* 138:788; 1979.
7. ROBERTSON, H. T.: Preperitoneal approach in the repair of inguinal hernias. *Am. J. Surg.* 112: 627; 1966.
8. SIBILLY, A.; JUNG, F.; PREVOST, P.; ANSELM, Y.: Cure des hernies de l'aîne par voie sous-péritonéale. *Lyon Chir.* 76:138; 1980.
9. VAUGHN, A. M.; WHITE, M. S.; ANNAN, C. M.; CASERTA, J. A.; COLEMAN, J. M.: Herniorrhaphy in an advanced age group. Analysis of 300 cases. *Am. J. Surg.* 97:69; 1959.