

Hernioplastia Abdominal por Técnica de Cattell

Manuel Zeledón P.*
Andrés V. Guzmán C.***

Bernardo Cartín M.**
Edgar Cabezas S.****

INTRODUCCION

El presente estudio es la recopilación, abarcando diez años, de nuestros casos en los servicios de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios, de hernioplastia abdominal, siguiendo la Técnica de Cattell (4). Se revisó 1052 expedientes de hernia abdominal, en los cuales se practicó diversos métodos de reparación de la pared y seleccionamos para su análisis 71 casos de hernioplastia por técnica de Cattell. Hace alrededor de veinte años, uno de nuestros cirujanos ha venido practicando con éxito esta clase de intervención quirúrgica, siendo en este último decenio cuando ha alcanzado el favor de la mayoría de los cirujanos de nuestro Hospital.

INDICACIONES

Tiene esta técnica sus indicaciones precisas dentro de las hernias abdominales: se trata en la gran mayoría de hernias de la línea media abdominal, postoperatorias, principalmente infraumbilicales, pero que en otros defectos, aun encontrándose por encima de la cicatriz umbilical, y en que haya gran diastasis de los rectos abdominales, su indicación es muy adecuada.

CUADRO 1

HERNIOPLASTIAS POR TECNICA DE CATTELL

Clasificación	Casos	Porcentaje
Infraumbilicales postoperatorias	54	76 %
—postoperatorias	7	
Supraumbilicales		14 %
—primarias	3	
Suprainfraumbilicales postoperatorias	7	10 %

- * Asistente del Servicio de Cirugía "Carlos Durán". Instructor de la Cátedra de Cirugía.
** Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía "Carlos Durán". Docente ad-honorem de la Cátedra de Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.
*** Jefe de Sección de Cirugía. Hospital San Juan de Dios. Director de la Cátedra de Cirugía Escuela de Medicina.
**** Jefe de Clínica de Cirugía. Catedrático Asociado de la Cátedra de Cirugía.

La hernia infraumbilical ocupó el lugar preponderante: 54 casos (76%), siendo todas postoperatorias; las supraumbilicales, diez (10) casos (14%) y anotando que tres (3) de estas reparaciones supraumbilicales fueron de grandes diastasis de los rectos abdominales y de origen primario, es decir, sin cirugía previa; nuestros casos de supraumbilicales han sido siete (7) (10%), todas postoperatorias.

MORBILIDAD DE LA HERNIA POSTOPERATORIA DE LA LINEA MEDIA EN RELACION AL SEXO

CUADRO 2
SEXO

Clasificación	Casos	Porcentaje
Femenino	58	81.7 %
Masculino	13	18.3 %

Se aprecia un neto predominio de casos del sexo femenino, explicable por la mayor frecuencia de laparotomías infraumbilicales en la mujer; en efecto, encontramos 21 casos de Cesáreas (29.6%); de estos casos de Cesáreas: tres casos tuvieron tres Cesáreas anteriores y otros tres sufrieron dos Cesáreas anteriores; los quince restantes tuvieron sólo una Cesárea anterior. Histerec-tomía abdominal como cirugía previa son doce casos (16.9%). Laparotomía infraumbilical por causas varias ocupó en la mujer 16 casos (22.5%). La suma de todos estos casos de cirugía previa en la mujer constituye para las hernias infraumbilicales un total de 49 casos (69%). En cambio, en el hombre, infraumbilicales, solamente cinco casos (7%): dos casos después de prostatectomía y tres laparotomías por emergencias quirúrgicas.

CUADRO 3
OPERACIONES ANTERIORES A HERNIOPLASTIA

Clasificación	Casos	Porcentaje
—Cesáreas	21	29.6 %
Histerectomías abdominales	12	16.9 %
Mujeres	16	
INFRA Laparotomías por causas varias		22.5 %
Hombres	3	
—Prostatectomías	2	
SUPRA Laparotomía por cirugía gástrica y de vías biliares		
Hombres	7	10 %
INFRA SUPRA Hernias umbilicales gigantes (Recidivas)	7	10 %

Las hernias postoperatorias supraumbilicales, así como las infrasupraumbilicales pueden presentarse con parecida frecuencia tanto en el hombre como en la mujer, dependiendo su aparición de los factores comunes a todas ellas, (1,5,13), como son: obesidad, desnutrición, infección de la herida quirúrgica, ileo paralítico y, agregamos, en el sexo femenino, la multiparidad. A estos factores anteriores se suma con frecuencia complicaciones bronquiales o pulmonares agudas así como tosedores crónicos y en algunos casos una poco cuidadosa reconstrucción quirúrgica en la intervención quirúrgica original (1, 4, 5, 13).

TECNICA

En 1942 Richard B. Cattell describe su técnica como original (4) y en 1949 publica los resultados de diez años de practicarla (15). Lo particular e ingenioso de esta técnica consiste en una reparación en cinco planos y desde el punto de vista anatomofisiológico el adosamiento y sutura de ambos músculos rectos abdominales; da esto, una solidez extraordinaria a la reparación de la pared abdominal. Es importante, proporcionar los tejidos que tienen que ser aproximados para que no exista tensión excesiva en las suturas, especialmente en cuarto y quinto planos.

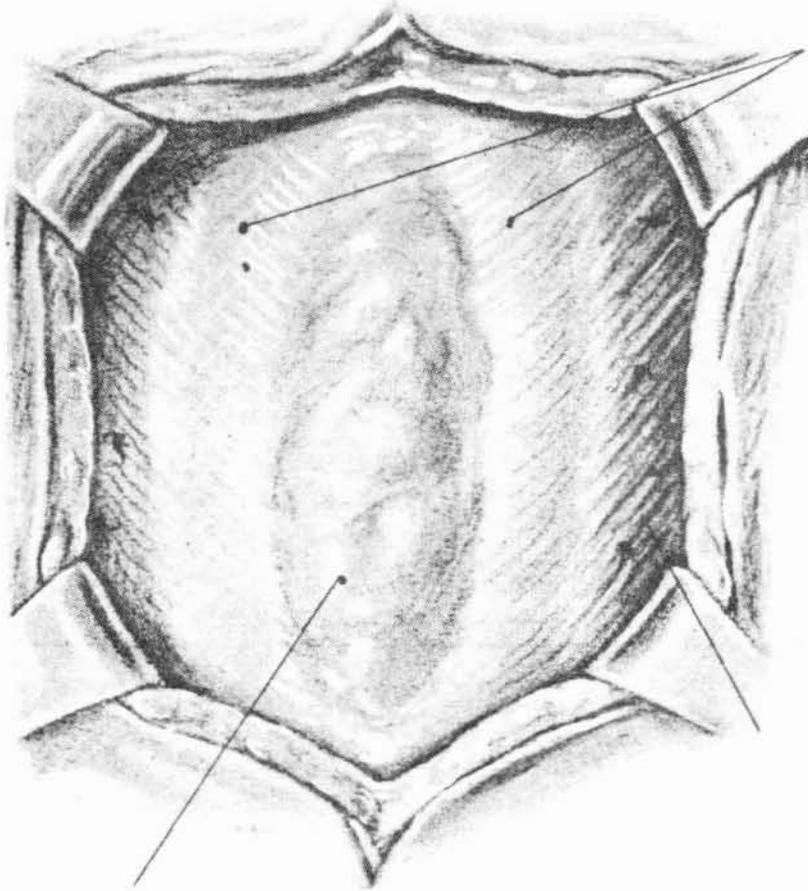


Fig. 1.— Hernia abdominal con diastasis de rectos abdominales.

CUADRO 4

EVOLUCION POSTOPERATORIA

Clasificación	Modalidad	Casos	Porcentaje
Sin complicaciones	—	64	90 %
	Absceso pared abdominal	3	
Con complicaciones	Ileo paralítico	1	
	Cuadro bronquial con absceso pared abdominal		10 %
	Fiebre sin anotar causa	1	
TOTAL		71	100 %

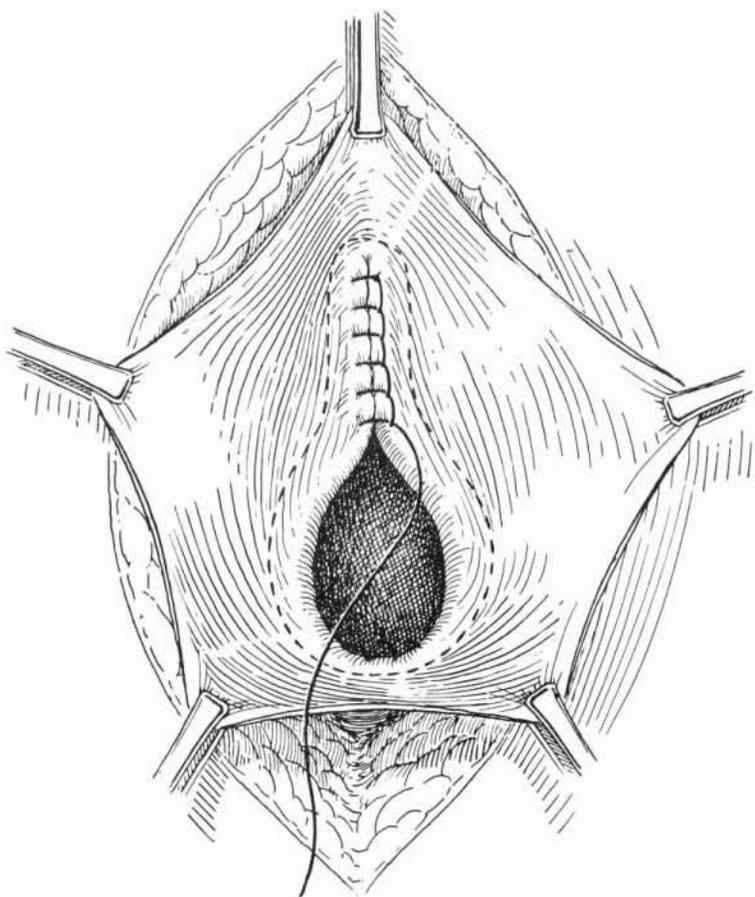


Fig. 2.— Técnica de Cattell. Primer plano.

Tuvimos 64 casos (90%) sin complicaciones, con estancia hospitalaria postoperatoria que osciló entre tres y nueve días. Anotamos, con complicaciones: 3 casos de absceso de la pared abdominal, con estancias postoperatorias de 12, 21 y 23 días; un caso de cuadro bronquial severo con absceso de la pared abdominal, con estancia de 19 días; un caso de ileo paralítico, con 16 días y dos casos de fiebre sin especificar la causa, de 10 a 17 días.

La suma de los casos con complicación nos da un total de siete casos (10%). Incluidos los casos complicados, el promedio de estancia hospitalaria postoperatoria nos da la cifra de ocho (8) días.

CUADRO 5
RESULTADOS DE LA OPERACION DE CATELL

Clasificación	Casos	Porcentaje
Exito total	65	91.6 %
Recidivas	4	5.6 %
Dudosos	2	2.8 %

CUADRO 6
REPARACIONES ANTERIORES DE LA MISMA HERNIA

Clasificación	Casos	Porcentaje
Sin hernioplastia anterior	67	94.3 %
una vez	1	
Con hernioplastia anterior	4	5.7 %
dos veces	3	

RESULTADOS

Hemos clasificado como éxito total, los casos de reconstrucción por técnica de Cattell completamente curados de su problema de pared abdominal. Dentro de este grupo incluimos cuatro casos en los cuales se había practicado otros métodos de reparación de hernia postoperatoria: en uno, con una hernioplastia y en tres, con dos. En todos ellos obtuvimos curación (91.6%). Hubo cuatro casos de fracaso, anotados como recidivas (5.7%). Sin embargo, resulta útil analizar estas cuatro recidivas: uno fue un paciente con infección de la herida quirúrgica después de intervención de emergencia por problema de vías biliares. Otro, una paciente con gran anemia, desnutrición, tosedora crónica con posible tuberculosis pulmonar, gran múltipara. Otro, una paciente obesa, asmática y con fístula entérica anterior a quien se le había retirado malla de hernioplastia anterior. El último, un paciente

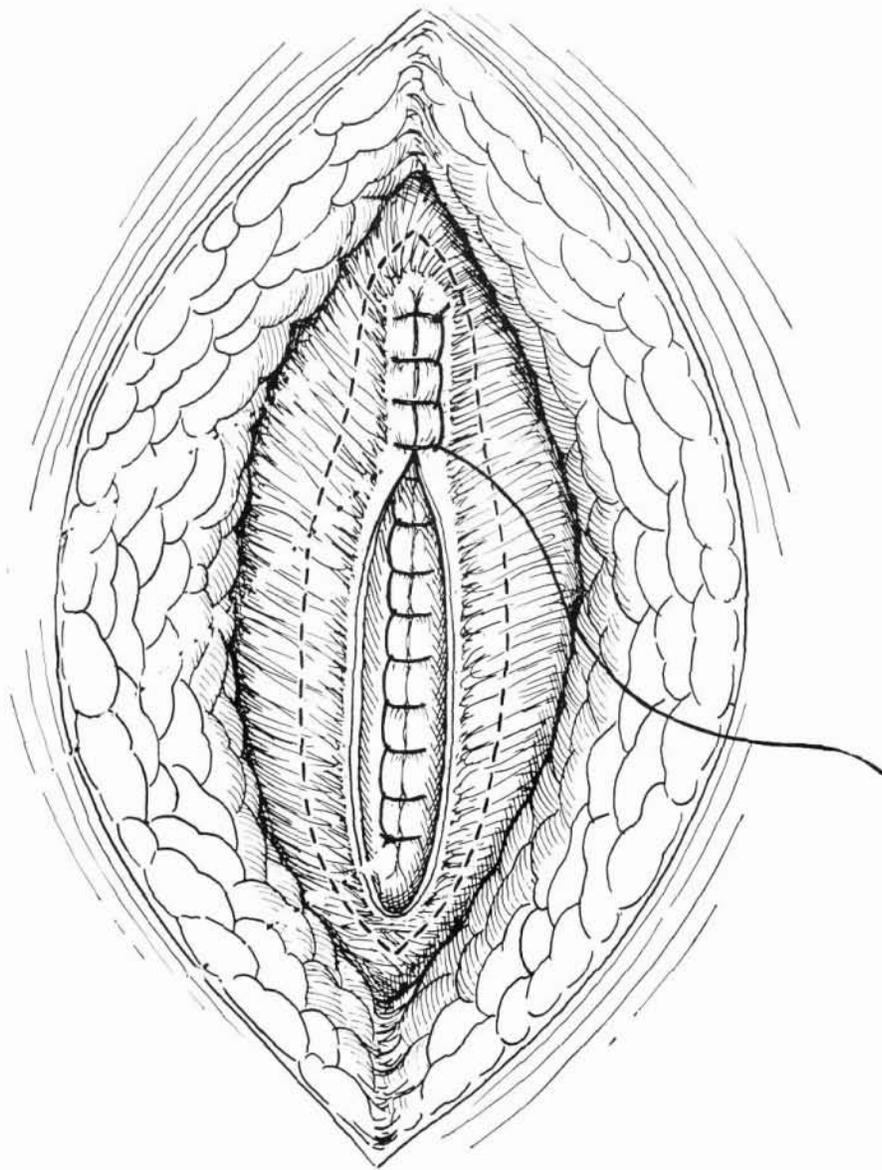


Fig. 3.— Técnica de Cattell. Segundo plano.

quien después de una gastrectomía, hizo fístula duodenal, eventración postoperatoria y septicemia. De estos cuatro casos, en dos se volvió a practicar la técnica de Cattell y otra clase de hernioplastia en los otros dos, obteniéndose curación total en los cuatro.

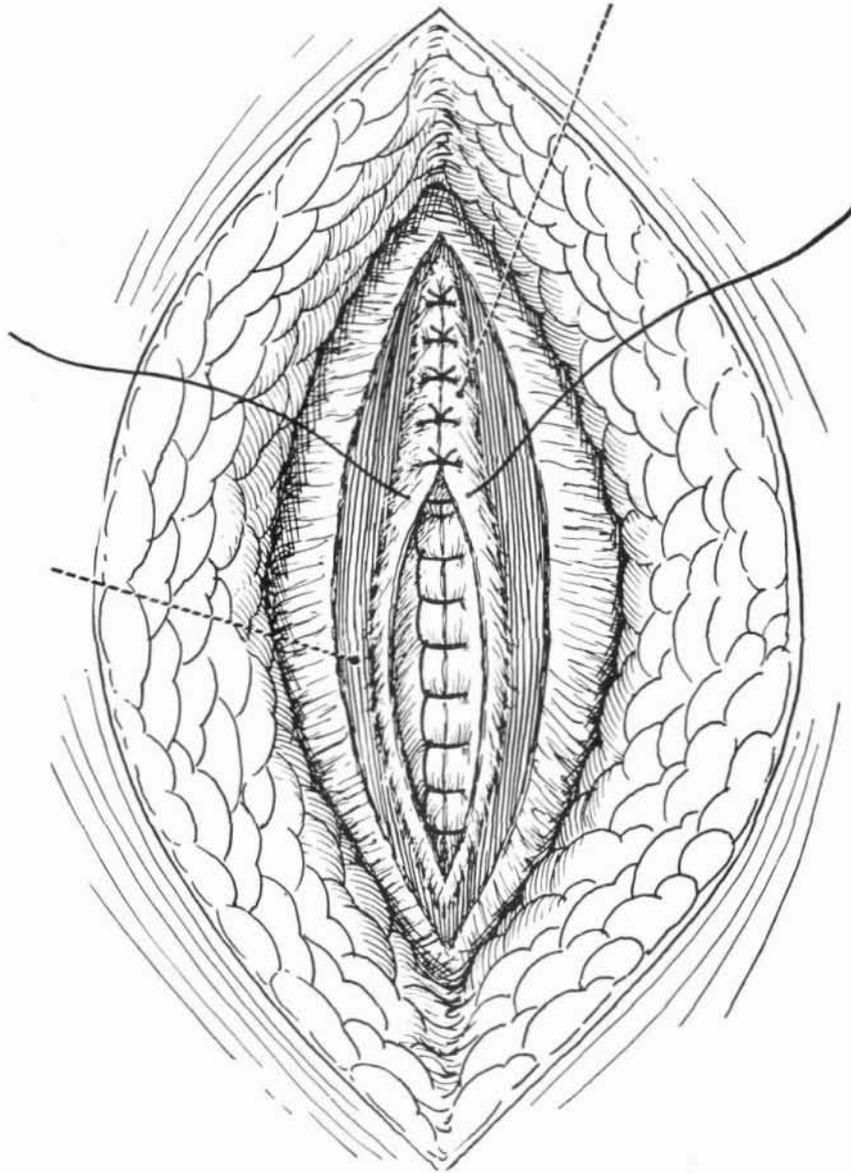


Fig. 4.— Técnica de Cattell. Tercer plano.

Cabe notar que las recidivas fueron de un pequeño segmento y una de ellas, en borde externo de recto abdominal. Clasificamos como casos dudosos, en pacientes a quienes se les había practicado técnica de Cattell infraumbilical y lo que se suponía recidiva

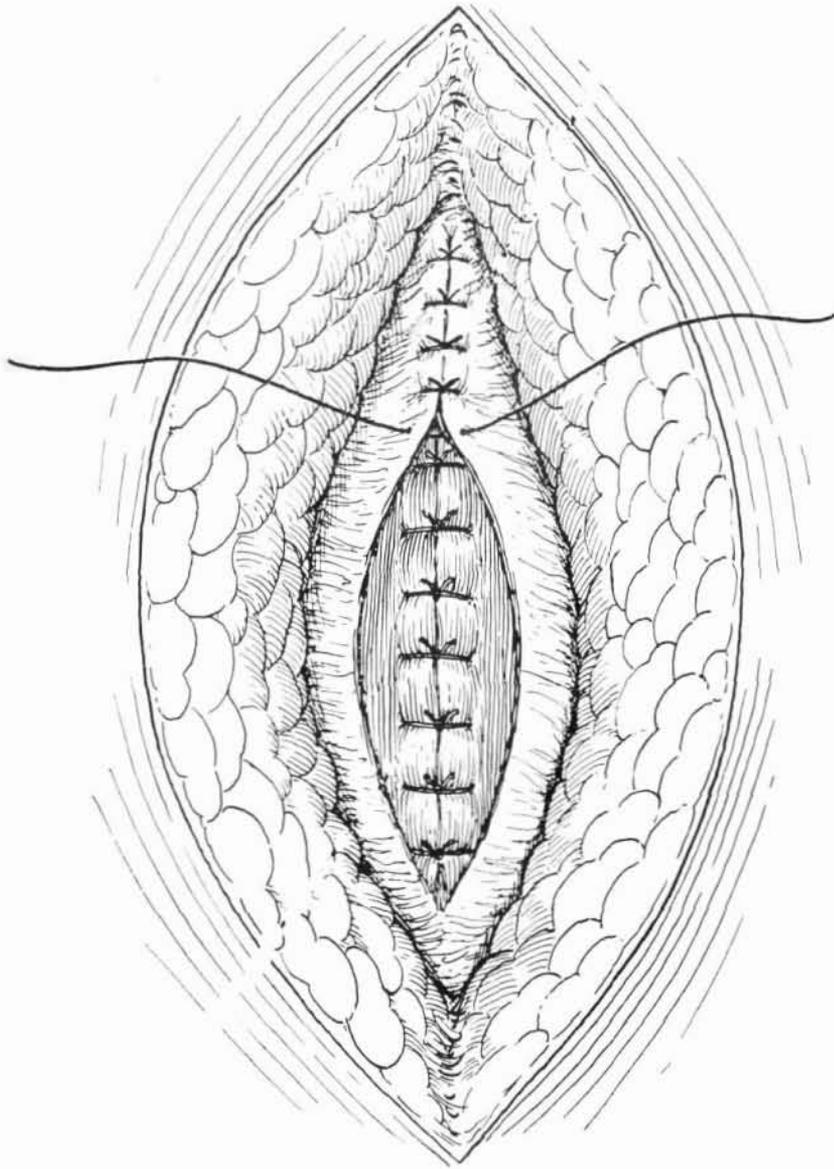


Fig. 5.— Técnica de Cattell. Cuarto y quinto planos.

de la hernia resultó ser diastasis de rectos abdominales con gran debilidad de pared abdominal en abdomen superior y región umbilical; ambos, fueron reconstruidos con técnica de Cattell. Casos de duda, 2 (2.8%). A pesar de no ser partidarios del uso de

mallas en la reconstrucción de la pared abdominal (2, 6, 14), anotamos que se usó en tres casos en el quinto plano de la técnica que nos ocupa, de crinoplaque, con buen resultado. Con respecto al uso de neumoperitoneo preoperatorio (7, 8) no tenemos experiencia.

RESUMEN

Se revisa diez años de hernioplastia abdominal, seleccionando 71 casos operados por la Técnica de Cattell, apuntando como indicación precisa las hernias postoperatorias de la línea media y las diastasis de los rectos abdominales. Se comenta la morbilidad de este tipo de hernias en relación con pacientes obesos, desnutridos, tosedores crónicos, múltiparas, y clase de intervención quirúrgica anterior. Se recalca en la Técnica de Cattell los factores anatomofisiológicos y de solidez de los planos como méritos que llevan al éxito de la operación.

SUMMARY

We have revised 10 years of repairing abdominal hernia, selecting 71 operations performed with Cattell's Technic. We specially indicate the technic for middle line abdominal hernias and diastasis of the abdominal rectums. We comment the morbidity of this type of hernia in relation with obesity, malnutrition, chronic pulmonary disease, multiparous women, as well as the type of surgery performed before the hernia. We emphasize in Cattell's Technic the anatomophysiological factors and the solidity of the abdominal walls that gives the great success to the operation.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BASTOS, E. de S. Postoperative hernia. *Rev. Paul. Med.* 60: 388-392. May 1962.
 - 2.—CASAZA, Juan Alberto. Plásticos en la reparación de Hernias y Eventraciones Abdominales. *La Pr. Méd. Arg.* 55: 1574-1576.
 - 3.—CASTEN, Daniel F., *Herniorrafia-Hernia Postoperatoria*. Atlas de Técnicas en Cirugía Madden. 118-119, 2a. Ed. 1967.
 - 4.—CATTELL, Richard B. An Unusual Technic for the Repair of Incisional Hernia. *Surgical Clinics of North America.* 22: 795-799. June 1942.
-

- 5.—CATTELL, Richard B. Repair of Incisional Hernia. *Surgical Clinics of North America*. 787-793. June 1949.
- 6.—GALEANO, F. y Col. La Malla de Acero Inoxidable. Su empleo en Hernias y Eventraciones. *La Prensa Médica Argentina*. 55: 1605-1608. 1968.
- 7.—GARRIZ, Roberto A. y Col. Hernias Parietales y Eventraciones Gigantes. Neumoperitoneo. *La Prensa Médica Argentina*. 55: 1785-1789. 1968.
- 8.—JOHNSON, W. C. Preoperative Progressive Pneumoperitoneum in Preparation for Repair of Large Hernias of the Abdominal Wall. *Am. J. Surg.* 124: 63-68. July 1972.
- 9.—LYTTLE, W. J. Herniorrafia-Hernia Postoperatoria. *Atlas de Técnicas en Cirugía Madden*. 118-119. 2a. Ed. 1967.
- 10.—MC VAY, Chester B. Herniorrafia-Hernia Postoperatoria. *Atlas de Técnicas en Cirugía Madden*. 118-119. 2a. Ed. 1967.
- 11.—MEADE, Richard H. The History of the Abdominal Approach to Hernia Repair. *Surgery*. 57: 908-914.
- 12.—PFEFFERMANN, R. et al. Syntomatic Hernia. Strangulated Hernia Combined with Acute Abdominal Disease. *Am. J. Surgery*. 124: 60-62. July 1972.
- 13.—RAVITCH, Mark M. Ventral Hernia. *Surgical Clinics of North America*. 51: 1341-1345. December 1971.
- 14.—SMITH, R. S. The use of Prosthetic Material in the Repair of Hernia. *Surgical Clinics of North America*. 51: 1387-1399. December 1971.
- 15.—THORLAKSON, Robert H. Technique of Repair of Herniation Associated with Colonical stomas. *Surg. Gynecology & Obstetrics*. 120: 347-350. February 1965.

* * *
