

# Hernioplastía por la Técnica de Handley - Maingot Experiencia Personal

Por

Dr. Manrique Soto P.

Dr. Alberto Carazo G.

## INTRODUCCION

El presente trabajo, tiene por objeto dar a conocer los resultados iniciales obtenidos por nosotros en el Servicio de Cirugía Federico Zumbado del Hospital San Juan de Dios, utilizando para la Hernioplastía Inguinal una técnica hasta ahora no empleada en el país, que fue iniciada por Handley y difundida posteriormente por Maingot y colaboradores.

## INDICACIONES

La técnica utilizada, se recomienda para todos los casos de hernia inguinal directa, para las hernias inguinales recidivantes y para las hernias inguinales indirectas de mediano y gran tamaño.

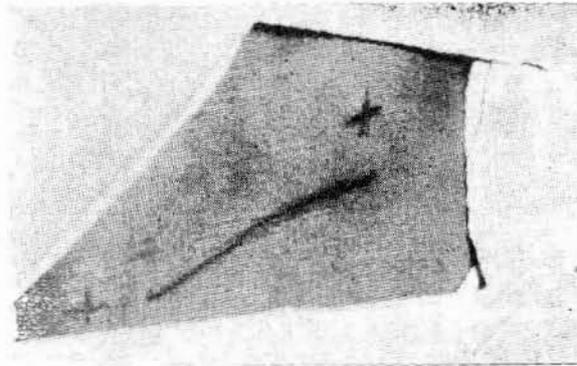
Para la clasificación de las hernias inguinales indirectas, hemos seguido el procedimiento empleado por McVay, quien las clasifica de acuerdo al grado de dilatación del anillo inguinal profundo. Cuando esta dilatación es acentuada, se produce una alteración de la pared posterior del conducto inguinal que requiere corrección. De esta suerte, clasifica las hernias inguinales indirectas trazando una línea vertical que pasa por la parte medio del anillo crural. Las hernias inguinales indirectas pequeñas, son las que tienen una discreta dilatación del anillo inguinal profundo, sea cual sea la longitud del saco herniario; las medianas, tienen una dilatación del anillo inguinal profundo que no sobrepasa la línea antes mencionada; las hernias inguinales indirectas grandes son las que tienen un anillo inguinal profundo muy dilatado, cuyo bordo interno sobrepasa la línea mencionada y que puede extenderse hasta el límite interno de conten-

---

ción que es el borde de la vaina del músculo recto anterior del abdomen y músculo piramidal a ese nivel.

### TECNICA

Estando el paciente en decúbito dorsal, bajo anestesia general y aislando el campo operatorio previa asepsia de la región, se procede a la incisión de piel. Esta se hace en sentido más transversal que la incisión clásica y se extiende desde un punto situado a 2 cms., por abajo y por dentro de la espina ilíaca anterosuperior a otro situado a 2 cms. por arriba de la espina del pubis. (Foto N° 1).



N° 1

Incisión de piel.  
(lado izquierdo)

El corte comprende piel, tejido adiposo subcutáneo y fascia superficial de Scarpa hasta descubrir la cara externa de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor. La hemostasia se realiza utilizando seda 000. Con disección roma se libera el anillo superficial del conducto inguinal y se efectúa un pequeño corie con bisturí de la aponeurosis del oblicuo mayor siguiendo el sentido de sus fibras, prolongándose este corte con tijeras recta, hasta abrir el anillo inguinal superficial y hasta 3 cms. por fuera del anillo inguinal profundo, teniendo precaución en este tiempo de no lesionar los nervios subyacentes.

Se libera la cara profunda de la aponeurosis en una extensión de 2 a 3 cms., por arriba, del músculo oblicuo menor y tendón conjunto; por dentro, del tendón de inserción del músculo recto anterior del abdomen y la espina del pubis y por abajo, hasta descubrir por completo el arco crural, identificándose en ese tiempo los nervios de la región. A continuación, se aísla el cordón de los planos subyacentes, refiriéndose con una sonda o

un tubo de penrose. Se incide el cremáster en sentido longitudinal, por abajo y adentro hasta el anillo inguinal superficial y por arriba y afuera hasta su origen en el músculo oblicuo menor.

Si se trata de una hernia indirecta, se disecciona el saco hasta el cuello, previa apertura del mismo, lo que facilita su disección de los elementos del cordón, reduciéndose previamente el contenido si existe. Se procede a revisar la pared posterior del conducto inguinal, introduciendo para esto un dedo dentro de la cavidad abdominal a través del cuello del saco hernario, comprobando de esta manera la resistencia del piso posterior y la existencia o no de hernia directa o peritoneo redundante a nivel del triángulo de Hesselbach, el que se reduce en caso necesario por medio de la maniobra de Houget. Se liga el saco a nivel de su cuello con doble ligadura por translición con seda 00, recortándolo por encima de estas ligaduras. Al efectuar la ligadura alta del saco, la maniobra de Barker es inútil por lo que nunca la efectuamos.

En casos de hernia inguinal directa, se abre el saco en su porción más externa para recorrer el peritoneo redundante, explorar el anillo interno y aislar convenientemente la fascia transversal del peritoneo parietal.

Se procede luego a suturar la fascia transversalis al arco crural, con puntos separados de seda 000, plegándola previamente si esta es redundante. Esta sutura se debe extender desde el ángulo interno del triángulo de Hesselbach hasta el anillo inguinal profundo, reduciendo éste a su tamaño normal. Seguidamente, se cierra el cremáster con puntos separados de seda 000.

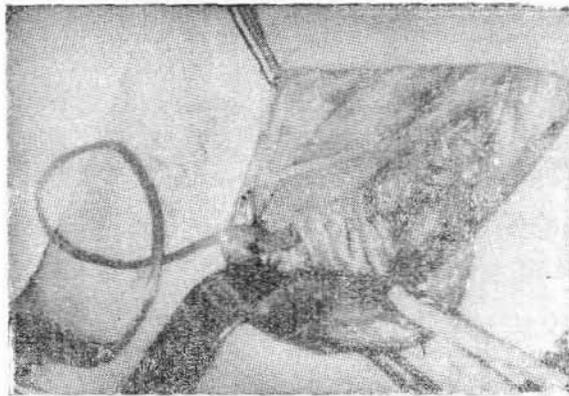
Se inicia ahora, el tiempo más importante y característico de la técnica que nos ocupa. De un carrete de seda natural no trenzada, se preparan quince secciones de 80 cms. de longitud que se enhebran en una aguja curva cortante Mayo N° 4. Se esteriliza en autoclave durante ocho minutos quedando lista para su aplicación. El primer punto se coloca de fuera adentro sobre el tendón de inserción del músculo recto anterior y a un centímetro por arriba de la espina del pubis. El cabo distal de la seda queda referido por una pinza. El segundo punto se coloca sobre la espina del pubis, procurando en éste hacer la inserción subperióstica. El tercer punto se coloca en el tendón conjunto, el cuarto en el ligamento de Poupart; todos estos puntos sin efectuar tracción ni colocar la seda a tensión, con la única idea de

---



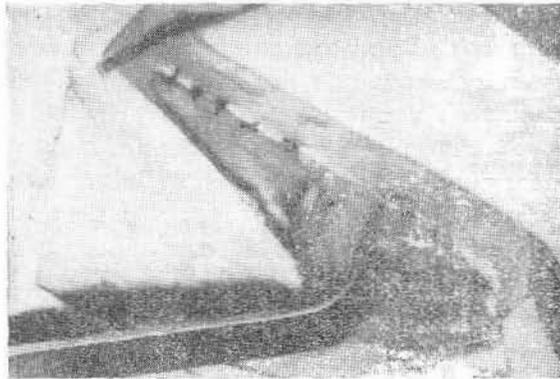
Nº 2

Sutura de la fascia transversalis al arco crural (lado derecho).



Nº 3

El plano de la seda en madeja ya aplicado (lado izquierdo).



Nº 4

Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor con trasplante subcutáneo del cordón (lado derecho).

formar un enrejado con este material que se continúa de Conjunto a Poupart sucesivamente hasta el borde interno del anillo inguinal profundo. Desde este punto, se prosigue la sutura en sentido inverso, es decir, desde el anillo inguinal profundo a la espina del pubis, cubriendo las partes desprovistas de seda y tomando la inserción superior, o sea la del músculo oblicuo menor y tendón conjunto, algo más arriba de la primera línea de inserción de la seda. Se termina el enrejado colocando el último punto sobre la vaina y tendón de inserción del músculo recto anterior, de dentro afuera, para que al anudar la seda, quede el nudo colocado por debajo de este tendón. Se sutura con seda 00 la aponeurosis del oblicuo mayor por detrás del cordón, con el objeto de interponer esta aponeurosis entre el cordón y la seda. Finalmente, y con puntos separados de seda 000, se sutura la aponeurosis de Scarpa y luego la piel con punto de colchonero. (Foto 2, 3, 4 y 5).

La descripción anterior, corresponde al método empleado por nosotros al efectuar esta técnica, con pequeñas variantes a la original descrita por Maingot. Las dos principales variantes son:

1. Maingot recomienda suturar el músculo cremáster por debajo del cordón al plano ya suturado de la fascia transversalis, antes de colocar la seda en madeja. Ve en ello dos ventajas, una, adelgazar el cordón que ha de quedar subcutáneo, otra reforzar el plano de la fascia transversalis.

Creemos preferible suturar el cremáster en su plano natural, es decir, cubriendo el cordón, lo que protege los elementos del mismo al dejarste éste subcutáneo, evitando el aprisionamiento de tejido muscular sobre la fascia transversalis, lo que es causa de recidiva por necrosis según algunos autores.

2. Al colocar la seda en madeja, Maingot inicia el primer punto sobre la espina del pubis; creemos que al hacerlo como lo hemos descrito antes, es más sencillo y queda mejor cubierto el nudo.

Es necesario insistir como lo hace repetidamente Maingot, que el enrejado de seda no debe ir bajo tensión; el objeto es crear un nuevo plano sobre el cual los fibroblastos formen en definitiva una capa más que refuerza la pared posterior del conducto inguinal.

Las ventajas principales de esta técnica son:

1. La incisión de la piel deja una cicatriz más estética que cruza en un solo punto la reparación profunda.
2. No hay suturas a tensión que debiliten la reconstrucción efectuada.
3. No se unen tejidos de diferente constitución histológica, como sucede con las técnicas en que se une parte del músculo oblicuo menor y el tendón conjunto que es en gran parte muscular, el arco crural.
4. Se crea un plano nuevo y resistente que refuerza la pared posterior del conducto inguinal en toda su extensión.

Debido a que el mayor inconveniente de esta técnica es el peligro de infección, no se recomienda en aquellos casos en que se sospeche infección potencial o real como sucede en las hernias estranguladas.

#### TRATAMIENTO PRE Y POST OPERATORIO

En el preoperatorio no hacemos ningún tratamiento, verificándose únicamente los exámenes de rutina, salvo excepciones. En el post-operatorio inmediato hemos instituido algunos pasos seguidos por los preconizadores y otros agregados por nosotros estableciéndolos como rutina dentro de nuestro Servicio. Ellos son: Sedol, cuando el paciente sale de la anestesia; Penicilina 400.000 UI y Estreptomina  $\frac{1}{2}$  grm. cada 12 horas por tres dosis: reposo en cama por 48 horas, durante el cual se moviliza al paciente en su cama; saco de arena sobre la región. Al segundo día de operado se levanta al paciente, manteniendo siempre el saco de arena durante los períodos de reposo. A los 7 días se quitan los puntos de la piel, controlando luego el paciente al mes, a los 6 meses y un último control al año.

#### E S T A D I S T I C A

A continuación presentamos los datos estadísticos sobre las treinta hernioplastias practicadas.

Cuadro N° 1

Años . . . . .	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80
N° de casos	1	2	2	7	9	4	4
Porcentaje .	3.33%	10%	6.66%	23.33%	30%	13.33%	13.33%

---

**E D A D :**

En el cuadro N° 1, se presentan las edades de los pacientes intervenidos. Como se puede observar, más del 50% eran pacientes de más de 50 años, oscilando las edades entre 16 y 79 años. El promedio de edad fue de 48,6 años.

**S E X O :**

De los treinta casos, solamente uno fue del sexo femenino, lo que nos da una relación de 29 a 1. Esto se explica porque las mujeres presentan generalmente pequeñas hernias inguinales que fueron excluidas en la selección de los casos.

**Tipo de hernia****Cuadro N° 2**

Derechas . . . . .	19	
Izquierdas . . . . .	9	
Bilaterales . . . . .	1	
Indirectas . . . . .	12	40. %
Directas . . . . .	8	26.66%
Dobles o Mixtas . . . . .	3	10. %
Recidivantes indirectas . . . . .	4	23.33%
directas . . . . .	3	

Según el cuadro N° 2 la proporción de hernias indirectas y directas es similar a las estadísticas de diferentes autores. Llama la atención el elevado porcentaje de hernias mixtas, lo que puede ser causa de recidiva al no identificar debidamente este tipo de hernia. Se incluye en el cuadro un caso de hernia irreductible indirecta.

**ESTANCÍA:**

El promedio de estancia de los pacientes en el Hospital fue de 7.44 días, contados desde la fecha de operación hasta la fecha de alta.

**TIEMPO OPERATORIO:**

El tiempo promedio de operación fue de 51.5 minutos. Es interesante anotar que el tiempo operatorio no se prolonga con la técnica propuesta, a pesar de que consideramos que en este

tipo de operación, como en toda plastia, el tiempo operatorio no debe ser factor determinante.

#### COMPLICACIONES:

Cuadro N° 3

Complicaciones	N° de casos	%
Infección post-operatoria .....	4	13.33
Intolerancia a la seda .....	1	3.33
Otras .....	1	3.33

Dentro de las complicaciones post operatorias, únicamente se presentaron de tres tipos: la infección superficial de la herida en cuatro casos, que cedieron con tratamiento antibiótico. Un caso de intolerancia al material empleado que obligó a retirar parte de la seda en una segunda intervención siete meses más tarde, que curó sin recidiva. La otra complicación se refiere a hematemesis y malena post operatorias, cuyo origen no fue posible determinar.

Hacemos notar que no hemos tenido complicaciones que se citan como frecuentes, tales como: heridas de vejiga, trombosis del cordón, distensión abdominal, retención prolongada de orina, atelectasia pulmonar, etc. Es frecuente sin embargo en este tipo de operación, una elevación térmica post operatoria algo más elevada que la normal, con duración de 2 a 3 días.

#### RESULTADOS OBTENIDOS

De la estadística anterior podemos resumir los resultados siguientes: de treinta casos operados siguiendo la técnica de implantación de seda en madeja, como refuerzo de la pared posterior del conducto y del anillo inguinal profundo, hemos obtenido la curación sin recidiva hasta el presente en todos los pacientes, lo que nos brinda un resultado de 100% de éxito, contra 0% de recidiva. La complicación más seria que tuvimos y que pudo comprometer el buen éxito de la intervención, lo constituyó el caso de intolerancia a la seda, que como ya se apuntó fue dado de alta en buenas condiciones. Si comparamos nuestra estadística con los resultados obtenidos por Maingot y seguidores, encontramos bastante similitud con los nuestros, cuando se ha empleado esta misma técnica; variando el porcentaje de recidiva entre 0.5 y 1.5%. Es en cambio notable la diferencia con los resultados obtenidos por otros autores con otras técni-

cas, en las que los porcentajes de recidiva se elevan a 16 y 30% usando las técnicas de Bassini y Ferguson para las hernias inguinales directas.

Los controles que efectuamos en los pacientes operados, procuramos hacerlos el primero al mes, el segundo a los 6 meses y un tercer control al año de intervenidos, habiéndolos instruido para que a la primera manifestación de dolor, infección o reaparición de la hernia acudan a un control de los establecidos. Con este sistema hemos podido controlar las complicaciones post-operatorias en su iniciación, para su precoz tratamiento y revisado periódicamente los 30 casos, con lo que creemos haber contribuido de una manera definitiva a impedir que se presente nuevamente su problema herniario.

### CONCLUSIONES Y COMENTARIO

Se plantea la introducción en nuestro medio de una intervención quirúrgica para la cura radical de las hernias más comunes, que hemos logrado realizar en 30 casos hasta el mes de Julio de 1961, cuyos resultados ustedes han tenido oportunidad de observar en los cuadros estadísticos anteriores y que nos llevan a las siguientes conclusiones: 1. Las recidivas de hernia operadas en nuestro medio son de una magnitud alarmante: de 30 hernioplastias realizadas por nosotros 7 fueron recidivantes

2. Esto indica alguna falla en las técnicas seguidas que es necesario corregir.

3. La técnica propuesta, según nuestro propios resultados, evita la recidiva hasta ahora en el 100%.

Es necesario apuntar aquí, que aunque nuestros casos tienen relativamente poco tiempo de evolución, consideramos difícil que se presente recidivas basándonos en las estadísticas de Erdman, quien dice que la mitad de las recidivas se presentan a los seis meses posteriores a la operación, cerca del 80% antes del año y la totalidad de los dos años. No queremos tampoco dejar de comentar los casos de infección post-operatorios que tuvimos, cuatro de ellos superficial que curaron con tratamiento antibiótico y el quinto fue necesario debridar bajo anestesia, habiéndose aprovechado la ocasión para revisar los planos de sostén, obteniéndose la curación sin recidiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. BENTON. The Evolution and Classification of Hernial Operations. Surg. Gynec. & Obst. 87:313. 1948.
  2. ERDMAN, SEWARD. Tratado de Patología Quirúrgica (Christopher). 4a. Ed. Ingl. Cap. 33. 1947.
  3. HASBUN, CARLOS Tesis Profesional. México, 1959.
  4. LONGACRE, A. B. Follow Up of Hernia Repair. Sur<sup>o</sup>. Gynec. & Obst. 68: 238. 1939.
  5. MAINGOT, R. Abdominal Operations. 3rd. Ed. p. 975. 1956.
  6. McVAY, CH. B. Tratado de Patología Quirúrgica (Christopher). 6<sup>o</sup> Ed. Cap. 19. McMillan Co. 1958.
  7. MONRO, A K. The Management of Abdominal Operations de Rodney Maingot. Cap. 34. McMillan Co. 1953.
  8. RICE & SRICKLER. The Repair of Hernia. Surg. Gynec. & Obst. 86; 169. 1948.
  9. RODNEY MAINGOT, J. of the Internat. College of Surgeons. Jan - Feb. 1945. vol. 8, p. 1.
  10. ZIMMERMAN, L. M. A. Critique of the McVay Operation for Inguinal Hernia. Surg Gynec. & Obst. Vol. 87-II p. 621. 1948.
  11. ZIMMERMAN, L. M. Recent Advances in Surgery of Inguinal Hernia. The Surgical Clinics of North America. Feb. 52 p. 135.
-