



11209
2 of 100
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ"

I. S. S. S. T. E.

**PLASTIA INGUINAL CON LA
TECNICA DE HANDLEY - MAINGOT**

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

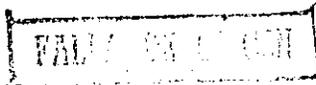
P R E S E N T A:

CAYETANO POMPA DE LA ROSA



Dirección Dr. Jesús González Lugo Price

México, D. F.



1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
HISTORIA	3
EMBRIOLOGIA	10
ANATOMIA	30
FISIOPATOLOGIA	20
OBJETIVO	26
HIPOTESIS	27
MATERIAL Y METODOS	28
TECNICA	31
RESULTADOS	37
DISCUSION	40
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	44

* * * * *

I N T R O D U C C I O N

El estudio de las hernias es un capítulo muy importante dentro de la teoría y práctica quirúrgica y por tanto para el quehacer del cirujano, como razón filogenética, por su vinculación fisiopatológica específica a la especie humana, por eso tiene el atractivo de todas las entidades nosológicas - privativas de ella, ya que se supone que ésta es una consecuencia derivada de su posición bípeda; y como razón puramente pragmática, porque representa un proceso eminentemente quirúrgico.

La palabra hernia proviene del vocablo "hernos", que viene a significar "brote" (aplicado sobre todo a una planta) o protrusión, y fue introducida en el vocabulario médico por el gran enciclopedista y médico romano Celsus. (1)

La definición clásica es : La protrusión de una parte del contenido de la cavidad abdominal, al través de una zona débil de la pared; sin embargo, Mc Vay (2) afirma que la definición de hernia no es tan fácil como parece. a primera vista, como ejemplo cita los casos de la hernia epigástrica de tejido adiposo preperitoneal (es decir, sin contenido de la "cavidad" sin saco peritoneal) y de la hernia congénita por persistencia del conducto peritoneovaginal en que no hay pro

trusión aparente, por ésto recomienda la siguiente definición - Hernia abdominal es un defecto en la continuidad musculocapo neurótica a faacial de la pared abdominal, que permite la salida o protrusión de alguna estructura que normalmente no pase al través de la misma, es decir, se da mayor importancia al defecto de la pared abdominal -, Zimmerman también está de acuerdo con lo anterior.

Cerca del diez por ciento de la cirugía de cualquier hospital se relaciona con la reparación de hernias de todos los tipos, y aproximadamente el ochenta por ciento de éstas son de la variedad inguinal. (3)

Los resultados de la resección del saco solamente, o bien combinada con una reparación plástica del anillo interno han sido desalentadoras; en cambio la extirpación del saco, reparación del piso del canal suturando la fascia transverrealis y cremáster con suturas discontinuas de seda, reforzando la reparación con una malla de floss-Silk, y sutura de la aponesurosis del oblicuo externo por detrás del cordón, ha dado buenos resultados.

La técnica basada en las experiencias de Gallie y Lemesurier y original de Sampson Handley, fue utilizada ampliamente por Rodney Maingot y Andrew Monro en Inglaterra, donde el Dr. Octavio Montañez pudo comprobar su eficacia y asimilar la técnica, iniciando su empleo en México en el año de 1946. (7)

H I S T O R I A

Desde los albores de la medicina hasta nuestros días, se ha intentado llevar al cabo el tratamiento radical de los diversos tipos de hernias. La primera obra médica en latín es la de Celso en el año 30 de nuestra era, "De re médica", en la cual se vierten muchos de los conceptos de la colección Hipocrática. Por primera vez se utiliza el término "hernia" y se hace la primera descripción de una intervención quirúrgica para su tratamiento. La técnica sólo se usaba en casos de hernia estrangulada y era la siguiente: una incisión en la ingle, abertura del saco y reducción forzada de su contenido. El saco se reseca sin ligarlo, en ocasiones también se reseca el testículo si era necesario. (6)

Heliodoro contemporáneo de Celso, describió una operación de herniorrafia similar, pero con una diferencia: se retorció el saco herniario antes de extirparlo. Según dice la tradición, él mismo había sido intervenido de hernia y al final de su vida había practicado casi doscientas herniorrafias. (4) (5).

Avicena, ilustre médico árabe, dió un impulso más en el conocimiento de las hernias, fue el primero que estableció la diferencia entre hernia inguinal y la umbilical, esbozando además la teoría que más se acercaba a la realidad de entonces,-

en relación al mecanismo productor de las hernias. (8)

Estos conceptos siguieron vigentes durante mucho tiempo. La técnica de las operaciones modernas para la hernia inguinal la dió a conocer Marcy éste autor alumno de Lister en Edimburgo, volvió a Massachusetts en 1870, y propuso el cierre cuidadoso del anillo inguinal profundo con catgut impregnado en fenol, después de la resección del saco. Marcy puso el acento en éste material de sutura antiséptico, esto explica el relativo olvido en que se le tiene como pionero del tratamiento quirúrgico de la hernia, pero la suya es la primera cura racional de ésta afección; además propugnó este tratamiento "preventivo" en todos o casi todos los casos de hernia, y no sólo en el momento de la estrangulación.

Mas tarde vinieron Bassini y Halsted, quienes por separado y casi al mismo tiempo, publicaron lo que todos consideran como los primeros trabajos sobre el tratamiento moderno de las hernias.

La operación de Bassini que consiste en la resección alta del saco con reparación posterior del canal inguinal, fué una consecuencia de la operación de Marcy (1881), quien obtuvo con su técnica, resultados muy superiores a todos los que le han precedido. (9)

En los trabajos quirúrgicos de Halsted (1924) se podrá observar que dicho autor, al principio dividía el oblicuo interno-

y abdómino-transverso, lateral al anillo interno, con el fin de transplantar el cordón lateralmente, llevando todas las capas por detrás del cordón al ligamento de Poupart sin tensión, dejándolo subcutáneo; para permitir que el tendón conjunto y el oblicuo interno sean aproximados al ligamento de Poupart sin tensión, aconsejó un "corte de relajación" en la hoja anterior de la vaina del recto, el valor de ésta incisión relajante del recto o deslizamiento, ha recibido especial énfasis de Scott (1905), Fallis (1938) y Tanner (1942).

Halsted nunca aprobó el procedimiento de Bloodgood, que consiste en atraer hacia abajo con el fin de cubrir la débil abertura del canal inguinal, la hoja anterior de la vaina del recto, con una porción del propio músculo, siendo fijados al ligamento inguinal con puntos separados de seda fina. Halsted creía que con éste procedimiento al contraerse el recto, escaparía de su posición normal, por tanto, prefería bajar el labio de la vaina del recto para éste propósito.

Probó que la ligadura y extirpación de las venas de un cordón voluminoso, era seguida en el 20 % de los casos, del desarrollo de un hidrocele, y en otras de atrofia del testículo; por lo que pensó, que lo más conveniente era no lesionar los elementos del cordón después de resecar al saco, sino suturar el tendón conjunto y el oblicuo interno al ligamento de Poupart, por delante del cordón, procedimiento usualmente asociado con el nombre de Ferguson. (10)

Monro (1950), menciona que durante los los primeros veinte años de éste siglo, las operaciones de Bassini y Halsted fueron ampliamente practicadas con algunas pequeñas modificaciones.

Wylls Andrews (1845), tomando en cuenta que el reforzamiento de la pared posterior del canal inguinal, es esencial para evitar la recidiva, tomo como base el Bassini, pero modificándolo, unía con puntos separados en un sólo plano el tendón conjunto y el borde superior de la aponeurosis del oblicuo mayor con el arco femoral; en seguida y de manera semejante a lo que hacía Mayo en la plastia umbilical, imbricaba el borde inferior de la aponeurosis del oblicuo mayor que se había dejado libre, y lo suturaba con puntos separados a la parte más alta de la aponeurosis del oblicuo mayor, de ésta manera se consigue que el cordón espermático descansa sobre el tendón conjunto; la hoja superior del oblicuo mayor y sobre la hoja inferior; de ésta manera la aponeurosis del oblicuo mayor proporciona un doble piso a la pared posterior del canal inguinal, lo que aumenta su resistencia.

Todas estas modificaciones tienen como base el reforzamiento del piso inguinal, por la unión del tendón conjunto con el el ligamento de Poupart y la aponeurosis del oblicuo mayor. Los fracasos que se presentaron con la técnica de Bassini o sus modificaciones, en el tratamiento de las hernias directas voluminosas o bien de las recidivantes, han hecho neces

rio que se busquen nuevas técnicas para mejorar los resultados, pero éste período bien puede denominarse la era de Bassini - Halsted.

En 1921 W.E. Gallie describió su método de reparar las hernias inguinales con tiras de fascia lata tomadas del muslo de 15 cms. de longitud y la profundiza hasta llegar a la fascia lata, de la cual saca tiras de 0.03 cms. en dirección de sus fibras, con las que efectúa la sutura del tendón conjunto al ligamento de Poupert, de esta manera sustituye al catgut o algodón con material orgánico; a él le dió muy buenos resultados, ya que obtuvo estadísticas personales de 3 % de recidivas.(8)

Sin embargo, en otras manos la operación de Gallie deja mucho que desear, la proporción de recurrencias fué alta, 8 - 10 % además la aguja empleada para el enrejado era grande, incómoda y traumatizaba las capas fascial y muscular, al través de las cuales tenía que ser pasada; se desecharon dudas de si la fascia vivía realmente en la reparación; la infección era muy frecuente, y la larga cicatriz en el muslo, o el orificio en la banda iliotalibial producidos por el fasciotomo, era en algunos casos preocupante.

Edwards pensó, que sustituyendo la fascia lata con injertos de piel íntegra aplicados a tensión máxima, protegería mejor la pared posterior del conducto inguinal, porque la piel da-

ría lugar a la formación de una zona fibrosa que evitaría la reproducción de la hernia. (8)

En la cara externa del muslo mediante el dermatono de Paget, Edwards secciona un fragmento de piel desprovisto de epidermis de 6 X 2.5 cms. de extensión; lo introduce en solución salina y realiza a continuación la técnica de Bassini, en la sección de los tejidos y ligadura del saco con reconstrucción de cremáster y fascia transversalis; efectuada ésta, al fragmento de piel se le reseca el subcutáneo adherido a él, lo coloca en el lecho inguinal uniéndolo con puntos separados a muy corta distancia unos de otros, al tendón conjunto y al arco femoral. Se han reportado pocos casos, por tanto, todavía no se establecen conclusiones definitivas de la eficacia de ésta técnica.

Ogilvie (1937), publicó un trabajo reconociendo en él tres tipos de hernias inguinales: (8)

- 1.- Aquéllas en que la única anomalía es la presencia de un saco.
- 2.- Aquéllas en las que hay, además un estrangulamiento del anillo interno pero en que los músculos del esfínter inguinal están sanos.
- 3.- Grandes hernias directas y oblicuas, en las que el mecanismo del esfínter obviamente ha fallado.

Ogilvie aconsejó los siguientes procedimientos:

- a).- Para el tipo (1) Remoción del saco.
- b).- Para el tipo (2) Extirpación del saco con reparación -
plástica del anillo interno.
- c).- Para el tipo (3) Un fuerte enrejado con seda china tren-
zada, reemplazando el mecanismo ingui-
nal.

La operación está basada en la operación de Gallie, usándose seda en lugar de fascia.

W. Sampson Handley en 1918, siguiendo las experiencias de Gallie y Lemesurier ideó el tratamiento de las hernias inguinales, empleando una malla de seda en madeja, que ofrece un armazón perfectamente flexible para el subsiguiente crecimiento de los fibroblastos. (8) (11).

Rodney Maingot y colaboradores, en 1,000 plastías efectuadas con ésta técnica, encontraron el 4 % de recidivas. En las -- operaciones efectuadas personalmente por Maingot, se reporta sólo el 1 % de recidiva.

Maingot en su último reporte (1979) realizó 300 plastías en hernias inguinales directas, indirectas y recidivantes; reportando el 2 % de recidiva. (8) (11).

Esta última, es la técnica que describiré en esta tesis haciendo una revisión estadística de 35 plastías inguinales, -- realizadas en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del I S S S T E.

EMBRIOLOGIA

Descenso del testículo y su relación con el "procesus vaginalis" peritoneal.

El testículo se desarrolla entre la fascia transversalis y el peritoneo y precozmente se diferencia en la región lumbar. El testículo, a medida que crece y se desarrolla, va ocupando posiciones más bajas y hacia el final del tercer mes de la vida intrauterina, alcanza la proximidad de la pared abdominal y se ubica en la fosa iliaca cerca del estrecho superior. Desde la glándula y en dirección ascendente, se halla un -- pliegue peritoneal conocido como la Plica Vascularis, que aloja los vasos espermáticos. En dirección descendente, se encuentra otro pliegue hacia la pared abdominal anterior, en la cual está situado el "gubernaculum Testis".

Para la posterior migración testicular tiene efecto una serie de cambios preparatorios. Una evaginación peritoneal, - el "Procesus Vaginalis", aparece en el punto del futuro anillo inguinal interno, y emerge al través de la pared abdominal anterior. En éste tiempo existe un rudimento de escroto a cada lado del rudimentario pene, formado por la coalescencia de los bordes del surco urogenital; el gubernaculum cordiforme se extiende al fondo de la bolsa escrotal.

El final de la migración testicular tiene efecto durante el sexto o séptimo mes de vida intrauterina, el testículo hasta

entonces encerrado en la cavidad abdominal, se introduce en el conducto inguinal recorriéndolo en toda su extensión, sale por el orificio externo y desciende finalmente al escroto. En ésta migración arrastra consigo al peritoneo que le forma una envoltura, es la túnica vaginal.

A partir del noveno mes, en el cual el testículo ha tomado en el escroto su posición definitiva, las dos cavidades vaginal y peritoneal forman una sola, o bien se comunican una con otra, por medio de un largo conducto que indistintamente se llama conducto peritoneo-vaginal o vagina-peritoneal. Una vez efectuado el descenso del testículo, el conducto peritoneo-vaginal empieza a obliterarse de una manera casi completa, no quedando en su lugar más que un cordón fibroso, o simplemente conjuntivo que es el ligamento vaginal.

Este proceso de regresión, principia simultáneamente a nivel del anillo inguinal interno y en la parte media del cordón espermático, desde donde progresa hacia arriba y hacia abajo por todo el conducto inguinal, hasta llegar al testículo; el del lado derecho es el último en descender.

A los 15 ó 20 días después del nacimiento, los dos conductos están cerrados en la mayor parte de su trayecto; la fosita inguinal externa, es el único vestigio que queda en el adulto del conducto peritoneo-vaginal. Esta obliteración sin embargo, puede ser total o parcial, a la falta de cierre de

este conducto, se debe a la producción de determinado tipo -
de hernias inguinales. (12)

A N A T O M I A

Será quizá conveniente recordar algunos conceptos anatómicos que nos apoyen en la preferencia que damos a la plastia inguinal del tipo de Handley- Maingot, sobre las otras técnicas.

Es muy importante recordar que la fascia cremastérica que rodea al cordón espermático, a la cual es una continuación de la transversalis, deberá ser cuidadosamente desecada y utilizada después no sólo para reforzar la pared posterior del conducto inguinal, sino también, para obliterar hasta el grado necesario el orificio interno del mismo; tiempo operativo que para muchos autores como Zimmerman, es de la mayor importancia para una buena reparación.

En segundo lugar no deberá olvidarse que todos los planos tanto musculares como aponeuróticos constituyen una unidad, cuya separación en dos mitades (derecha e izquierda) es más teórica y didáctica que real, en lo que se refiere al plano aponeurótico externo. Esto nos servirá para considerar muy importante, el no realizar técnicas que pongan a tensión alguna de estas estructuras, ya sean profundas o superficiales, y a no intervenir en un sólo tiempo, las hernias bilaterales.

Haremos una descripción breve de los distintos elementos que se encuentran en la región inguino-abdominal, haciendo énfasis, en las formaciones más importantes para las operaciones por hernia inguinal, y que son las siguientes:

- 1.- La piel delgada y fácilmente deslizante sobre los planos profundos, se encuentra fija a nivel del arco femoral, y está cubierta por vello en las inmediaciones de la porción inguinal.
- 2.- El tejido subcutáneo, está dividido en dos capas por la fascia superficialis, encontrándose en ella los siguientes vasos sanguíneos:
La epigástrica superficial, la pudenda externa superficial, la iliaca circumfleja superficial; (todas son ramas de la femoral).
- 3.- La aponeurosis del oblicuo mayor, la cual se continúa con su formación contingente al anillo inguinal superficial, que es una abertura triangular en la aponeurosis de dicho músculo, y es el punto de emergencia del cordón espermático. Está limitado hacia afuera y hacia dentro, por engrosamientos de las fibras de la aponeurosis del oblicuo mayor, denominados pilar externo e interno; el pilar externo se continúa con el ligamento de Poupert (ligamento inguinal), que se inserta en la espina del pubis; el pilar interno se inserta en la cara anterior del cuerpo del pubis. La rama hipogástrica del nervio abdominogenital menor, emerge perforando la aponeurosis del oblicuo mayor, inmediatamente por encima y algo por dentro del anillo inguinal externo. Los pilares están reforza-

dos por las fibras arciformes.

4.- Sólo las fibras inferiores del oblicuo menor y del transverso, las cuales tienen su origen común sobre el tercio externo o la mitad externa del ligamento inguinal, pertenecen propiamente a la región inguinal; sus haces musculares superpuestos, se vuelven tendinosos y se fusionan entre sí y alrededor del borde externo del músculo recto; de ello resulta un tendón conjunto ancho y frontalmente-dispuesto, que se inserta en parte de la vaina del recto anterior, pero principalmente en la cresta púbica cuando está bien desarrollado forma un arco resistente por detrás de la porción interna del canal inguinal. Las fibras de ambos músculos y su tendón se arquean hacia abajo y adentro y cruzan oblicuamente el cordón, primero son anteriores al mismo, luego se hacen superiores y finalmente posteriores a él.

5.- El músculo cremáster y la fascia cremastérica forman una serie de asas curvas que hacen más largas a medida que progresan hacia abajo, las inferiores, alcanzan los testículos y se insertan en la túnica vaginal; estas asas musculares se mantienen unidas por la fascia cremastérica.

El cordón espermático está cubierto por una vaina fibrosa, constituida por la continuación de las formaciones de la pared abdominal, al través de las cuales pasa el cordón, éstas son de dentro afuera:

La fascia espermática interna, la fascia cremastérica, el músculo cremáster y la fascia intercolumnar.

Los elementos que lo constituyen son:

El conducto deferente, con su arteria deferencial rama de la vesical inferior o de la hemorroidal media, la arteria espermática rama de la aorta, la arteria funicular rama de la epigástrica; los paquetes venosos posterior y anterior, el primero desemboca en la vena epigástrica, -

el segundo en la vena cava inferior (en el lado derecho) y en la vena renal izquierda (en el lado izquierdo).

- 6.- Los linfáticos del testículo desembocan en los ganglios-lumbares, y las fibras nerviosas provienen del gran simpático.

La arteria epigástrica profunda desempeña un papel importante como punto de referencia para determinar si una hernia es directa o indirecta, nace de la cara anterointerna o de la ilíaca externa, aproximadamente a un centímetro del ligamento inguinal, se dirige hacia adentro en un trayecto corto paralelo al ligamento inguinal, y de ahí oblicuamente en sentido anterointerno por la grasa extraperitoneal, a lo largo del borde interno del anillo inguinal profundo, hasta la línea semicircular.

- 7.- Fascia transversalis:

En el espacio desprovisto de protección, situado por abajo del borde inferior del oblicuo menor y del transverso, la fascia transversalis proporciona un reforzamiento importante debido a su desarrollo. Se inserta de manera firme en la fascia iliaca, por arriba de su línea de fusión con el ligamento inguinal, está íntimamente fijada al rededor de los vasos femorales, y se extiende sobre el anillo crural en forma de diafragma. Un refuerzo vertical de la fascia le proporciona una expansión lateral del ligamento de Henle, el cual se extiende hacia afuera para insertarse en la cresta púbica y en la espina, por detrás de la inserción del tendón conjunto. El ligamento de Hesselbach es otro refuerzo más o menos vertical, que se extiende desde el borde inferior del transverso del abdomen a la rama superior del pubis; éste ligamento enmarcado por la arteria epigástrica inferior, sostiene el cordón espermático en el ángulo externo de la débil re--

el uraco en la línea media, las arterias umbilicales --- obliteradas y las arterias epigástricas inferiores a cada lado; éstos pliegues limitan espacios o fosas peritoneales de interés quirúrgico, pues tienen importante relación con las distintas variedades de hernias.

La fosa inguinal externa, se halla por fuera de la arteria epigástrica inferior, si se extirpa su revestimiento peritoneal, queda al descubierto el anillo inguinal externo, con los vasos espermáticos y el conducto deferente que convergen en él.

Cuando una hernia sale del abdomen al través de la fosa inguinal externa, penetra en el canal inguinal por el orificio profundo, lo cruza en toda su longitud antes de llegar al anillo inguinal superficial. Por ésta razón, y estar situada por fuera de la arteria epigástrica inferior, se denomina hernia inguinal externa o indirecta.

La fosa inguinal media, se halla entre la epigástrica inferior por fuera, y la arteria umbilical obliterada por dentro, en éste sitio la pared abdominal es débil, pues los bordes inferiores del oblicuo menor y del transverso, no alcanzan el ligamento inguinal; por lo anterior --- sobre la porción inferior de la fosa, sólo la fascia -- transversalis separa al saco herniario, de la salida del conducto inguinal en el anillo inguinal superficial.

La fosa inguinal interna o espacio supravesical, está limitada hacia afuera por la arteria umbilical obliterada y hacia adentro por el uraco, a este nivel la pared ofrece considerable resistencia a la presión abdominal, debido a la presencia del músculo recto y del tendón conjunto, por éste motivo, es muy raro que se presente una hernia en éste sitio.

El canal inguinal, es el conducto al través del cual pa-

sa el cordón espermático y una hernia inguinal indirecta.

Su orificio proximal es una depresión existente en la -- fascia transversalis, se le llama anillo inguinal profundo, su abertura distal es el anillo inguinal superficial, la pared posterior está formada por la fascie transversalis, sobre la que pasan la arteria epigástrica profunda y la hoz inguinal; el límite inferior es el ligamento de Poupart; está cubierto por el músculo oblicuo menor en su extremidad interna, y en el resto de su extensión sólo por la aponeurosis del músculo oblicuo mayor.

El punto femoral (crural), se halla por dentro del centro del ligamento de Poupart, a ese nivel la arteria iliaca externa se convierte en femoral. (8).

F I S I O P A T O L O G I A

La hernia inguinal es una consecuencia indirecta de dos factores que aparecieron por separado, en la evolución filogenética de las especies animales.

El primero es el descenso del testículo al través de la pared abdominal, y el segundo, la adopción de la posición erecta privativa del hombre. El primer factor provoca una debilidad de la pared abdominal, tal como se ha expuesto al estudiar la anatomía y la embriología de la región. El segundo desplaza el área debilitada desde una zona con relativamente poca tensión, como es la inguinal en los cuadrúpedos, a otra alargada, que en el bípedo soporta todo el peso de las vísceras abdominales. (13)

Otro factor de importancia es el mesenterio, que en el hombre tiene una longitud mayor que en los demás animales. (14)

Finalmente los músculos abdominales no sólo sostienen las vísceras, sino que han de adaptarse a la importante función de flexión del tronco; para ello, las aponeurosis terminales del oblicuo menor y transverso, se han alargado creando un arco (el arco del transverso) que queda bastante separado del pubis, y aunque aparece la arcada de Poupart en el oblicuo menor, quedan zonas de menor resistencia en la pared posterior.

Cada vez que se realiza un esfuerzo y se contraen los múscu-

los abdominales la presión intraabdominal aumenta, ésta fuerza sumándose a la de la simple gravedad, recae casi por completo sobre la región inguinal, la cual está debilitada por la elongación.

FISIOLOGIA DEL CANAL INGUINAL

Astley Cooper señaló en 1807 (15) que el canal inguinal se debía cerrar por la acción de los músculos oblicuo menor y transverso. Arthur Keith (13) demostró en 1924 esta aseveración con estímulos farádicos, y estudió a fondo un tema nuevo: La fisiología del canal inguinal. Cuando los músculos del abdomen están relajados, los arcos del oblicuo menor y el transverso dejan el orificio inguinal profundo muy abierto, y queda también desprotegida una porción más o menos grande del triángulo de Hesselbach; sin embargo, con estimulación farádica del duodécimo nervio dorsal (abdominogenital mayor) en el flanco, Keith demostró que al contraerse éstos músculos cierran el borde externo del orificio inguinal profundo sobre el borde interno, al mismo tiempo hacen descender el arco transverso, porque éste tiene su inserción tendinosa en el pubis. Por tal motivo Keith lo denominó mecanismo de "compuerta".

Factores que predisponen a la aparición de las hernias

- 1.- Persistencia del conducto peritoneovaginal. Hemos señalado al referirnos a la embriología de la región, que el

obturarse el conducto peritoneo vaginal puede quedar un pequeño infundíbulo (resto de Ramoneda) que a modo de "tienda de campaña", se insinúa en el orificio inguinal profundo (16). Anson y Mc Vay (17), examinando 100 cadáveres encontraron que éste ocurría en un 20% de los casos. A la larga y con ayuda de los factores desencadenantes que veremos, éste resto embriológico actuando como ariete, puede dar lugar a una hernia oblicua externa. A veces el infundíbulo es pequeño, pero está precedido de un lipoma que a manera de cuña insinuada en el orificio, da paso al saco peritoneal que le sigue. Es la teoría clásica que sostuvo Cloquet (18).

2.- Deficiencia de la pared inguinal posterior.- La debilidad congénita de la pared inguinal posterior es fundamental, el paciente con una lámina aponeurótica resistente no desarrollará nunca una hernia inguinal directa a menos que la zona resulte perforada por un traumatismo importante; en cambio los factores predisponentes comunes en un individuo con un plano transversal débil, provocarían la aparición de una hernia.

A continuación revisaremos una serie de factores que al sumarse a estas deficiencias congénitas, pueden dar origen a las hernias.

a).- Edad.

Con la edad los tejidos se debilitan, disminuye el tejido muscular, aumenta la degeneración grasa y también -- algunos factores desencadenantes (tos, prostatismo, -- constipación crónica, etc...), ésto es más frecuente en las hernias directas y crurales, que en las oblicuas ex ternas.

b).- Constitución corporal y sexo.

La frecuencia de las hernias es diferente según el sexo, lo cual también estaría relacionado con las diferencias anatómicas que existen entre la pelvis del hombre y la de la mujer. La hernia oblicua externa es nueve veces más frecuente en el hombre que en la mujer, lo que podría explicarse por la existencia del cordón espermático y el descenso testicular, por tanto será también más frecuente la presencia del infundíbulo peritoneovaginal residual.

La hernia directa es muy rara en la mujer, ello se debe a su peculiar constitución corporal; en efecto, la cadera femenina ancha y plana hace que el triángulo de Hesselbach quede más protegido por un arco del transversario más horizontal, por lo que ésta zona será más alargada, y menos alta (19). Así cuando la pared posterior del canal inguinal es débil y se rompe a consecuencia del esfuerzo, en el caso de la mujer la hernia se deslizará

por el canal crural, y en vez de una hernia directa se presentará una hernia crural.

c) Tendencia familiar.

Todos los factores enumerados hasta aquí, hacen evidente al hecho de que existe una predisposición hereditaria o familiar. Así Iason (20) calculó en 1945, que aproximadamente en un 25 % de los casos de hernia, existe un antecedente familiar.

Factores desencadenantes de la hernia.-

1.- Esfuerzo

A pesar de la creencia generalizada de que el origen de la hernia es traumático, este antecedente es prácticamente inexistente en todas las series. No cabe duda de que teóricamente el traumatismo de gran esfuerzo puede ser el causante, pero ésto es raro, por tal motivo debían existir factores predisponentes.

El esfuerzo más importante en la patogenia de la hernia parece ser la repetición de maniobras de Valsalva, es decir, de aumentos de presión intraabdominal; cuando la presión supera la resistencia de la pared abdominal, se producirá una hernia. La maniobra de Valsalva repetida se puede deber a diferentes razones:

Las fisiológicas.- son por ejemplo la tos, el estornudo, y el esfuerzo de la evacuación.

Las patológicas.- pueden ser la Bronquitis crónica, la constipación crónica, la obstrucción uretral (prostatismo), los esfuerzos exagerados, etc. (12)

2.- La obesidad y el Habito Asténico

La obesidad actúa al través de tres mecanismos:

- a).- Por aumento de la presión intraabdominal.
- b).- Por impulsión de cuñas de grasa al través de pequeños orificios (sobre todo el orificio inguinal profundo).
- c).- Por infiltración adiposa de las estructuras musculoponeuróticas.

Al parecer la hernia es más frecuente, en individuos asténicos con escaso desarrollo muscular.

3.- Ascitis.

La aparición de ascitis aumenta la presión intraabdominal, y con frecuencia esto provoca la aparición de hernias.

4.- Sedentarismo

En general el sedentarismo favorece la atrofia muscular y la degeneración grasa.

O B J E T I V O

Tomando en cuenta de que las estadísticas reportadas con -
otras técnicas arrojan un promedio de 4 - 10 % de recidi--
vas; el objetivo del presente estudio es demostrar la efica-
cia de la técnica de Handley - Maingot, con lo cual se han ob-
tenido cifras del 0 - 2 % de recidivas.

H I P O T E S I S

En el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales, la resección del saco y reparación del anillo inguinal-profundo suturando la fascia transversalis al ligamento inguinal, con puntos separados de seda, y reforzando la pared posterior con una malla de Floss - Silk, se producirá una mayor fibrosis, lo que evitará la recidive de la hernia.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se incluyen en éste estudio 35 pacientes entre 19 y 84 - años de edad, enviados al servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del I S S S T E de la ciudad de México, Distrito Federal, provenientes de su clínica de atención primaria, y que presentaban hernia inguinal directa, indirecta y recidivante, registrados entre Febrero de 1985 y noviembre de 1987; todos - referían dolor y tumoración en región inguinal.

En 17 pacientes, (49 %) se encontró hernia inguinal indirecta, 13 pacientes, (37 %) tuvieron hernia directa y 5- (14 %) tuvieron hernia recidivante.

Los exámenes preoperatorios solicitados fueron:

Citología hemática, glicemia, urea, creatinina sérica y - tiempo de Protrombina.

Se efectuó valoración cardiológica, a los enfermos que lo requerían. En la Historia Clínica se hizo un énfasis mayor, sobre todo lo relacionado con el padecimiento.

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES

No.	Progresivo	EDAD	TIEMPO DE EVOLUCION
1.-		68 años	40 años
2.-		59 años	26 años
3.-		47 años	12 años
4.-		55 años	8 años
5.-		38 años	8 años
6.-		40 años	7 años
7.-		79 años	6 años
8.-		65 años	5 años
9.-		66 años	4 años
10.-		54 años	4 años
11.-		72 años	3 años
12.-		71 años	3 años
13.-		65 años	3 años
14.-		81 años	2 años
15.-		59 años	2 años
16.-		57 años	1 año
17.-		56 años	1 año
18.-		33 años	1 año
19.-		25 años	1 año
20.-		71 años	6 meses
21.-		39 años	6 meses
22.-		35 años	6 meses
23.-		19 años	6 meses
24.-		66 años	5 meses
25.-		20 años	5 meses
26.-		56 años	4 meses
27.-		66 años	3 meses
28.-		41 años	3 meses
29.-		30 años	3 meses

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

No. progresivo	EDAD	TIEMPO DE EVOLUCION
30.-	36 años	2 meses
31.-	52 años	1 mes
32.-	64 años	8 meses
33.-	59 años	6 años
34.-	64 años	2 años
35.-	84 años	2 años

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

E D A D E S

84	71	66	59	54	39	32
81	69	65	57	52	38	30
79	68	65	<u>56</u>	47	36	25
72	66	64	56	41	35	20
71	66	64	55	40	33	19

MEDIANA 56
MODA 66
MEDIA 54
RANGO 65

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

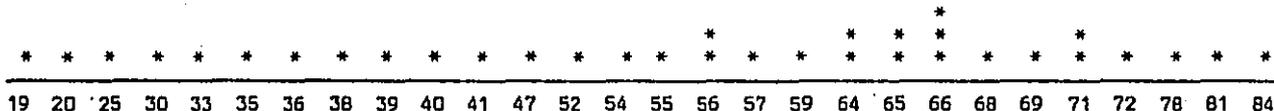


DIAGRAMA DE FRECUENCIA DE PUNTOS

(E D A D)

H.G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987.

JGLP/CPR.

T E C N I C A

La técnica utilizada fue:

La formación de una malla posterior de Floss-Silk, procedi--
miento basado en el método de zurcido de Sampson Handley ---
(1918) en todos los casos de hernia inguinal directa; el mé--
todo ha sido igualmente adoptado para las hernias oblicuas -
grandes, en las cuales el anillo interno y el piso del con--
ducto inguinal se han dilatado con exceso, o bien cuando los
soportes musculares y fasciales aparecen laxos y atrofiados,
así como también para la hernia inguinal recidivante.

Técnica de Mainqot .-

Se afeitan las regiones inguinales y el tercio superior del--
muslo, se lavan con agua y jabón unas horas antes de la seña--
lada para intervenir, no se aplica solución antiséptica al
sitio de la operación, mientras el paciente permanezca en sa--
la.

Se coloca al enfermo en decúbito dorsal, debajo de los glú--
teos se coloca un saco o cojín para hacer más prominente la
región inguinal, y las rodillas se flexionan sobre una almo--
hada redonda y dura, para relajar los músculos abdominales.

Se pintan con tintura de yodo las ingles, los órganos genita--
les, el tercio superior de ambos muslos, todo el abdomen y
los costados antes de aplicar los campos, después vuelve a -
pincelarse con yodo el pequeño cuadrilátero de piel de la re

gión inguinal.

- 1.- Se hace una incisión transversal en el pliegue, un centímetro por abajo y por dentro de la espina ilíaca ánte rosuperior, cruza el ligamento inguinal en la unión de los tercios medio y externo, y termina un centímetro por arriba de la espina del pubis y 12 milímetros por fuera de la línea media. (ésta incisión tiene ventajas sobre la incisión oblicua, que se practica a unos 12 mm más arriba del ligamento inguinal y paralela al mismo)- (fig. 1)

La incisión en el pliegue, abarca piel hasta el tejido-subcutáneo, donde se observan los vasos subcutáneos abdominales que se dirigen hacia arriba, hacia dentro y hacia fuera se separan del tejido adiposo, se seccionan y ligan.

- 2.- Conseguida la hemostasia, se pintan de nuevo los bordes de la herida con tintura de yodo y se colocan cuatro -- campos con grapas para toalla; se eliminan los instrumentos utilizados en la incisión, se reemplazan por -- otros, los cuales se sustituyen a su vez cuando los bordes de la herida están en condiciones de suturarse, por tanto se emplean tres juegos de instrumentos recién esterilizados, durante las tres fases principales de la operación:

(incisión, disección, reparación de la hernia y cierre de la herida).

- 3.- Se incide la fascia profunda que cubre la aponeurosis del oblicuo mayor, el tejido adiposo se separa hacia arriba y afuera del anillo inguinal profundo y hacia abajo hasta el ligamento inguinal sin rebasarlo. La disección no debe prolongarse hasta el anillo superficial pues son numerosos los vasos sanguíneos que atraviesan la aponeurosis intercolumnaria, por tanto cuando la disección se aproxima al anillo inguinal superficial, se hará de manera roma hasta exponer con claridad los pilares de dicho anillo inguinal.
- 4.- Con bisturí se hace una incisión sobre la aponeurosis del oblicuo mayor en dirección a los pilares del anillo inguinal, se disecan la hoja superior hasta identificar el tendón conjunto y la vaina del recto y la inferior hasta el ligamento inguinal, se disea y protege el nervio abdominogenital mayor; separación de las fibras del cremáster, ésto permitirá aislar con mayor facilidad todos los elementos del cordón espermático. (fig. 2)
- 5.- Si existe un pequeño saco se observará con facilidad -- adosado al cordón; en éste caso, se incidirá la aponeurosis infundibuliforme separando el saco del conducto -- deferente y de los vasos sanguíneos, hasta rebasar un -

un poco el cuello del mismo. Se abre dicho saco y su contenido se introduce a la cavidad abdominal, el cuello se liga por transfijión con daga del 0 y se reseca la porción sobrante. (Fig. 2,3 y 4)

6.- Se suturan los bordes del cremáster con puntos separados con seda 00, para reforzar el piso del canal inguinal. (Fig. 5)

7.- El campo operatorio queda así preparado para colocar la malla de seda floja, ésta se incorpora con facilidad a los tejidos, sus numerosas fibrillas semejantes a hilos de araña, forman un armazón, el cual con los fibroblastos dará origen a una lámina muy resistente. Maingot acostumbra tomar una hebra de 60 cms. de seda floja y hervirla durante una hora antes de utilizarla; la seda no se debe sumergir en soluciones mercuriales débiles, solución de flavina, pastas de sulfamida, parafina líquida, etc., pues éstas sustancias irritan los tejidos.

La seda floja se coloca de la manera siguiente:

El primer punto es subperióstico en la espina del pubis, después se traza la malla en forma ascendente del tendón conjunto al ligamento inguinal, al llegar al orificio profundo del canal inguinal, se eleva el cordón para cambiar su posición, teniendo precaución de no comprirlo, desde éste sitio se hace la misma maniobra só

lo que en forma descendente, hasta llegar de nuevo a la espina del pubis, ahí se anudan los extremos. (fig. 6 y 7)

8.- Se suturan los bordes de la aponeurosis del oblicuo mayor, con puntos separados de seda del 0; el cordón espermático queda por delante de la aponeurosis, deberá evitarse comprimir el cordón a nivel de su emergencia en el anillo profundo; puntos de afrontamiento con seda 000 a la fascia superficial y puntos separados a la piel con el mismo material. (fig. 8)

9.- Se coloca un apósito de gasa sobre la herida, el cual se sujeta con una tira de tensoplast.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.-

El enfermo permanece en cama con la cabeza descansando sobre la almohada, se le administran analgésicos cuando el dolor sea intenso, se mantendrá con dieta líquida hasta que se normalice la función intestinal, esto ocurre entre el tercer y cuarto día de la intervención; el enfermo deberá efectuar ejercicios respiratorios para evitar problemas pulmonares por hipostasia.

Los puntos de la piel se retirarán al quinto día y la herida se cubre de nuevo con gasa.

El enfermo iniciará ambulaci3n asistida al cuarto d3a de -
operado, y cuando egrese del hospital, se le aconsejar3 que
evite los esfuerzos f3sicos exagerados por lo menos durante
dos meses.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

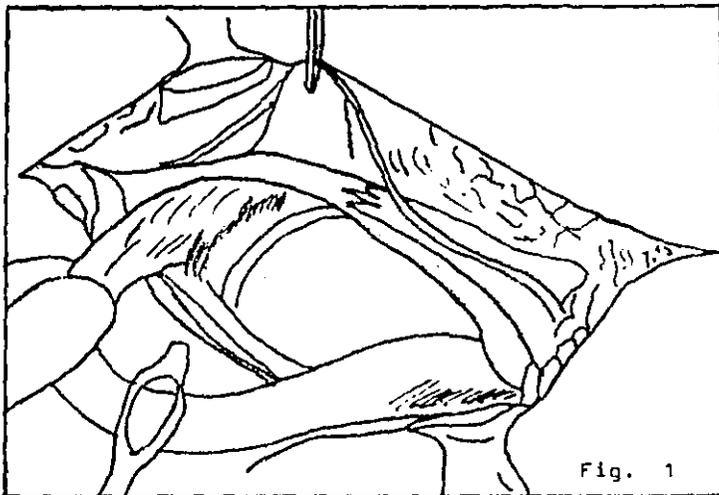


Fig. 1

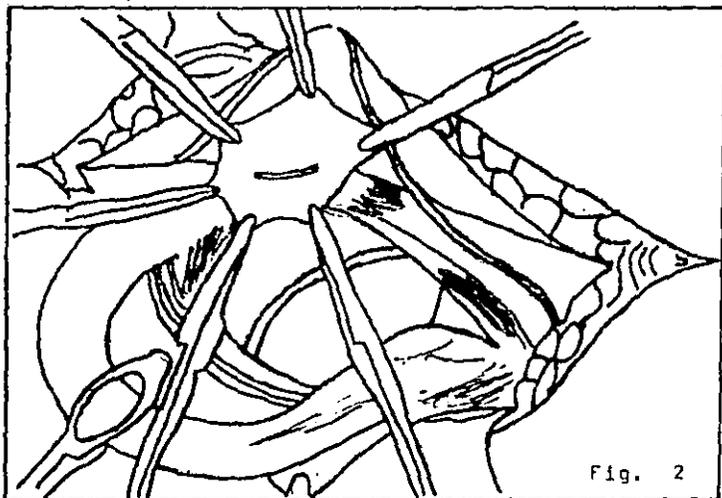
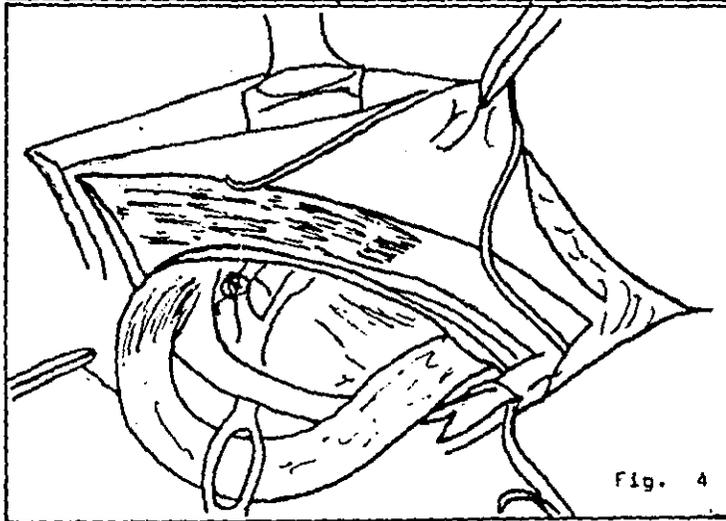
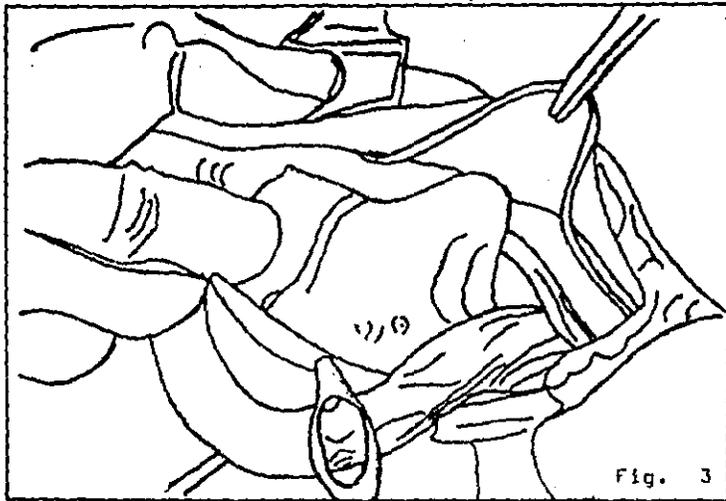


Fig. 2

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT



PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT



Fig. 6

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

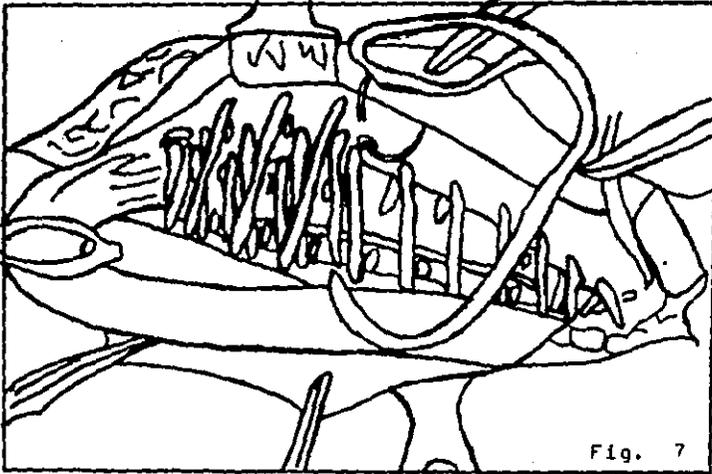


Fig. 7

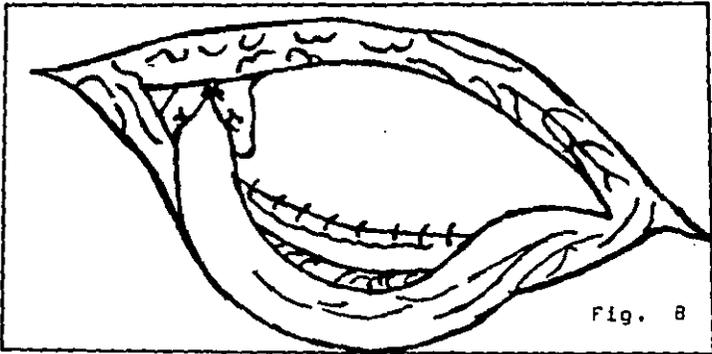


Fig. 8

R E S U L T A D O S

De los 35 pacientes, veintidos tuvieron enfermedades intercurrentes (Cuadro 1), sin que se presentaran descompensación de su enfermedad.

De los 35 enfermos operados, dos presentaban hernia bilateral, dieciseis hernia inguinal izquierda, y diecisiete hernia inguinal derecha, (Grafica I)

El tiempo de evolución del padecimiento hasta su tratamiento quirúrgico, fué de 1 mes a 40 años, (480 meses) con un promedio de 40 meses (Grafica II)

El tipo de hernia fué: recidivante en cinco pacientes lo -- que representó el 14 %, hernia directa en trece o sea el 37 %, y hernia inguinal indirecta en diecisiete, y correspondió al 49 %. (Grafica III)

Los síntomas más frecuentes en el preoperatorio fueron: Tumoreación inguinal en veintiocho pacientes y correspondió al 80 %, dolor inguinal en veinticinco o sea el 71 %, y -- náuseas sólo en uno, es decir el 3 % (Grafica IV).

A los 35 pacientes se les realizó la misma técnica quirúrgica, a dos se les practicó orquiectomía, a uno por orquiepididimitis y al otro por atrofia testicular.

Los síntomas más frecuentes en el postoperatorio fueron:

dolor a nivel de la herida quirúrgica en once pacientes, el cual se controló con analgésicos, uno presentó retención -- aguda de orina, que requirió sondeo vesical en una ocasión, otro presentó fiebre de 38 grados en las primeras 24 horas de postoperatorio, no se descubrió la causa, veintidos se reportaron asintomáticos. (Gráfica V)

El promedio de estancia hospitalaria fué de diez días (Gráfica VI)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Un enfermo presentó quemadura de segundo grado a nivel de la herida quirúrgica, por intolerancia a la tela adhesiva, otro tuvo secreción serosa por la herida quirúrgica al 5o. día del postoperatorio, y uno más retención aguda de orina por lo que ameritó sondeo vesical.

Un paciente presentó deferentitis, ésta se resolvió con tratamiento médico (Cuadro II).

El control postoperatorio se llevó al cabo por medio de citas en la Consulta Externa del Servicio de Cirugía, se hizo la primera revisión a los ocho días, posteriormente cada 30 días, el promedio de control postoperatorio fue de 5.5 meses. (Gráfica VII).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 39 -

Solo un paciente de nuestra serie, lo que correspondió al -
3 %, tuvo reproducción de la hernia al décimoter día de --
postoperatorio, se presentó al Servicio de Urgencias y re--
quirió cirugía por hernia inguinal encarcelada.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

CUADRO I

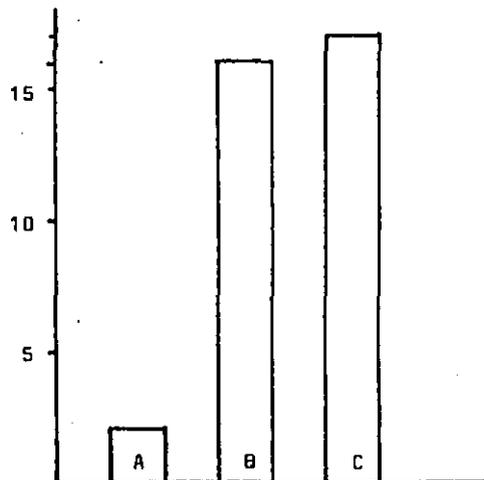
ENFERMEDADES INTERCURRENTES

	No. de Pacientes
HIPERTROFIA PROSTATICA	3
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	3
ENFERMEDA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	7
CARDIOPATIA ISQUEMICA	2
HIDROCELE	2
CRISIS CONVULSIVAS	1
ATROFIA TESTICULAR	1
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	1
ULCERA DUODENAL	1
ARTRITIS REUMATOIDE	1
T O T A L	22

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

No. DE PACIENTES



LOCALIZACION DE LA HERNIA

GRAFICA I

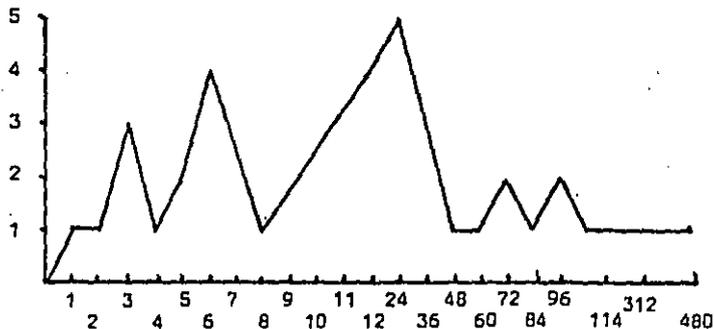
A: BILATERAL
B: IZQUIERDA
C: DERECHA

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

JGLP' CPR.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

No. DE PACIENTES



GRAFICA II

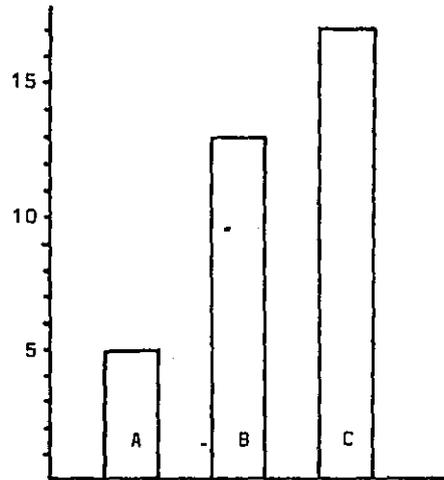
TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO HASTA SU TRATAMIENTO
QUIRURGICO, OSCILO ENTRE 1 MES Y 40 AÑOS (480 MESES).
GRAFICADO EN EL IDEOGRAMA
PROMEDIO 40 MESES

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

JGLP' CPR.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

No. DE PACIENTES



TIPOS DE HERNIAS

GRAFICA III

A: REPRODUCIDAS
B: DIRECTA
C: INDIRECTA

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

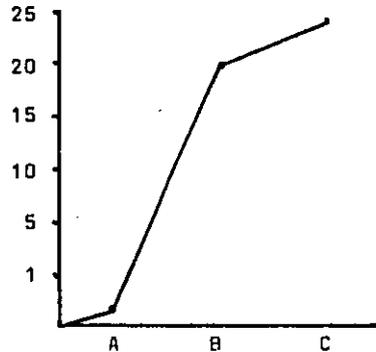
JGLP/CPR.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANLEY-MAINGOT

SINTOMAS EN EL PREOPERATORIO

GRAFICA IV

No. DE PACIENTES



A: NAUSEA
B: DOLOR
C: TUMORACION INGUINAL

H.G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S T E
1985 - 1987

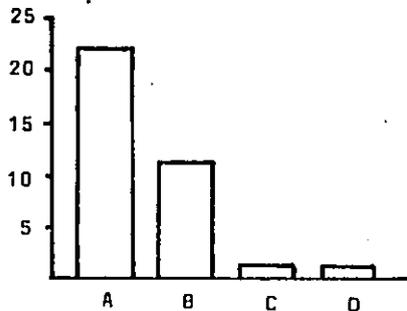
JGLP/CPR.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

SINTOMAS EN EL POSTOPERATORIO

GRAFICA V

No. DE PACIENTES



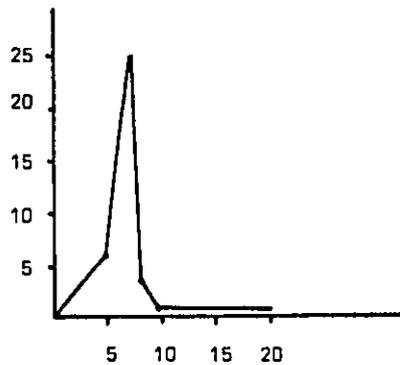
A: ASINTOMATICO
B: OOLOR
C: FIEBRE
D: RETENCION AGUDA
DE ORINA

H.G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

JGLP' CPR.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

No. DE PACIENTES



DIAS DE ESTANCIA

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

GRAFICA VI

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

JGLP/CPR.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY-MAINGOT

CUADRO II

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

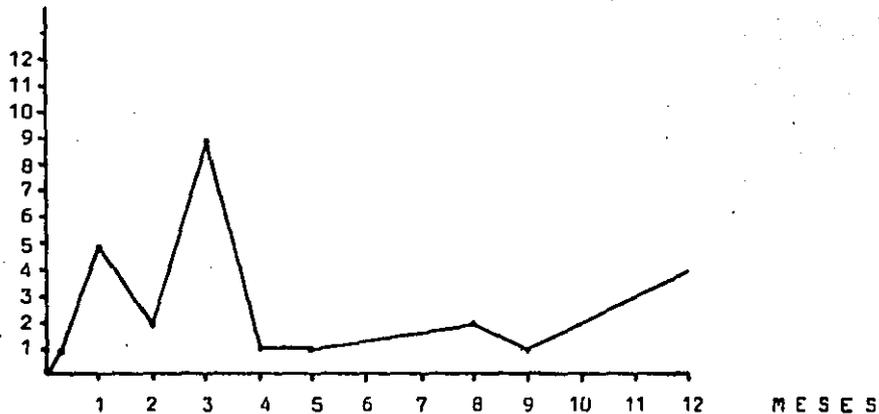
	No. DE PACIENTES	PRCENTAJE
N I N G U N A	30	86 %
QUEMADURA SEGUNDO GRADO A NIVEL DE HERIDA QUIRURGICA	1	3 %
SECRECION SEROSA POR HERIDA QUIRURGICA	1	3 %
RETENCION AGUDA DE ORINA	1	3 %
DEFERENTITIS	1	3 %

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

JGLP' CPR.

PLASTIA INGUINAL CON LA TECNICA DE
HANDLEY - MAINGOT

No. DE PACIENTES



REVISION POSTOPERATORIA

GRAFICA VII

H. G. "DR. DARIO FERNANDEZ"
I S S S T E
1985 - 1987

JGLP'CAP.

D I S C U S I O N

Se estima que del 8 al 16 % de los seres humanos padecen - hernias, en ésta cifra están incluidas las distintas variedades de las mismas. El 5 % corresponde a enfermos del sexo masculino y el 1 % al sexo femenino. Lo anterior demuestra la importancia del padecimiento, cuyo tratamiento es - quirúrgico y con una morbilidad y mortalidad de poca consideración.

En nuestra serie de 35 pacientes, veintidos presentaban padecimientos intercurrentes, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el prostatismo, los cuales pueden influir de manera importante en la producción de una hernia.

El tiempo de evolución del padecimiento fue de 40 meses en promedio.

En nuestro estudio veintidos enfermos permanecieron asintomáticos, y sólo once presentaron dolor en el postoperatorio.

De acuerdo a nuestros datos, 29 pacientes con seguimiento - postoperatorio promedio de siete meses, no presentaron recidiva. Cinco enfermos se refirieron asintomáticos después - de revisiones periódicas durante un mes. Un paciente presentó recidiva de la hernia al décimotercer día de postoperatorio, y requirió cirugía de urgencia por encarcelación - de la misma.

Los resultados postoperatorios en nuestra serie son halagüe-
nos, sobre todo si se les compara con reportes de investiga-
dores tan destacados como el propio R. Maingot (11) y M. --
Kauffman, (21) los cuales mencionan recidivas del 2 %.

C O N C L U S I O N E S

Los resultados en ésta revisión se consideraran satisfactorios, El éxito obtenido con una técnica determinada, se puede --- apreciar de acuerdo a la frecuencia de la recidiva. Muchos de los resultados se basan en controles llevados a cabo durante 3 - 5 años; sin embargo, existen pruebas que demuestran la presencia de recidivas en un 25 % de los casos, entre los 5 y 10 años posteriores a la operación; por tanto, lo mínimo aceptable sería llevar un control durante un período de 10 años, ésto puede ser de interés para un estudio posterior.

El número de enfermos estudiados en nuestra serie es reducido, ésto impidió establecer grupos comparativos de control, por tanto los resultados obtenidos en el área estadística, sólo se limitan a promedios; sin embargo, comparado con -- otras series, el resultado obtenido es muy satisfactorio.

La técnica de Handley - Maingot tuvo resultados favorables en el 97 % de nuestros pacientes, sólo un enfermo presentó recidiva, lo que representa el 3 %.

Al no existir prácticamente complicaciones en nuestra serie y de acuerdo a los resultados, concluimos, que la técnica de Handley - Maingot propuesta en 1935, es adecuada para la corrección quirúrgica de las hernias inguinales directas, -

indirectas y recidivantes.

La desventaja de la técnica, está relacionada con la probabilidad de infección, por tanto es indispensable que la intervención quirúrgica se realice bajo normas de asepsia y - antisepsia más adecuadas.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Shrock, P: Conducto Peritoneovaginal en Cirugía de las Hernias. pag. 1263. Clin. Quirúrgicas de Norteamérica. Nueva-Ed. Interamericana. México 1971.
- 2.- Mc. Vay C.B. Praperitoneal Hernioplasty. Surg. Gynec. and Obstet.- pag. 349 1966.
- 3.- Maingot R. Operaciones Abdominales Tomo II Cap: 49 Pag. 932 ed. Panamericana 1986.
- 4.- W. J. A History of hernia Med. Press. 232. 6034. 1954.
- 5.- Olch. P. O. y Harkins, H.N. Revisión histórica del tratamiento - de la hernia. En hernia de Nihus y Harkins. Ed. Inter-médica, Buenos Aires, Arg. 1967.
- 6.- Skinner H.A. The origen of medical term. 2da. Ed. Williams and - Wilkins. Baltimore 1961.
- 7.- Masbun H.C. Breve estudio y revisión estadística en 424 hernio-plestías inguinales con la técnica de Handley-Main-got (Exp. en Hosp. Central SCOP) 1959.
- 8.- Thorek M. Técnica Quirúrgica Moderna. 2da. Ed. Tomo IV Hernias pag. 2566.
- 9.- Griffith C.A. Hernia inguinal indirecta con especial referencia a la operación de Marcy. En hernia, Nihus y Harkins. pag. 111, Intermédica, Buenos Aires. Arg. 1967.
- 10.- M.A. Broggi. Hernia inguinocrural. Ed. JIMSS Barcelona, Esp. - 1982 pag. 30.
- 11.- Maingot R. The Floss-silk Lattice Repair for Unguinal Hernias.- The British Journal of Clinical Practice 1979.
- 12.-Keith L. Moore. Embriología Clínica. Ed. Interamericana 2da. Ed. Pag. 245-248. 1979.
- 13.- Keith A: On Origen and nature of hernia. Brit. J. Surg. 11:455 1924.
- 14.- Ballard. W.H. Comparative anatomy and embriology. Ronald Press N. York 1964.
- 15.- Perez Fontana V. Anatomía quirúrgica de las hernias abdominales

en el niño y en el adulto. Monografía No. 1 Fac. de Medicina. Montevideo U. 1957.

- 16.- Condon, R.E. Anatomía de la región inguinal y su relación con las hernias. Hernias de Nihus pag. 18 Ed. Interamericana. Buenos Aires Arg. 1967.
- 17.- Anson, B.J.; Morgan, E. H. y Mc. Vay C.B. Surgical anatomy of The inguinal region based up on a study of 500 body-halves Surg, Gynec. and. Obstet. 111:707, 1950.
- 18.- Griffith, C.A. Hernia Inguinal indirecta, con especial referencia a la operación de Marcy en Hernia de Nihus y -- Harkin pag. 111, Ed. Intermédica B.A. 1968.
- 19.- Greene, L.N. y Neuhoof H. Direct hernia in females. J.Mt Smal Hosp. 8: 155, 1945.
- 20.- Iason A.H. Hernia in infancy Ann J. Surg. 68:787 1954.
- 21.- M. Kauffman. Repair of recurrent inguinal hernia with merlex mesh J. Gynec. and Obstet. 1984.

* * * * *