

Algunas causas de reproducción de las hernias operadas,

por el doctor MIGUEL ROYO

El número de hernias que se reproducen después de haber sido operadas es bastante crecido, y raro será el cirujano que no pueda sumar varios casos en su estadística, sin que estas reproducciones quieran significar ni faltas de técnica ni de competencia en el cirujano que operó. Siguiendo en mi modesta labor las enseñanzas del que fue querido maestro mío, el doctor Rivera, creo más útil que publicar asuntos científicos de gran novedad o interés doctrinal, divulgar aquellos que ocasionan fracasos en el tratamiento de los enfermos, y por eso, dejando para otros de mayor ilustración otras cuestiones, al invitarme mi amigo y antiguo discípulo, señor Martínez y Ladrón de Guevara, a colaborar en *Murcia Médica*, elegí como asunto de estas primeras cuartillas «las causas de reproducción de las hernias operadas.» Si su lectura evita a los jóvenes médicos algún fracaso operatorio, por satisfecho me daría.

A varias causas puede ser debida la reproducción de las hernias después de operadas: en orden de importancia, creo debe ponerse en primer término *la infección de la herida operatoria y la supuración*. Sabemos, en efecto, que cuando un proceso infeccioso intenso se desarrolla en una herida, la reunión de ésta por primera intención es imposible; la coaptación perfecta de los bordes en toda la profundidad de la incisión desaparece, y las condiciones de resistencia de la cicatriz resultante son menores, aunque en apariencia la abundancia del tejido fibroso de la cicatriz parece había de oponer allí mayor resistencia. En las intervenciones por hernia la infección es desastrosa para los resultados tardíos de la operación; la tumefacción de los bordes, la exudación y la supuración destruyen la labor del cirujano al rehacer los conductos de la pared abdominal por donde las vísceras del abdomen se herniaron; conduce en ocasiones a eliminación de tejidos destruídos por el pus; impide el enquistamiento

de los materiales de sutura utilizados para la reconstitución de las paredes del trayecto herniario; prolonga, además, extraordinariamente la duración del proceso reparador, y deja un punto débil por donde, con no gran esfuerzo, reaparecerá la hernia, bien con los caracteres que tenía antes de operada, bien constituyendo una verdadera eventración, igual a la producida después de algunos casos de laparatomía.

Para evitar esta complicación en las intervenciones por hernia, claro es que el cumplir con todo rigor los preceptos de la asepsia es el único medio de que el cirujano dispone, y sería ofender a mis lectores el ocuparme en una cuestión en la que todo cirujano procura atender siempre hasta los más nimios detalles. Pero en relación con ella sí he de aconsejar la conveniencia de recomendar a los encargados de la asistencia de los enfermos la más exquisita vigilancia, ya que en algunos adultos y sobre todo en niños, y más en los enfermos de hospital que en la clientela privada, he visto infectarse después de la intervención algunos operados, por impregnarse el apósito con orina o heces; las dificultades que para moverse tienen los enfermos imposibilitándoles esos actos naturales, reclaman cuidados constantes por parte de enfermeros, etc.

Otra cuestión también en relación con la infección de las heridas es lo que se refiere a los materiales de sutura que se empleen. Cuando no hay infección, cualquier material es bueno; pero aparte que la infección venga por no estar suficientemente aséptico el hilo de sutura, no es indiferente el haber empleado uno u otro cuando sobreviene una infección. Muchos cirujanos utilizan para restaurar planos profundos, ligar sacos herniarios, etc., el catgut; es un buen material, porque reabsorbiéndose no deja cuerpos extraños en la herida; yo no lo empleo, no obstante, en las hernias, porque aparte que su reabsorción se hace en ocasiones antes de que la cicatrización esté avanzada, ofrece cuando hay infección poca garantía, y con frecuencia los planos profundos suturados con catgut, lejos de ofrecer una barrera a la propagación de la inflamación, se separan por la rápida reabsorción del catgut en estas circunstancias, y la flegmasia se propaga a la profundidad, hecho el más terrible de las infecciones en operaciones de hernias. Otro material de sutura muy resis-

tente, fácilmente manejable, que se esteriliza bien y que se usa mucho, es la seda; cuando no hay infección, creo que ella y el hilo metálico son los materiales mejores que pueden usarse; pero cuando hay infección la seda rara vez se enquistá, y lo que ocurre es que se sostiene la supuración hasta que las ligaduras, los puntos profundos de seda, etc., salen arrastrados por el pus; para evitar que estas supuraciones prolongadas por la intolerancia de los hilos de seda se produzcan, tengo la costumbre, cuando utilizo la seda para rehacer planos profundos, de no dejar jamás el hilo perdido, sino dejar fuera de la herida los cabos fijos, de modo que la sutura ofrezca resistencia, pero que en cualquier momento pueda retirarlos; así, al operar una hernia inguinal por el procedimiento de Bassini, si rehago las dos paredes con seda, dejo fuera los cabos de los dos planos y anudo el hilo del plano superficial con el del plano profundo en los dos extremos de la incisión (previa la colocación de un pequeño trozo de gasa debajo de los nudos), pudiendo retirar la seda cuando la herida esté cicatrizada o cuando lo reclame un proceso infectivo. Otro material de sutura muy español y muy murciano es la hijuela, al que, por cierto, los españoles siguen llamando mal «crin de Florencia,» como material fácilmente esterilizable y resistente; es ideal, pero es demasiado rígido, y eso impide usarlo en las suturas profundas de las hernias; yo comencé a usarlo, y hoy sólo lo empleo para suturas de piel. El material que tiene todas mis preferencias, que se esteriliza bien, que se tolera casi siempre y que siendo maleable sirve bien para rehacer planos profundos, es el hilo metálico. Yo lo utilizo no sólo para sutura, sino que, siguiendo los consejos de Lauwrie Me Gavin en el *British Medical Journal* (14 de agosto de 1909), utilizo en hernias de gran tamaño y anillos herniarios grandes las filigranas metálicas, que son armazones metálicos hechos con hilo de plata pura sin aleación, y que constituyen un enrejado en forma de zigzag, que se introduce y fija entre los tejidos; filigrana que se tolera bien, y que como se aseptica por ebullición prolongada, no suele producir flegmasías supuradas sino más bien una inflamación reparadora con exudación linfática y neoformación celular que, unido a la formación de nuevos vasos, conduce pronto a una cicatriz sólida y fuerte. He usado este medio de reforzar la herida en

hernias inguinoescrotales y umbilicales (método de Bartlett), y he de confesar que estoy satisfecho de su empleo. El medio de hacer la filigrana es sencillo, y cualquier cirujano puede hacerlas por sí; en el artículo antes citado detalla la construcción de este enrejado metálico, que no transcribo por no hacer largo este trabajo.

El empleo de las filigranas cuando hay infección, claro que puede dar lugar a que no se toleren y hasta reclame una nueva intervención para extraer el enrejado metálico; en mis operados no he tenido necesidad de extraer estos cuerpos extraños, que siempre se toleraron bien.

Otra causa frecuente de reproducción de las hernias es los vómitos *postoperatorios*, difíciles de evitar cuando se emplea anestesia general: cuando aparecen al aumentar la presión intra-abdominal y provocar contracciones de la pared del vientre, exponen a que los puntos rasguen los tejidos, se distiendan cicatrices y se separen los bordes de la herida más en los planos profundos que en las suturas cutáneas, produciéndose alguna vez pequeñas hemorragias en la profundidad de la herida. Empleando la anestesia general es casi imposible impedir estos vómitos, que en absoluto suprime la anestesia local. En la clínica de la Facultad de Medicina y en la clínica privada he utilizado este año la anestesia local por la solución de novocaína y adrenalina en veintidós casos de hernias, y ni en un solo enfermo observé vómitos, siendo la intervención practicada con insensibilidad completa; es un anestésico que creo debe cada día generalizarse más, y si bien al operador novel le confunde un poco la infiltración de los tejidos periherniarios por la solución anestésica, compensa estas desventajas el poder mandar toser al enfermo, lo que poniendo tenso el saco herniario hace más fácil su disección y aislamiento. Creo pues que debe desterrarse la anestesia general para las intervenciones por hernias, aunque sean irreductibles o estranguladas; de ambas y resecaando el epiplón he tenido varios casos, sin haber hallado ni dificultades técnicas por esta anestesia ni haber observado nada que me obligue a arrepentirme de su empleo. Los detalles de la anestesia local en hernias aparecen en muchos trabajos, siendo dignos de consultarse el publicado por el doctor Guedea en *Los Progresos de la Clínica* (1913)

y la notable obra de anestesia local de Hirzchell, donde con detalles se describen estas interesantísimas cuestiones. La analgesia espinal también evitaría los vómitos *postoperatorios*; encuentro, no obstante, su práctica más laboriosa que la de la anestesia local, a la que doy preferencia.

Otras veces los vómitos pueden ser debidos a peritonitis, torsiones testiculares u oclusiones intestinales; los medios de evitarlos en estos casos no son de este lugar, y su estudio me llevaría lejos de mi propósito.

La *elección de método operatorio* es también de grandísima importancia para que la hernia se reproduzca o nó después de operada, y si cada cirujano tiene sus preferencias por un procedimiento que por practicar más, quizá encuentra más fácil y realiza mejor, generalizarlo a todos los casos le expondrá a fracasar. Lo ideal en todo método operatorio de hernias es que úna a la sencillez el dejar una cicatriz resistente con una restauración anatómica lo más aproximada que se pueda a la normal; para conseguir esto en los niños basta un solo plano de sutura; en los adultos debe reconstituírse la pared abdominal con varios planos de sutura, previo extenso avivamiento y recurriendo en casos de paredes flácidas a la práctica de verdaderas autoplastias. Sin pasar revista a los procedimientos operatorios de las hernias, que no es objeto que en este trabajo me propongo, he de confesar que soy poco partidario de aquellos que utilizan el muñón resultante de la ligadura y resección del saco (Barker) para obliterar el anillo herniario, y quizá por casualidad, pero en algunos casos que lo practiqué se produjo la hernia; la fijación del muñón a la pared actúa muchas veces provocando tracciones del mismo al contraerse las paredes del abdomen, y esto va a la larga fraguando una nueva depresión peritoneal, nuevo saco de la hernia reproducida; después de todo, esta tracción actúa de un modo algo semejante a como obran los lipomas preherniarios, cuya importancia en la producción de muchas hernias es de todos sabida.

Claro está que todo lo referente a esta cuestión de método operatorio de las hernias varía según el sitio donde ésta radique; en las umbilicales, salvo casos de hernias antiguas voluminosas y con anillo grande, la operación en general es fácil; yo sólo he

de insistir aquí, como consejo a los cirujanos noveles, el que nunca aborden una hernia umbilical por incisión media, dirigida de arriba a abajo y en la parte más prominente del tumor herniario; hacerlo es exponerse a abrir una serie de cavidades, quizá herir algún asa intestinal, no aislar el saco y perder tiempo y producir hemorragias al ir despegando adherencias epiploicas, que casi siempre existen, con poco antigua que la hernia sea. Es más seguro, más fácil, más rápido y permite orientar mejor el hacer una incisión elíptica u oval que circunde el pedículo del tumor herniario, incidir las paredes aponeuróticas a unos milímetros por fuera del anillo umbilical, y una vez cortadas éstas, el tumor se pediculiza en masa, se incide la grasa subperitoneal y el peritoneo, y entonces de la profundidad a la superficie se incide el anillo umbilical, se libera el intestino, sin riesgo, y se reseca el epiplón y el saco; la restauración es sencilla, siendo unos partidarios de sutura en masa de la pared abdominal con puntos que cojan todo el espesor; otros, como L. Championnière, haciendo varios planos y aproximando las vainas de los rectos, o como Sapiejko, imbricando los bordes de la incisión aponeurótica, uno sobre otro, y suturando después (yo hago un plano de sutura peritoneal) otro aponeurótico, el primero con catgut, el segundo con hilo metálico, o interponiendo en él las filigranas metálicas y una sutura de la piel con agrafes o hijuela.

En las hernias inguinales la cuestión de incisión es un detalle interesantísimo también, y donde con frecuencia cae el que está poco familiarizado con la operatoria: en las primeras hernias que se operan todos hemos tendido ante el temor de herir vasos, de no encontrar bien el saco o de hallar dificultades para restaurar la pared a hacer incisiones bajas, prolongadas, siempre hacia el escroto. En mis alumnos, a los que en el último curso de clínica dejo practicar estas intervenciones ayudándoles yo, observo siempre esta tendencia. La incisión debe ser practicada, no sobre el tumor herniario, aunque éste sea escrotal, sino sobre el vientre, encima y marcando la dirección del conducto inguinal y sin prolongarla hacia el escroto. La incisión baja expone a abrir la vaginal testicular, hallar más dificultades para encontrar el saco herniario, sobre todo cuando se trata de sacos finos, como los de las hernias congénitas, y a producir hematomas es-

crotales *postoperatorios*, que dan luégo aumentos de temperatura y a veces se infectan, siendo necesario incindirlos ampliamente cuando están supurados y dando esto lugar a recidiva de la hernia. La incisión baja dificulta además el abrir bien el conducto inguinal, y así ocurre que muchos sólo aproximan luégo los pilares del anillo inguinal externo, no rehaciendo en verdad dicho conducto; debe pues incidirse la aponeurosis del oblicuo mayor, abriendo así el conducto inguinal, aislando bien el saco de los elementos cordón, tiempo no fácil siempre y en el que hay que emplear grandes cuidados para no herir los vasos del cordón, en ocasiones varicosos. Aislado bien el saco, yo prefiero resecarlo colocando una ligadura previamente a nivel del cuello; ni aun en sacos grandes suelo utilizar el saco, ni para abierto a modo de dos valvas anudar una valva con otra (Duplay), ni para reforzar la pared del abdomen, como hacen Kocher y otros cirujanos; alguna vez he operado así hernias, sin que haya tenido que arrepentirme de esa práctica, que sólo por encontrar algo más entretenida y no necesaria, no suelo emplear. En la restauración de la pared todo son facilidades cuando se opera en mujeres, pues puede cerrarse totalmente el conducto inguinal; en el hombre el paso del cordón impide el cierre total, ya que no creo útil la práctica aconsejada por el doctor Sanmartín de introducir el testículo dentro del abdomen, cerrando totalmente la pared, ni necesario la seguida por Ombredanne de desviar el cordón haciéndole pasar por una muesca ósea trazada en el pubis, quedando por tanto ya el conducto inguinal en condiciones de cerrarse por completo.

En hernias antiguas con anillo enorme he utilizado con más éxito las filigranas que las mioplastias de Schwartz o Berger, que en más de un caso he visto fracasar. En resumen, yo aconsejo siempre a mis discípulos la práctica de Bassini, bien con hilos metálicos perdidos y rehaciendo las paredes con puntos entrecortados, bien con seda dejando los cabos fuera, como ya he dicho; cuando se hace esto hay que hacer suturas continuas en cada plano para que puedan después retirarse los hilos, y hay que no apretar mucho al anudar para evitar la compresión del cordón y que sobrevenga dolor y orquitis traumática que obligue a soltar los puntos antes del octavo o décimo días, pues en caso contrario es posible la recidiva de la hernia.

En las hernias crurales la incisión importa poco; se hace sobre el tumor herniario, y no creo tiene importancia el discutir si debe ser de dirección vertical o transversal; las ventajas que esta incisión tiene de que la cicatriz quede más disimulada no me parecen dignas de tener en cuenta, aun siendo mujeres las que con más frecuencia padecen esta hernia. El aislamiento y disección del saco, como la reducción del contenido, nada ofrecen de interés; lo que lo tiene sobre todo bajo el punto de vista de evitar las recidivas es el cerrar el anillo crural, no siempre fácil de realizar; yo, como medio sencillo, aconsejo el suturar el arco de Falopio al ligamento de Cooper; también he obtenido buenos resultados trazando, como aconseja Schwartz, un colgajo muscular en el primer aductor; se produce una pequeña hemorragia al disecar el colgajo, que se cohibe con la sutura en seguida; en estas hernias no tengo experiencia personal sobre el uso de enrejados metálicos, como Phels aconseja. La obliteración del anillo debe hacerse de modo que no sufra compresiones la vena femoral, y no olvidando la situación de ésta para evitar herirla al fijar los colgajos a la vaina vascular.

Nada digo acerca de detalles en otras variedades de hernias, por ser poco frecuentes y no hacer demasiado extensas estas notas.

En relación, por último, con detalles de técnica, quiero hacer fijar la atención en dos cosas que, sea cualquiera la clase de hernia, expone a la recidiva, no teniéndolas presentes: una es la costumbre generalizadísima en los principiantes de hacer *suturas apretadas*; tienen éstas el grave inconveniente que estrangulan los tejidos en ellas incluídos, cortándose éstos y soltándose las suturas prematuramente; los puntos deben aproximar los tejidos sin ejercer tracción y sin apretar con exceso. También resulta incompleta la operación, y más bien que reproducción hay continuación de la hernia cuando no aislando bien los sacos y diseccándolos hasta su unión con el peritoneo parietal, se reseca uno sin ver que existen *sacos laterales*; el error del cirujano que no extirpe en totalidad el saco herniario aparece pronto.

Otra causa de reproducción de algunas hernias es la *corta convalecencia* de los enfermos: el que la herida operatoria esté cicatrizada en pocos días no quiere decir que el enfermo pueda

volver a su vida ordinaria. En este curso he tenido ocasión de operar dos hernias: una en un sacerdote antes operado en Bélgica, y otra operada antes por un cirujano español; en los dos el alta fue dada en la primera intervención antes de los doce días; yo en hernias como en laparatomías no acostumbro a levantar a los operados antes de las tres semanas, y aun aguardo otras dos antes que vuelvan a su vida ordinaria, y aun aconsejo en obreros cuya profesión les obliga a hacer esfuerzos, como mozos de estación, etc., pasen algún tiempo sin someter la cicatriz a la distensión que puede venir con trabajos de fuerza; de lo contrario es fácil la distensión de la cicatriz y reproducción de la hernia.

También debe evitarse en los operados de hernia la *tos* y el *estreñimiento*; los esfuerzos de la defecación cuando el paciente ha estado los primeros días de operado sólo con régimen lácteo, y sobre todo cuando para la defecación se utiliza orinal plano, exponen a separación de planos de sutura. Yo, no habiendo reacción febril alta ni infección, acostumbro alimentar con régimen variado a mis operados; procuro hacer con enemas muevan el vientre antes del cuarto día, y les permito durante este acto la posición de Fowler (posición semihorizontal). También procuro evitar la *distensión intestinal por gases*, sobre todo en hernias umbilicales, y además no obligo a los pacientes a permanecer acostados, inmóviles y con las *piernas estiradas*, prefiero la posición semihorizontal, con la que la relajación de la pared abdominal es mayor y con la que el enfermo tolera mejor la permanencia en el lecho, evitándose además congestiones hipostáticas, etc.

En resumen: que siendo las operaciones por hernia cada día más frecuentes, y pudiendo y debiendo hacerse éstas hasta en localidades pequeñas y con los escasos medios de que un médico rural puede disponer, no deben en ellas los pequeños detalles considerarse como cosa despreciable, antes bien, darles mucha importancia, para que las complicaciones operatorias no aparezcan, las reproducciones sean rarisimas y pueda merecer con propiedad la cura operatoria de la hernia el nombre de cura radical.

(De Murcia Médica)