

Hernia crural

Sus complicaciones y recidivas

Dres. Fabio Croci, Carmelo Gastambide,
Ernesto Pérez Penco y Br. Adriana Cordal.

La hernia crural es una patología con características bien definidas, predominando en pacientes añosos, con un alto índice de complicaciones mecánicas y una morbimortalidad apreciable. Las recidivas se ubican alrededor del 10% con un seguimiento deficitario. En la presente serie se estudian 249 casos de hernia crural, distribuidos en dos grupos diferentes. En ellos se analizan las características clínicas, patológicas, terapéuticas y evolutivas de esta entidad y se extraen conclusiones terapéuticas para el manejo de estos enfermos.

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

SUMMARY: Femoral hernia.

Femoral hernia is a pathology with well defined characteristics. It occurs predominantly in aged patients with a high rate of mechanical complications and high morbimortality. With a poor follow up failures are around 10%. In our series there are 249 cases of femoral hernia separated in two different groups. Clinical, pathological, therapeutical and evolutive characteristics of this disease are analyzed. Some therapeutical conclusions for the management of this patients are done.

*Clínica Quirúrgica "A", (Director: Prof. Dr. A. Aguiar).
Hospital de Clínicas, Fac. de Medicina y Central de Servicios Médicos. Banco de Seguros del Estado.*

RÉSUMÉ: Hernie Crurale. Ses complications et ses récides.

L'hernie crurale est une pathologie avec des caractéristiques bien définies, qui prédomine dans les malades âgés avec une incidence élevée de complications mécaniques et une morbimortalité appréciable. Les récides se situent environ 10% avec un contrôle postérieur déficitaire. Dans la présente série on étudie 249 cas d'hernie crurale distribués dans 2 groupes différents. On y analyse les caractéristiques cliniques, pathologiques, thérapeutiques et évolutives de cette entité et on extrait des conclusions thérapeutiques pour la conduite à suivre avec ces malades.

INTRODUCCION

La hernia crural (HC) es una variedad de hernia de la región inguino-crural que se caracteriza por la frecuencia elevada de sus complicaciones mecánicas, por ocurrir en edades avanzadas de la vida, por sus dificultades diagnósticas en el período inicial y por una supuesta baja incidencia de recidivas.

Su patogenia siguiendo a FRUCHAUD^(18, 19) es la misma que, la de la hernia inguinal: la enfermedad profunda de la región de la ingle, enfermedad de la fascia transversalis y del peritoneo. Existen razones anatómicas que explican la frecuencia de la estrangulación desde las primeras etapas del desarrollo de la HC. Contrariamente a la opinión clásica generalizada la hernia no se estrangula a nivel del ligamento de Gimbernat sino de la

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 31 de agosto de 1983.

Asistentes de Clínica Quirúrgica y Practicante Interno.
Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302, Montevideo (Dr. F. Croci).

bandeleta iliopubiana de Thompson⁽⁶⁹⁾. Su misma anatomía explica las dificultades para su reparación^(1, 3, 5, 18, 33, 34, 37, 39, 48, 56, 60, 61, 63, 69, 81).

Su incidencia en edades relativamente mayores que la hernia inguinal es un hecho comprobado en todas las series^(2, 6, 8, 13, 14, 16, 20, 21, 22, 24, 26, 28, 29, 32, 41, 43, 49, 56, 57, 58, 59, 64, 66, 70, 74, 75, 77, 79, 81). Es mucho más frecuente que la hernia inguinal en la mujer y predomina en este sexo.

A menudo en las formas iniciales, hernias pequeñas, el diagnóstico positivo es difícil porque falta un elemento capital para el mismo: la impulsión.

Se ha insistido, tanto en nuestro medio como en numerosas citas extranjeras, que es una hernia con baja incidencia de recidivas luego de su tratamiento quirúrgico^(11, 19, 27, 62, 78, 80). Este sin embargo, es un concepto controvertido^(26, 33, 37).

El objeto del presente trabajo es estudiar las características básicas de un conjunto de HC, insistiendo fundamentalmente en sus complicaciones y recidivas.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio comprende 2 series de extracción diferente: una del Hospital de Clínicas (H de C) comprendida entre 1971 y 1981, y otra del Banco de Seguros del Estado (BSE) entre los años 1970 y 1980. Se analizan por separado a fin de objetivar diferencias entre ambas por ser sus poblaciones distintas en edad, sexo, actividad física, tiempo de evolución, complicaciones, seguimiento y recidivas. Finalmente, para cada ítem se efectúa un estudio global. La serie del H de C corresponde al estudio de 207 pacientes y la del BSE a 32, lo que hace un total de 239 pacientes.

En cuanto al sexo, se observa una clara diferencia en las series (H de C 50 hombres y 157 mujeres; BSE 23 hombres y 9 mujeres) con cifras globales de 73 hombres (30.54%) y 166 mujeres (69.46%). De este modo globalmente existe una relación de 7:3 a favor del sexo femenino. El predominio en hombres en el BSE no puede ser explicado solamente por razones laborales. En lo que se refiere a las edades, globalmente está el 58% de la población entre los 56 y 80 años; notándose también entre ambas series una clara diferencia: mientras la serie del H de C muestra una clara predominancia entre la 6° y 8° década, la del BSE ubica su predominio entre la 4° y 6° décadas.

En lo que se refiere a la localización, existe un franco predominio de las localizaciones

derechas (61%), con un 35% de formas izquierdas. Un 4.2% fueron formas bilaterales, 2/3 simultáneas y 1/3 sucesivas. Esto hace que el total de HC estudiadas ascienda a 249.

En la serie se estudió, de modo independiente y global, las características clínicas, la presentación, la terapéutica, la evolución, las complicaciones, la mortalidad y las recidivas.

ANALISIS DE LA SERIE

1°) *TERRENO*: (Cuadro I) Se destaca la frecuencia de la obesidad (27.6%), la coexistencia de otras hernias (19.6%) y la frecuencia de la herniorrafia inguinal previa homolateral (21.8%). Este último aspecto es un detalle a ser tenido en cuenta. Taylor⁽⁷³⁾ en 1920 y Eston⁽¹⁵⁾ en 1933 plantearon por primera vez esta secuencia patológica. Glasgow^(21, 23) analiza en detalle el problema de las HC que aparecen luego de la reparación de una hernia inguinal y concluye que puede realizarse por alguno de estos mecanismos:

- 1) HC ignorada en la primera operación y no manifiesta de inmediato
- 2) Desarrollo de una nueva hernia
- 3) Creación iatrogénica de la HC.

Este tercer punto es sumamente interesante^(9, 10, 17, 23, 30, 36, 38, 59) y su patogenia puede plantearse de la siguiente forma:

- a) Amarre a la arcada y/o bandeleta = Apertura del anillo crural
- b) Amarre al ligamento de Cooper = Iatrogenia (Falla del mismo).

Estas últimas son recidivas de hernia inguinal y no HC sensu stricto y las denominamos "recidivas crurales de la hernia inguinal"^(9, 10).

Esta relación patogénica es considerada como de alta frecuencia por muchos autores^(23, 30, 38, 39) (Cuadro II).

Un hecho importante y que ha sido muy escasamente destacado⁽⁵⁹⁾ es que la HC es rara en los sujetos que desarrollan un trabajo físico severo, fenómeno que se observa claramente en este estudio.

Finalmente, en los antecedentes, un 5.5% son recidivas de HC previas.

2°) *PRESENTACION CLINICA*: En la serie un 60% de los pacientes del H de C se presentaron con alguna complicación, que fue el motivo de consulta previo a la intervención. Esto contrasta con la serie del BSE donde sólo 1 cada 11 pacientes se presentaron complicados. En cuanto al tipo de complicación (Cuadro III) el más frecuente fue el de orden me-

cánico (estrangulación 58%; oclusión intestinal 35%). La mayoría de las series antiguas, clásicas y modernas destacan esta "peculiaridad" de la HC que la diferencia de casi todos los demás tipos de hernia. Sin embargo, los casos del BSE presentaron pocas complicaciones y esto sólo se explica por la precocidad de la consulta, el diagnóstico y la terapéutica quirúrgica.

En cuanto al diagnóstico correcto de la entidad en juego en las formas complicadas, éste fue realizado en el 97.3% de los casos (en el 2.7% restante sólo se hizo diagnóstico de la complicación). Pero, si se le compara en la serie del H de C con el diagnóstico correcto en las formas oclusivas, este porcentaje disminuye, existiendo un 4.55% de errores.

Cuadro I

TERRENO

	H de C	BSE	Global	%
Obesidad	63	3	66	27.61
Antecedentes P.P.	38	5	43	17.99
Antecedentes C.V	29	2	31	12.97
Otras hernias	40	7	47	19.66
Multigestación	29	3	32	13.39
Herniorrafia ing. previa	44	8	52	21.76
Apendicectomía	21	5	26	10.88
Recidivas	6	7	13	5.44
Ascitis		0		0.42

Cuadro II

HERNIAS CRURALES

Año	Autor	Nº HC reparadas	Herniorrafia inguinal previa	%
1939	McClure - Fallis	90	20	22
1948	Fratkin	20	9	45
1958	Burton - Bauer	165	46	28
1958	Ludington	62	26	35
1965	Jones	20	3	15
1966	Glassow	1.143	255	23
1971	Ponka - Brush	216	49	23

Cuadro III

TIPO DE COMPLICACION

	H de C	BSE	Global	%
Estrangulación	142	3	145	58.23
Oclusión intestinal	87	1	88	35.34
Rotura intestinal	1	0	1	0.40
Fístula digestiva	1	0	1	0.40
Úlceras cutáneas	3	0	3	1.20
Flemón pioestercoráceo	6	0	6	2.41
Peritonitis	4	0	4	1.61

Un hecho interesante es que las complicaciones mecánicas guardan una vinculación estrecha con el incremento de la edad (Fig. 1). Si se correlaciona edad en función de tasa de complicaciones, se ve que en pacientes menores de 65 años (130 casos) un porcentaje del 42.3% de las mismas y en mayores de 65 años (109 casos) se encuentra un 82.6% de complicaciones, incrementándose el porcentaje de manera significativa.

La razón por la cual la HC se complica tan a menudo no debe buscarse simplemente en los hechos anatómicos ni clínicos, sino en lo tardío de su diagnóstico y en muchos casos en la renuencia a operar a estos enfermos añosos, hecho que se puede objetivar en las historias del H de C.

3° OPERACION: Un 57.8% de los casos debieron ser operados de urgencia (141 casos del H de C y 3 del BSE). Este hecho se repite aún en las estadísticas modernas y es único en toda la patología parietal^(20 29. 32. 39. 43. 45. 51. 56. 57. 58. 59. 64. 77. 79. 81)

La anestesia empleada fue la general en el 86% de los casos. El abordaje utilizado depende en primer lugar de la preferencia del

cirujano y en segundo lugar de los hallazgos operatorios (Cuadro IV). Los hallazgos operatorios se consignan en el Cuadro V.

Las HC a contenido intestinal tuvieron una alta frecuencia de asas no viables, lo que debe vincularse al tiempo de evolución del fenómeno mecánico y a la demora operatoria (Cuadro VI).

Es frecuente la necesidad de operaciones asociadas (35%) (Cuadro VII) entre las cuales se destacan las resecciones viscerales fundamentalmente de intestino delgado y las omentectomías.

En cuanto a la reparación quirúrgica del defecto parietal (Cuadro VIII) la mitad aproximadamente se efectuó por vía crural. En este análisis con vistas a la valorización de sus resultados se exceptuaron 14 muertes postoperatorias inmediatas y 9 muertes detectadas en la evolución de la serie del H de C y se consideran por lo tanto sólo 192 reparaciones.

Las complicaciones intraoperatorias fueron relativamente frecuentes (3.2%) y se consignan en el Cuadro IX. Casi todas se produjeron con abordajes crurales.

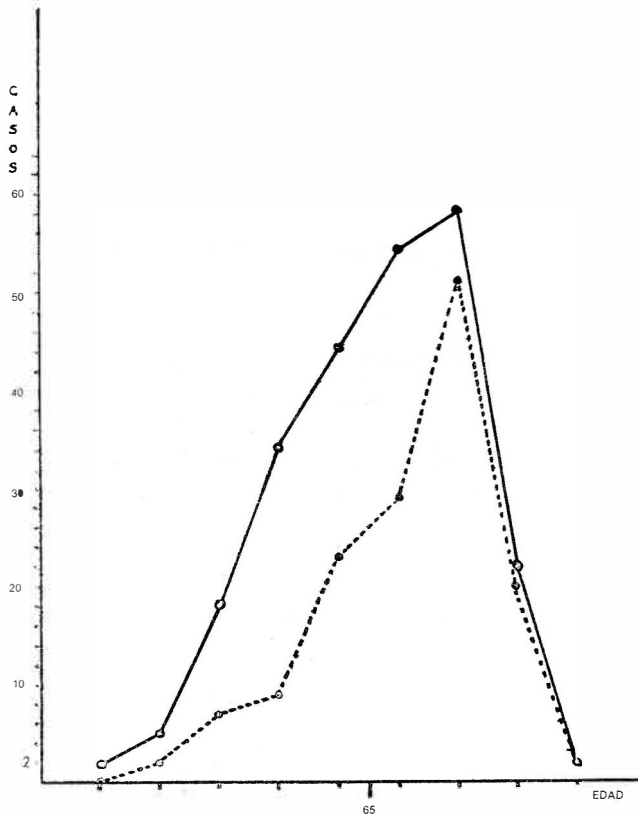


Fig. 1. Complicaciones en función de la edad.

..... Complicaciones — Edades

Cuadro IV**ABORDAJE**

	H de C	BSE	Global	%
Crural	95	4	99	39.76
Inguinal	62	23	85	34.14
Inguino - Crural	16	2	18	7.23
Abdominal	6	0	6	2.41
Abdómino - Crural	26	0	26	10.44
Inguino - Abdominal	8	0	8	3.21
Preperitoneal	3	4	7	2.81

Cuadro V**HALLAZGO OPERATORIO**

	H de C	BSE	Global	%
Hernia Grasa	18	5	23	9.24
Saco vacío	34	8	42	16.87
Epiplon	32	6	38	15.26
Intestino delgado	93	6	99	39.76
Epiplon + Delgado	16	2	18	7.23
Epiplon + Colon	1	2	3	1.20
Ciego	3	0	3	1.20
Colon Sigmoide	1	0	1	0.40
Apéndice Epiploico	5	0	5	2.01
Apéndice Cecal	2	0	2	0.80
Vejiga	2	3	5	2.01
Anexos	2	0	2	0.80
Sin consignar	7		8	3.21

Cuadro VI**ESTADO DEL INTESTINO****(1) DELGADO**

	ASA VIABLE			ASA NO VIABLE		
	H de C	BSE	Global	H de C	BSE	Global
Estrangulación anterograda	45		46	33	1	34
Hernia de Richter	13	1	14	4	0	4
asa omega	0	0	0	1	0	1

(2) COLON

	H de C	BSE	Global		
asa viable	2	0	2	Ciego (1)	Sigmoide (1)
asa no viable	2	0	2	Ciego (2)	

Cuadro VII

OPERACIONES ASOCIADAS

	H de C	BSE	Global	%
Resección delgado	37	1	38	15.26
Omentectomía parcial	31	4	35	14.06
Omentectomía total	2	0	2	0.80
Hemicolectomía derecha	2	0	2	0.80
Apendicectomía	2	0	2	0.80
Resección Apéndice Epiploico	4	0	4	1.60
Otras	5	0	5	2.01
Total	83	5	88	35.33

Cuadro VIII

REPARACION QUIRURGICA

	H de C	BSE	Global	%
Arcada - Pectineo	41	1	42	18.67
Colgajo Aponeurosis Pectineo	8	0	8	3.55
Arcada - Cooper	49	2	51	22.67
Colgajo Oblicuo Mayor	10	0	10	4.44
Mc Vay	70	13	83	36.89
Fruchaud	0	9	9	4.00
Preperitoneal	3	4	7	3.11
Implante	0	4	4	1.78
Cierre interno orificio crural	4	0	4	1.78
Sin reparación	2	0	2	0.89
No descripta	5	0	5	2.22

4°) *EVOLUCION*: Fue buena en el 80% de manera global (167 casos del H de C y los 33 del BSE).

La necesidad de reoperar ocurrió en el 6.4% de los casos (todos del H de C).

Las complicaciones postoperatorias fueron del orden del 34% y se detallan en el Cuadro X.

La mortalidad global fue del orden del 5.6% (todos enfermos del H de C); un 3.2% de mortalidad estuvo vinculada a complicaciones de la patología en estudio.

En cuanto a las recidivas (Cuadro XI) se objetivaron 16 casos hasta el momento actual, 15 en la serie del H de C ($15/192 = 7.81\%$) y 1 en la del BSE ($1/33 = 3.03\%$), HC ésta que correspondió a una recidiva previa.

La consideración objetiva de la serie del H de C, exige una depuración: si se excluyen las HC sin registros posteriores al control postoperatorio inmediato (53 casos) quedan 139 historias, o sea que el porcentaje de recidivas se incrementa al 10.79%.

Cuadro IX

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

	H de C	BSE
Herida vejiga	2	0
Lesión deferente	1	0
Lesión intestinal	4	0
Otras	1	0
Total	8 (3.21%)	0

De las HC recidivadas del H de C, 3 de las 15 (20%) volvieron a recidivar. En el BSE no se objetivaron al momento actual nuevas recidivas.

Si se comparan las recidivas en función del procedimiento empleado (Cuadro XII) se observa que en valores relativos el procedimiento de Mc Vay fue el de mayor índice de fracasos (12%).

Examinando las recidivas en función de los factores de riesgo de aparición de las mismas (Cuadro XIII) se observa que la edad y la urgencia quirúrgica son factores de gran riesgo, mientras que las complicaciones postoperatorias no representarían un factor de excesiva importancia.

DISCUSION

El grupo analizado se presta a una elaboración clínica, terapéutica y evolutiva de la HC.

Ambas series difieren lo suficiente como para poder afirmar un hecho princeps: la HC no es nada frecuente en los sujetos con acti-

vidad física intensa y predomina francamente en los pacientes añosos.

Más allá de todo factor favorecedor anatómico y fisiopatológico^(1, 4, 5, 14, 18, 39, 48, 49, 53, 61, 69), vinculado al sexo, la HC es una hernia de debilidad, una oportunista del debilitamiento morfológico y de la alteración funcional.

Paralelamente a ello se puede demostrar que la frecuencia de las complicaciones aumenta con la edad a tal grado que por encima de los 65 años, casi todos los casos se presentaron complicados. Esto explica asimismo la mortalidad elevada de esta patología en la urgencia^(41, 66, 70, 71, 75). El hecho de que se produzcan estos fenómenos no puede ser vinculado estrictamente al tiempo de

Cuadro X

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

	H de C	BSE	Global	%
Hematoma	4	1	5	2.01
Infección	31	1	32	12.85
Peritonitis	4	0	4	1.61
Sepsis	8	0	8	3.21
Evisceración	3	0	3	1.20
Fístula intestinal	4	0	4	1.61
Trastornos respiratorios	11	0	11	4.42
Trastornos C.V.	3	0	3	1.20
Trastornos nefrourológicos	3	0	3	1.20
Trastornos S.N.	3	0	3	1.20
Otros	9	0	9	3.61
Total	83	2	85	34.12

Cuadro XI

RECIDIVAS

	H de C	BSE	GLOBAL
Precoces	9	0	9
Tardías	9	1	7
Total	15	1	16

B.S.E. = $1/33 = 3.03\%$ (Recidiva previa)

H de C = $15/192 = 7.81\%$ (Sin depurar) - Excluyendo HC sin control posterior: $15/139 = 10.79\%$.

Cuadro XII

RECIDIVAS

	N° Reparaciones	HdeC	BSE	Global	%	% Total
Arcada						
- Pectineo	42	3	0	3	18.75	7.14
Arcada						
- Cooper	51	3	0	3	18.75	5.88
Mc Vay	83	9		10	62.50	12.05

evolución de la HC sino a la frecuente ausencia de diagnóstico correcto (muchas veces por una semiología incompleta en los exámenes previos) y a una conducta remisa en cuanto al tratamiento quirúrgico, en general vinculada a la edad avanzada y a las taras asociadas de estos pacientes.

En virtud de la frecuencia de las complicaciones más de la mitad de estos pacientes son operados de urgencia, lo que incrementa la incidencia de complicaciones postoperatorias, la mortalidad y la frecuencia de las recidivas.

rias frecuentes son causa importante de recidiva, lo cual no sería exacto.

La frecuencia de recidivas ha sido evaluada de manera desigual en la reparación de la HC por los diferentes autores^(2, 6, 7, 8, 13, 16, 19, 22, 25, 27, 31, 42, 44, 52, 60, 62, 68, 72, 74, 78, 79, 80) (Cuadro XIV). Sin embargo, comparando estos resultados con los de la herniorrafia inguinal existe consenso casi unánime en que en esta patología son muchos más frecuentes los fracasos.

Cuadro XIII

RECIDIVAS

	H de C	BSE	Global	%
Urgencia	11	0	11	68.75
Elección	4		5	31.25
	H de C	BSE	Global	%
Complicaciones postop.	5	1	6	37.50
No complicaciones postop.	10	0	10	62.50
	H de C	BSE	Global	%
Mayores 65 años	10	0	10	62.50
Menores 65 años	5		6	37.50

Todos estos son factores a tener en cuenta para tratar de hacer el diagnóstico precoz y preciso de la HC y operarla una vez diagnosticada independientemente de la edad del enfermo.

Las recidivas de la HC en nuestro medio pasan desapercibidas y su frecuencia es ingnorada^(11, 37). En la presente serie del H de C debe aceptarse un 10% de recidivas como mínimo, el cual seguramente de contar con un seguimiento adecuado, sería mucho mayor. Así debe interpretarse grosso modo que las reparaciones de HC recidivan el doble que las de la hernia inguinal. Este hecho puede ser vinculado básicamente a factores dependientes del enfermo y su patología (fundamentalmente cirugía de urgencia en pacientes añosos), siendo muy difícil vincularla al procedimiento de reparación empleado^(12, 24, 26, 28, 33, 34, 35, 40, 46, 47, 50, 53, 54, 55, 63, 65, 67, 76). Si bien en la serie los procedimientos por vía inguinal tienen el doble de recidivas que los efectuados por vía crural, en valores absolutos los porcentajes se equiparan con igual frecuencia para ambas vías. Un hecho es válido: en la urgencia se opera de prisa y mal el defecto parietal, tal vez pensando que las complicaciones postoperatorias

CONCLUSIONES

Del análisis del presente estudio es válido extraer las siguientes conclusiones:

- 1º) La HC es una entidad, que aparte de sus dificultades diagnósticas características, es mal diagnosticada por omisión o por tardanza, lo que lleva a que se opere tardíamente.
- 2º) A medida que aumenta la edad, se incrementa francamente la incidencia de la HC y paralelamente con ella la aparición de las complicaciones mecánicas, con una mortalidad inmediata del 3.2%.
- 3º) Como corolario de las conclusiones precedentes se impone el diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz, tendiente a disminuir el número de complicaciones y a abatir la mortalidad, consecuencia de las mismas.
- 4º) La frecuencia con que aparecen HC luego de la herniorrafia inguinal es un hecho a ser tenido en cuenta seriamente en la reparación de estas últimas, haciendo así la profilaxis de un buen número de HC. Ya se ha hecho hincapié en que muchos de estos enfermos son por-

Cuadro XIV

INCIDENCIA RECIDIVAS

Autor	Año	H.C. Primaria		H.C. Recidivada
		V.F.	V.I.	
Reschke	1922	3.5%		
Ferguson	1937	7.8%	9.5%	
Mc Clure-Fallis	1939	6.3%	9.7%	
Wakeley	1940	2.0%	9.0%	
Shelley	1940	6.0%		15.4%
Maier	1941	15.0%		
Dean	1942	12% (Frio)		23% (Estrangulada)
Gutiérrez	1942	7.0%		17.0%
Moore	1943	10.0%		
Balch	1945	10 - 20%		
Coley	1945	6.0%		
Watson	1948	4.6%		60.7%
Butters	1948	3.3%		
Kidd	1948	8.0%		
Fruchaud	1956	0.0%		
Telle	1957	21.0%		
Burton	1958	11.6% (5 años)		15.8% (10 años)
Zhoikver	1961	2.6%		
Glassow	1966	0.2 - 6.0%		
Tanner	1967	10.8%	31.2%	
Halverson-Mc Vay	1970	3.1%		
Ponka-Brusch	1971	6.5%		

tadores de recidivas crurales de hernias inguinales.

- 5°) La tasa de recidivas es francamente elevada, mucho mayor de lo que en general se piensa y se acepta, y la incidencia de re-recidivas es alarmante. Esto habla de la necesidad de emplear siempre una técnica impecable, incluso en situaciones de urgencia.
- 6°) No se puede demostrar superioridad de un procedimiento a otro en estos enfermos, por lo cual deberá elegirse el mismo de acuerdo a la situación en juego.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANSON B., REIMANN A., SIGART L. — The anatomy of hernial regions. II. Femoral hernia. Surg. Gynecol. Obstet. 89: 752, 1949.
2. BALCH F. — Femoral hernia. N. Eng. J. Med. 216: 385, 1937.
3. BERGALLI L. — El ligamento de Cooper en las herniorrafias inguino-crurales. Día. Méd. Urug. 38: 1579, 1972.
4. BUCKLEY J. — The etiology of the femoral hernial sac. Br. J. Surg. 12: 60, 1924.
5. BURTON C. — Current concepts of the anatomic, clinical and reparative features of femoral hernia. Surgery 44: 877, 1958.
6. BURTON C., BAUER A. (Jr.). — Femoral hernia: a review of 165 repairs. Ann. Surg. 148: 913, 1958.
7. BUTTERS A. — A review of femoral hernia, with special reference to the recurrence rate of the low operation. Br. Med. J. 2: 743, 1948.
8. COLEY B. — Femoral hernia. En: Cristopher F. - Textbook of Surgery. Philadelphia, WB Saunders, 1945, p. 1200.
9. CROCI F., GASTAMBIDE C., TERRA E. — Recidivas de hernia inguinal. Cir. Urug. 51: 507, 1981.
10. CROCI F., GASTAMBIDE C., TERRA E., CORDAL A. — Recidivas herniarias inguinales. Aspectos patogénicos y terapéuticos (en prensa).
11. CHIFFLET A. — Hernia inguinal recidivada. Temas para Graduados. Clínica Quirúrgica Prof. José A. Piquinela, 1961.
12. CHRISTIANSEN B., FELLANDER M. — Inguinal and femoral hernioplasty, results following Bassini and Mc Vay repairs. Acta Chir. Scand. 115: 362, 1958.
13. DEAN G. — Strangulated femoral hernia. Arch. Surg. 44: 933, 1942.
14. DICKSON A. — Femoral hernia. Surg. Gynecol. Obstet. 63: 665, 1936.
15. EASTON E. — Incidence of femoral hernia following repair of inguinal hernia - Ectopic recurrence - Proposed operation of external and internal herniorrhaphy. JAMA 100: 1741, 1933.
16. FERGUSSON J. — A statistical investigation into the results of surgical treatment of femoral hernia. St. Thomas' Hospital Rep. 2: 209, 1937.
17. FRATKIN L. — Femoral hernia following inguinal herniorrhaphy. Can. Med. Assoc. J. 58: 365, 1948.
18. FRUCHAUD H. — Anatomie Chirurgicale des Hernies de l'Aine. Paris, Doin, 1956.
19. FRAUCHAUD H. — Le Traitement Chirurgical des Hernies de l'Aine chez l'Adulte. Paris, Doin, 1956.
20. GLASSOW F. — Femoral hernia in the female. Can. M. Assoc. J. 93: 1346, 1965.
21. GLASSOW F. — Femoral hernia. Ann. Surg. 163: 227, 1966.
22. GLASSOW F. — Recurrent inguinal and femoral hernia:

- 3.000 cases. *Can. J. Surg.* 7: 284, 1964.
23. GLASSOW F. — Femoral hernia following inguinal herniorrhaphy. *Can. J. Surg.* 13: 27, 1970.
 24. GLASSOW F. — The surgical repair of inguinal and femoral hernias. *Can. Med. Assoc. J.* 108: 308, 1973.
 25. GUTIERREZ V. — Concepto y técnica para el tratamiento de la hernia crural y de algunas hernias retroinguinales. *Día. Méd. Argent.* 14: 1269, 1942.
 26. HAGAN W., RHOADS J. — A report upon inguinal and femoral hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 96: 226, 1953.
 27. HALVERSON K., Mc VAY C. — Inguinal and femoral hernioplasty. A 22 year study of the authors' methods. *Arch. Surg.* 101: 127, 1970.
 28. HARDY J., COSTIN J. — Femoral hernias: A 10 year review. *JAMA* 68: 696, 1969.
 29. IASON A. — *Hernia*. Philadelphia, The Blakeston Co., 1941.
 30. JONES R. — Femoral hernia following inguinal hernioplasty. *Am. Surg.* 32: 724, 1966.
 31. KIDD H. — Repair of femoral hernia by a "postage stamp" fascial graft. *Br. Med. J.* 2: 745, 1948.
 32. KOONTZ A. — Femoral hernia: operative cares at the John Hopkins Hospital during a twenty-one year period. *Arch. Surg.* 64: 298, 1952.
 33. KOONTZ A. — Personal technique and results in femoral hernia repair; report of 39 cases. *Ann. Surg.* 147: 684, 1958.
 34. LANDIVAR A., LEONI IPARRAGUIRRE C. — La mioplastia del pectíneo en el tratamiento de la hernia inguinal y crural del mismo lado. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 6: 33, 1935.
 35. LA ROQUE G. — The intraabdominal method of removing inguinal and femoral hernia. *Arch. Surg.* 24: 189, 1932.
 36. LAVARDE J. — Les récidives des hernies inguinales. Leur mode crural. *Etiologie, pathogenie, prophylaxie et traitement. Actualités Chirurgicales.* Paris, Doin, 1949.
 37. LIARD W., PORTOS R., VALLS A. — El abordaje inferior en la reparación de las hernias crurales. *Plastia del septum crural por colgajo aponeurótico de oblicuo mayor.* *Cir. Urug.* 42: 391, 1972.
 38. LUDINGTON L. — Femoral hernia and its management, with particular reference to its occurrence following inguinal herniorrhaphy. *Ann. Surg.* 148: 823, 1958.
 39. LYTLE W. — Femoral hernia. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 21: 244, 1957.
 40. LYTLE W. — La operación inferior o baja para la hernia crural. En: Nyhus L.M. & Harkins H.N. - *Hernia*. Buenos Aires, Intermédica, 1967, p. 280.
 41. LUND J., HUIDT V., KJELDSEN-ANDERSEN J. — Inguinal and femoral hernioplasty. *Acta Chir. Scand.* 131: 72, 1965.
 42. MAIER R. — Results of silk technic in operations for hernia. *Ann. Surg.* 113: 312, 1941.
 43. MAIR G. — *The Surgery of Abdominal Hernia*. London, E. Arnold, 1948.
 44. Mc CLURE R., FALLIS L. — Femoral hernia: report of 90 operations. *Ann. Surg.* 109: 387, 1939.
 45. Mc EVEDY P. — Femoral hernia. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 7: 484, 1950.
 46. Mc VAY C. — Inguinal and femoral hernioplasty. *Surgery* 57: 615, 1965.
 47. Mc Vay C. — Hernioplastia crural: el acceso inguinal. En: Nyhus L.M. & Harkins H.N. - *Hernia*. Buenos Aires, Intermédica, 1967, p. 296.
 48. Mc VAY C. — The anatomic basis for inguinal and femoral hernioplasty. *Surg. Gynecol. Obstet.* 139: 931, 1974.
 49. Mc VAY C., SAVAGE L. — Etiology of femoral hernia. *Ann. Surg.* 154: 25, 1961.
 50. MONRO A. — Hernia crural: El acceso inferior. En: Nyhus L.M. & Harkins H.N. - *Hernia*. Buenos Aires, Intermédica, 1967, p. 269.
 51. MONRO A. — Femoral hernia. En: Maingot R. - *Abdominal Operations*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1979.
 52. MOORE S. — Femoral hernia; description of a new operative procedure. *Surgery* 13: 145, 1943.
 53. MOSCHCOWITZ A. — New operation for the radical cure of femoral hernia. *JAMA* 48: 899, 1907.
 54. MUSSO R., QUINTEROS A. Nuevo procedimiento para la cura quirúrgica de las hernias inguino-crurales. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 14°. 1: 138, 1963.
 55. NYHUS L.M., CONDON R., HARKINS H. — Preperitoneal hernioplasty - Technic for the repair of all groin hernias. *Ann. Meet. AMA*, 111th., 1962.
 56. OCHSNER A. — Femoral herniotomy. *JAMA* 47: 751, 1906.
 57. PALUMBO L., STEINBERGER G. — Femoral hernioplasty. *Am. J. Surg.* 87: 232, 1954.
 58. PONKA J. — Incarcerated femoral hernia. *H.F.H. Med. J.* 15: 203, 1967.
 59. PONKA J. — *Hernias of the Abdominal Wall*. Philadelphia, WB Saunders, 1980.
 60. FONKA J., BRUSH B. — Problem of femoral hernia. *Arch. Surg.* 102: 417, 1971.
 61. PEREZ FONTANA V. — *Hernia crural - Anatomía Quirúrgica y Técnica Operatoria*. Buenos Aires, El Ateneo, 1946.
 62. RESCHKE K. — Zur Kummerschen Operation der Schenkelhernien. *Otsch Z. Chir.* 160: 91, 1922.
 63. RIVES J., AZOULAY C. — *Hernies Crurales*. *Encycl. méd. chir., Paris, Techniques Chirurgicales*, 3.14.02, 40115.
 64. ROGERS F. — Strangulated femoral hernia - a review of 170 cases. *Ann. Surg.* 149: 9, 1959.
 65. RYAN E. — Recurrent hernias - analysis of 369 consecutive cases of recurrent inguinal and femoral hernias. *Surg. Gynecol. Obstet.* 96: 343, 1953.
 66. RYDELL W. — Inguinal and femoral hernias. *Arch. Surg.* 87: 493, 1963.
 67. SEELIG M., TUHOLSKE L. — The inguinal route operation for femoral hernia with a supplementary note on Cooper's ligament. *Surg. Gynecol. Obstet.* 18: 55, 1914.
 68. SHELLEY H. — Femoral hernias - a study of 238 hernias and 226 repairs. *Arch. Surg.* 41: 1229, 1940.
 69. SKANDALAKIS J., GRAY S., AKIN J. (Jr) — Anatomía quirúrgica de los anillos herniarios. *Clin. Quir. Norte Am.* 54: 1227, 1974.
 70. STROHL E., DIFFENBAUGH W., NYI S. — Inguinal and femoral hernia in the elderly patient. *Ill. Med. J.* 118: 141, 1960.
 71. TANNER N. — A "slide" operation for inguinal and femoral hernia. *Br. J. Surg.* 29: 285, 1942.
 72. TANNER N. — El acceso inferior para la hernia crural. En: Nyhus L.M. & Harkins H.N. - *Hernia*. Buenos Aires, Intermédica, 1967, p. 284.
 73. TAYLOR A. — The results of operations for inguinal hernia. *Arch. Surg.* 1: 382, 1920.
 74. TELLE L. — Inguinal and femoral hernia. A review of 1.694 cases. *Am. J. Surg.* 93: 433, 1957.
 75. TINGWALD G., COOPERMAN M. — Inguinal and femoral hernia repair in geriatric patients. *Surg. Gynecol. Obstet.* 154: 704, 1982.
 76. URIBURU J., BERNARDELLO E. — Hernia crural - Operación por vía crural. En: Nyhus L.M. & Harkins H.N. - *Hernia*. Buenos Aires, Intermédica, 1967, p. 288.
 77. VALLS A. — *Hernias y Eventraciones*. Montevideo. Oficina del Libro. Fundación Universitaria Ciencia, 1976.
 78. WAKELEY C. — Treatment of certain types of external hernia (Hunterian lecture). *Lancet* 1: 822, 1940.
 79. WATSON L. — *Hernia*. Saint Louis, CV Mosby, 1948.
 80. ZHOLKVER V., YUVCHENKO V. — Remote results of femoral herniotomy. *Khirurgiia (Moskva)* 37: 64, 1961.
 81. ZIMMERMAN L., ANSON B. — *The Anatomy and Surgery of Hernia*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1953.