

# Técnica de reparación con malla para la hernia inguinocrural de Jean Rives

## Jean Rives crural hernia mesh repair

José Miguel Goderich Lalán\*

### INTRODUCCIÓN

Es muy humano, médico y sincero, darle el verdadero valor científico a la escuela de cirugía francesa de la segunda mitad del siglo pasado siguiendo su tradición histórica de alta calidad en lo relativo a la cirugía herniaria bioprotésica, tanto en las hernias incisionales como en las inguinales y sus combinaciones. Merece una especial atención, entre otros aspectos, la fundación de la GREPA devenida posteriormente como la Sociedad Europea de Hernias y sus actuales continuadores –brillantes anatomistas y cirujanos generales y herniólogos de renombre mundial– pero es mandatorio mencionar dos nombres al menos: René E. Stoppa del *Centre Hospitalier Regional d'Amiens*, quien con sus técnicas bioprotésicas de protección al saco preperitoneal, pautó las bases científicas de la actual cirugía herniaria moderna, junto con Jean Rives en el *Montpellier Centre Hospitalier Universitaire Rheims*—universidad famosa entre otras características por la belleza de su catedral— en donde además de describir su brillante técnica para la reparación de las hernias incisionales, realizó un importante aporte para las hernioplastias inguinocrurales.<sup>1-4</sup>

### FUNDAMENTOS ANATÓMICOS E HISTOPATOLÓGICOS

Considerando el valor del espacio de Bogros, la biomecánica de la región inguinocrural que debe ser conservada y el papel determinante de la *fascia transversalis*, el abordaje anterior y la posibilidad de una intervención nos permite garantizar la reparación completa y unir a todos estos factores para sustituirlos por una malla la

*fascia transversalis* deteriorada por diversas causas, fundamentalmente por las alteraciones del colágeno. Un dato importante sin duda es que en los años en que se comienza a realizar esta técnica (década de los setenta del siglo pasado), se utilizó la malla de Dacron, contrario a la escuela norteamericana que preconizó la malla de Marlex.<sup>5-11</sup>

### DETALLES TÉCNICOS

#### Primer tiempo: incisión de los planos superficiales

Se han descrito numerosas incisiones transversales y oblicuas. De las incisiones transversales tenemos las siguientes:

1. Suprapúbica en la región inguinal. Ésta es una pequeña incisión transversa siguiendo el pliegue suprapúbico. Hoy son muy usadas, principalmente en las mujeres y niños de ambos sexos. Es una incisión estética, que sigue los pliegues normales de la región inguino-abdominal, proporciona un buen campo; los bordes de la herida prácticamente se unen solos además de tener una menor tendencia a la formación de queloides.<sup>12-17</sup>
2. Incisión transversa de Yudd. Fue descrita en 1913 y en ella se inicia en un punto equidistante entre el anillo inguinal superficial y el profundo y se dirige en línea recta hacia el punto correspondiente del lado contrario.<sup>18,19</sup>
3. Incisión de Edmunds. Fue dada a conocer en 1908. Comienza en un punto equidistante entre los dos anillos, se dirige hacia el punto correspondiente del lado opuesto y describe en su recorrido una curva de

\* Sociedad Cubana de Cirugía.

#### Correspondencia:

Adolfo Rafael Jaén Oropeza

Independencia Núm. 258 6 y 7, Sueño, Santiago de Cuba. Cuba. Tel: 644884

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/revlatcir>

concavidad superior que pasa a dos centímetros y medio aproximadamente de la sínfisis del pubis. Mediante estas dos incisiones transversas se pretendía poder operar una hernia inguinal bilateral a través de una misma incisión con fines estéticos. Por nuestra parte, las consideramos de poca utilidad, puesto que seccionan partes de la piel lejana al campo operatorio deseado y no se obtiene con ello, una mejor exposición del mismo, por lo que resulta innecesaria su porción media.<sup>20-24</sup>

Entre las incisiones oblicuas están:

1. Incisión de Marro. Consiste en una incisión paralela al arco crural, a unos dos centímetros por arriba; ésta comienza a dos centímetros por dentro de la espina iliaca anterosuperior y termina a dos centímetros de la espina del pubis. Es muy utilizada para la reparación de la hernia inguinal (directa o indirecta) y se aconseja prolongarla en su extremo inferior, si fuese necesario.<sup>25-29</sup>
2. Incisión oblicua. Se inicia en la mitad de una línea que va desde la raíz del pene hasta el pliegue genital externo; desde allí se dirige hacia arriba y afuera, siguiendo la bisectriz del ángulo formado por el arco crural y el borde externo del músculo recto anterior del abdomen, a unos diez centímetros. Resulta igualmente útil en las hernias inguinales directas e indirectas. Una vez incidida la piel, se llega al tejido celular subcutáneo con sus fascias de Camper y de Scarpa, donde se hace una cuidadosa hemostasia y se pone en



Figura 1. Jean Rives.

evidencia la aponeurosis del oblicuo mayor en toda su extensión. La incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor se realiza siguiendo el trayecto de sus fibras y por un espacio interfibrilar en la dirección del anillo inguinal superficial, el cual se secciona entre los dos pilares (interno y externo) del mismo. En este tiempo debe tenerse cuidado con los nervios abdominogenital mayor y menor que corren sobre el músculo oblicuo menor.<sup>30,31</sup>

### Segundo tiempo: tratamiento del saco y su contenido

Disección y aislamiento del saco. Mediante disección roma se aísla el cordón espermático en toda su longitud y se mantiene levantado, se pasa un drenaje de goma o cinta alrededor del cordón. Entonces se decidirá si se reseca o no el músculo cremaster en toda su extensión, de acuerdo con la técnica que se decida emplear. Somos partidarios de extirparlo en las hernias grupo dos, tres y cuatro de Nyhus. La fibrosa común del cordón espermático se abre mediante una cuidadosa sección longitudinal con bisturí ampliada con tijeras. En ese momento se pasa a localizar el saco hemiario, el cual debe encontrarse en la porción más alta, cerca del anillo inguinal profundo. El saco hemiario, que se reconoce por su color blanco nacarado característico, se toma por uno de los bordes y se procede a separarlo cuidadosamente de los restantes elementos del cordón con una previa apertura o no del mismo. Para facilitar esta maniobra y evitar sangramientos innecesarios, debe disecarse perfectamente el saco hemiario a nivel de su cuello.<sup>32,33</sup> Tratamiento del contenido hemiario. Una vez abierto el saco, su contenido, que puede ser variable, debe reintroducirse en la cavidad abdominal; esto se ve impedido en

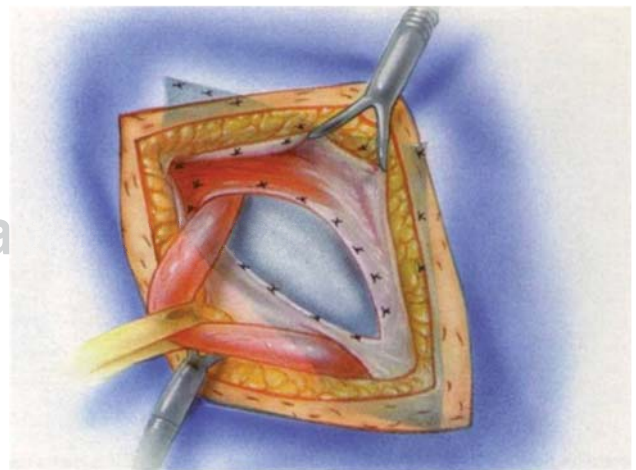


Figura 2. Pintura de la técnica de Jean Rives.

algunos casos por adherencias de los órganos abdominales a las paredes del saco. Éstas, se liberan con la previa ligadura, pero también puede encontrarse una hernia por deslizamiento, la cual deberá ser tratada.<sup>34,35</sup>

El tratamiento del saco hemiario. Aislado el saco hemiario y obtenida la reducción de su contenido, se procede a efectuar la ligadura alta del saco, por encima de su cuello y a seccionar su exceso. Actualmente, existen técnicas que no ligan el saco—criterio no compartido por nosotros, ya que lo ligamos con sutura por transfixión.<sup>36</sup>

## Hernioplastia

Se realiza la apertura de la pared posterior del conducto inguinal, o sea la *Fascia transversalis*, en sentido oblicuo, desde el anillo inguinal profundo hasta la proyección del tubérculo púbico. La colocación de un fragmento de la prótesis en el espacio preperitoneal de Bogros, es cortada de modo que permita el paso del cordón espermático en el hombre, en forma trapezoidal. La fijación se realiza con sutura irreabsorbible medialmente a la espina del pubis, a través del músculo recto o su expansión aponeurótica. Posteriormente se fija al ligamento de Cooper los puntos a la aponeurosis del transverso. Los puntos se colocan sobre el músculo oblicuo menor y transverso, lateral y encima al ojal de la malla; los puntos al tracto ileopúbico y al ligamento inguinal. Finalmente se realiza el cierre del conducto inguinal y de los planos superficiales.<sup>30-36</sup>

## NUESTRA EXPERIENCIA

En 789 pacientes operados desde enero de 1996 hasta el 31 de diciembre de 2009, se realizaron algunas modificaciones de la técnica original; es de señalar que desde el año 2000

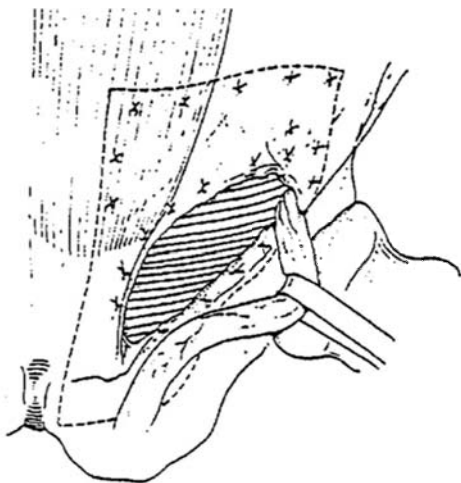


Figura 3. Dibujo que ejemplifica la técnica de Jean Rives.

sólo utilizamos mallas de polipropileno e igual sutura, pues en los primeros años con las mallas de poliéster algunos pacientes presentaron granulomas y en dos de ellos no se incorporó la prótesis óptima. Si consideramos que ésta es una técnica que requiere de importantes conocimientos anatómicos de la región y principios de cirugía herniaria moderna, afirmamos que no es para personas inexpertas ni principiantes. En 578 enfermos clasificados Nyhus III B, con seguimiento de 10 años en consulta especializada se presentaron 7 recidivas para un 1.2% y en los casos donde le damos un valor extraordinario tipificados Nyhus IV D fueron operados 200 enfermos, pues once fueron bilaterales; nuestro índice de recurrencias fue del 1.3%.

## CONCLUSIÓN

La técnica descrita tiene un gran valor científico y con ella se obtienen resultados óptimos si se ha utilizado con indicaciones correctas, por personal adiestrado y conocimientos apropiados.

## REFERENCIAS

1. Stoppa RE, Rives JL et al. The use of Dacron in the repair of hernias of the groin. *Surg Clin North Am.* 1984;64:269-285.
2. Schuls L, Grammer J, Piotrasita J et al. Laser laparoscopic herniorraphy. A clinical trial: Preliminary Results. *J Laparodonce Surg.* 1990;1:41.
3. Nyhus L. Clasificación de las hernias de la ingle. *Surgery.* 1993;114:1-2.
4. Hasson HM. Open laparoscopy v/o closed laparoscopy: A comparison of complication rates. *Adv Planced Paronhood.* 1978;41:1213.
5. Cor R. The management of abdominal hernias by intraabdominal closure. *The Sac An R Coll Engl.* 1982:64-342.
6. Fitzgibbons RJ, Salormo GM et al. Intraperitoneal onlay mesh procedure for laparoscopic inguinal herniorraphy: Culmited For Publication.
7. Corbitt JD. Laparoscopic herniorraphy. *Surg Laparosc Endosc.* 1991;1: 23.
8. Bagojavalonsky S. Laparoscopic treatment of inguinal and femoral hernias. *Ginecological laparoscopic.* 1989.
9. Reduck J. Atlas of laparoscopic surgery. USA: Edit. Bason;1993: 105-110.
10. Rutkow I. A Selective history of groin herniorraphy in the 20<sup>th</sup> century. *Surg Clin North Am.* 1993;408-9.
11. Shoasburn EW. Shouldice repair for inguinal hernia. *Surgery.* 1969;66:450-9.
12. Kingswoth AM, Gray DE, Notty PM. Prospective randomized trial comparing the shouldice and placations darn for inguinal hernia. *Br J Surg.* 1992;79:1068-70.
13. Martin R, Shareih S. The of marlex in primary hernia repair. *Surg Reunds.* 1993;6:52-62.
14. Barnes JP. Inguinal hernia without tension. *An Surg.* 1997;33(9):715-716.
15. Lichtenstein I. Herniorraphy personal experience with 6321 cases. *Am J Surg.* 1997;153(6):552-559.
16. Shulman AC, Amid PR. The safety mesh repair for primary inguinal hernia results of 3001 operations. *An Surg.* 1992; 5(4):255-257.

17. Colado Otero JC. Hernia con anestesia local. *Rev Cub Cir.* 1992;31(2):110-115.
18. Goderich Lalán JM. Herniorrafia inguinal primaria. Artificio técnico y factores de recidiva. Tesis presentada en opción al grado científico de candidato a doctor en ciencias médicas. Hospital Militar "Dr. Joaquín Castillo Duany". Stgo de Cuba 1990.
19. Irsula Ballaga V. Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal primaria en el paciente ambulatorio. Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Hospital Provincial "Saturnino Lora" "Stgo de Cuba". 1996.
20. Utrera Mauri E. Hernia inguinal primaria. Resultados del tratamiento quirúrgico. *Rev Cub Cir.* 1990;29(3):470-486.
21. Pita Ojeda M. Fibras colágenas. Estado cuantitativo en algunas estructuras de la región inguinal. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cirugía General. [Tesis]. Santiago de Cuba: 1992.
22. Bendavid R. the shouldice technique. A canon in hernia repair. Symposium on the management of inguinal hernia. *Can Med add.* 1997;40(3):199-204.
23. Tratado de patología quirúrgica. La Habana: Editorial Científico-Técnica;1980:1313-36.
24. Ocaña Antunes R. Resultado del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal mediante técnica de Berliner. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Cirugía General. [Tesis]. Santiago de Cuba: Hospital Provincial Ambrosio Grillo; 2012.
25. Ingimarson O. Inguinal and femoral hernia. *Acta Chir Scand.* 1994;148(3):313-316.
26. Colado Otero JC, Marimón Concepción F. Hernia inguinal. Resultados del tratamiento quirúrgico con la técnica de Shouldice. *Rev. Cub. Cir.* 1994;33(1-2):15-24.
27. Acevedo Fagaldo A. Hernia inguinal recidivada. Tratamiento quirúrgico mediante la aponeurosis, arco del músculo transverso. *Rev Chil Cir.* 1994;46(3):287-93.
28. Fuentes E, Colado Otero JC. Hernia inguinal. Acerca de algunos factores relacionados con la recidiva. *Recopilaciones* 2011;1:68-76.
29. Pelissier EP. Inguinal herniorraphy under local anaesthesia with shart hospital. *Chir.* 1991;117(2):186-188.
30. Hora RJC. Recurrent inguinal hernia surgery with transversally fascia repair heler. *Acta Chir.* 1992; 58(6):847-850.
31. *Statistic for management and economics.* 6<sup>th</sup> edition. Boston, USA: 2001: 871-896.
32. Goderich JM, Molina EJ. La cirugía mayor en pacientes ambulatorios en cirugía herniaria. Cuba Congreso nacional de Cirugía 2013.
33. Van Geffen HJAA et al. Anatomical considerations for surgery of the anterolateral abdominal wall. *Hernia.* 2004;8:93-97.
34. Gonzalez R, Rodecheaver GT, Moody DL. Resistance to adhesion formation: A comparative study of treated and untreated mesh placed in the abdominal cavity. *Hernia.* 2004;8:213-219.
35. Khajanchee YS, Kenyon TAG, Hansen PD. Economic evaluation of laparoscopic and open inguinal herniorrhaphies: The effect of cost-containment measures and internal hospital policy decisions on costs and charges. *Hernia.* 2004;8:196-202.
36. Gilbert AI, Young J, Graham MF, Divilio LT. Combined anterior and posterior inguinal hernia repair: Intermediate recurrence rates with three groups of surgeons. *Hernia.* 2004;8:203-207.