

Hospital Clínicoquirúrgico «Comandante Manuel Fajardo»

## **Técnica de Trabucco: primer reporte nacional (septiembre de 2005)**

**Dr. Eduardo Molina Fernández,<sup>1</sup> Dr. José M. Goderich Lalán,<sup>2</sup> Dr. Italo Colli Alonso<sup>3</sup> y Dra. Legna Marqués Méndez<sup>4</sup>**

---

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio prospectivo en pacientes operados de hernia inguinal primaria indirecta o reproducida por primera vez, a quienes se aplicó la técnica libre de tensión, de Trabucco. Se creó una base de datos con 335 pacientes, operados entre junio del 2000 y junio del 2004, en los hospitales «Comandante Manuel Fajardo» y el Hospital General de Santiago de Cuba. El uso de esta técnica quirúrgica mostró gran efectividad en cuanto al número de recidivas (0,5 %) y de complicaciones (14 %), al confort posoperatorio y la rápida incorporación de los pacientes a sus labores cotidianas y a la vida laboral, lo que presupone un índice coste-beneficio favorable (aspecto que no incluimos entre los objetivos propuestos). Pudimos concluir que la técnica de Trabucco es un método novedoso y muy efectivo nuestro medio, pues muestra ventajas iguales a las de las restantes hernioplastias libres de tensión.

*Palabras clave:* Técnica de Trabucco, hernioplastia.

---

Históricamente, el desarrollo de la cirugía de la hernia es uno de los capítulos más interesantes y controvertidos en la medicina, además de ser la primera causa de tratamiento quirúrgico en el mundo. A causa de su frecuente presentación, de su enigmático origen y del interés que ha despertado a través de los años, este padecer se ha convertido en un problema inquietante con pocos paralelos.<sup>1,2</sup>

Desde la primera y real hernioplastia, realizada por *Edoardo Bassini* hace más de 100 años (1884), todas las técnicas de reconstrucción quirúrgica (fasciales) han sido susceptibles de un problema común: la posibilidad de que exista tensión en la línea de sutura, lo cual ha sido el primer factor etiológico recurrencial en las herniorrafias.<sup>3</sup>

### **Breve recuento del desarrollo de la técnica**

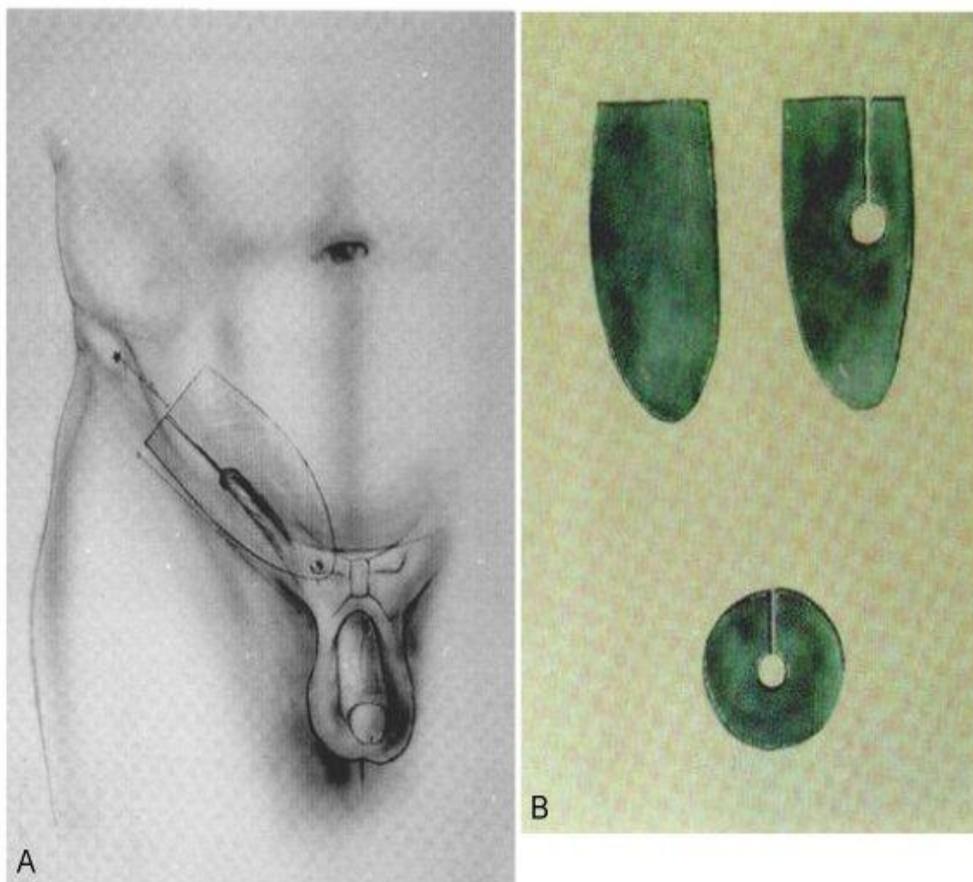
Este método libre de tensión, sin sutura y con mallas preengomadas, se comenzó a utilizar en 1989 en el Instituto de Hernia de Trabucco.<sup>4,5</sup> Fueron utilizadas prótesis de polipropileno, rígidas y preengomadas, diseñadas por el Maestro *Dr. Ermanno Trabucco*.

Con esta técnica se realizaron 3 422 hernioplastias en el Instituto de Trabucco entre 1989 y 1997.<sup>1</sup> Fueron utilizadas también las mallas preengomadas o en unión con el tapón tridimensional, el cual estaba formado por una malla de forma circular que se insertaba en el anillo profundo de hernia inguinal directa después de la reducción del saco. Entre 1997 y 1999 se realizaron 275 herniorrafias.<sup>1</sup>

Durante este período el uso del tapón tridimensional fue abandonado. La vaina plana de la hernia, que fue abierta para acomodar las estructuras del cordón, se implantó y suturó estrechamente en el anillo inguinal profundo y se usaba en pequeñas hernias indirectas. Las mallas preengomadas sin suturas fueron implantadas rutinariamente en todos los pacientes.

Los principios de la hernioplastia con malla preengomada sin sutura están basados en las observaciones siguientes:<sup>6</sup>

1. Existe anatómicamente un espacio cerrado en el canal inguinal por debajo de la aponeurosis del oblicuo externo (espacio subaponeurótico), al cual nos vamos a referir como *caja inguinal* (figura). Observamos que este espacio presenta variaciones de la distancia de la espina iliaca anterosuperior al agujero profundo, y de éste a la espina isquiopubiana.
2. Esto nos da la posibilidad de usar mallas preengomadas en reparaciones primarias de hernias. En otras palabras: este tipo de prótesis universal se puede colocar en el espacio subaponeurótico inguinal, según las dimensiones individuales de la caja inguinal del paciente
3. En tanto la malla preengomada sin sutura es muy efectiva, tiene que ser rígida en consistencia y con proceso controlado de memoria (no se encorva ni se pliega).



**Figura.** A) Disposición de la Hertra T5 en la caja inguinal.  
B) Juego de malla rígida Hertra T4 y T5 que se emplea para las hernias indirectas.

Esta es la técnica utilizada específicamente en nuestro centro, gracias a la colaboración de su creador, el Dr. Ermanno Trabucco, quien fue recibido en nuestro país y donó algunas muestras de sus mallas al Grupo de Cirugía de Hernia de Cuba. Sin dudas, un honor para nosotros.

En el trabajo exponemos los resultados del primer grupo de mallas implantadas en Cuba y determinamos la factibilidad de estas prótesis, así como su comportamiento. Nuestra investigación forma parte de los Proyectos SIGMA de Cirugía Herniaria, los cuales han sido aprobados para nuestro hospital por la Academia de Ciencias de Cuba.

Este es el primer reporte estadístico con seguimiento a corto y mediano plazos y constituye una introducción tecnológica, pues además de ser la primera vez que se realiza la técnica en Cuba, el estudio tiene una dimensión multicéntrica al utilizar bases de datos de dos instituciones cubanas: los hospitales «Comandante Manuel Fajardo» y el Hospital General de Santiago de Cuba.. Su objetivo es demostrar la efectividad y el comportamiento de la técnica de Trabucco en nuestro país y reportar sus primeros resultados.

## **MÉTODOS**

La realización de este estudio prospectivo comenzó en junio del 2000 y cerró el primer reporte con 61 pacientes, en mayo del 2002. El tiempo promedio de seguimiento fue de 13 meses.

El universo estuvo formado por pacientes con hernias primarias y reproducidas una vez, de grado 1, 2 y 3, según la clasificación de Gilbert, en selección aleatoria.<sup>7</sup>

Se cerró el estudio en junio del 2004, con un total de 365 hernioplastias realizadas en 335 pacientes, pues 30 pacientes presentaron hernia inguinal indirecta bilateral.

Se analizaron las variables índice global de complicaciones, tiempo quirúrgico, confort, analgesia posquirúrgica y recidivas.

## **RESULTADOS**

Según la clasificación de Gilbert para la hernia inguinal indirecta, fueron operados 84 pacientes con hernia de tipo 1 (25 %); 135 pacientes con hernia de tipo 2 (40,3 %) y 116 pacientes con hernia de tipo 3 (34,7 %).

El tiempo de toma de la muestra de nuestro estudio (prospectivo y aleatorio) se ubicó entre junio de 2000 y el mismo mes del 2004. En este período se realizaron 365 hernioplastias en 335 pacientes: 314 hombres (93,7 %) y 21 mujeres (6,3 %). Treinta hernias fueron bilaterales.

La anestesia más utilizada como método primario fue la anestesia espinal; no obstante, hubo que recurrir a varios tipos de anestesia en el mismo paciente, lo cual se atribuye al fallo de un medicamento, fallo del bloqueo anestésico o incompetencia del paciente por enfermedad asociada o mala selección de la técnica. Esto último, sobre todo, ocurrió en los grupos de anestesia local y analgesia acupuntural.

El promedio por intervención quirúrgica fue de 35 min, con el mínimo de 23 min y el máximo de 50 min, lo cual nos demostró que es una operación ventajosa y de fácil realización y que brinda al paciente la posibilidad de una recuperación precoz y segura y una rápida incorporación a las actividades diarias.

Para el cambio de la modalidad quirúrgica o de hospitalización se tuvieron en cuenta la lejanía del hospital, la ancianidad y la existencia de enfermedades asociadas, de condiciones no óptimas del paciente, que los pacientes vivieran en viviendas en pisos altos, que fueran casos sociales y otros aspectos.

Entre las complicaciones locales hallamos seroma, a razón de 1 por cada 50 pacientes (2,1 %). Algunos pacientes tomaban anticoagulantes o tenían enfermedades asociadas como

diabetes mellitus, lo cual favoreció la aparición de los hematomas hallados en 5 pacientes (1,5 %).

Ocurrió sepsis temprana de la herida en 4 casos (1,2 %) y fue producida por factores ambientales. Se produjo sepsis tardía en un solo paciente (0,3 %), de 64 años de edad, quien al mes de operado presentó un absceso del hematoma en la propia región inguinal y padecía diabetes mellitus de tipo 2.

Después del implante protésico la hernia se reprodujo en 2 casos (0,5 %), los cuales analizamos en detalles:

- Caso 1: paciente de 39 años de edad con hernia inguinal indirecta primaria derecha. Se le practicó la técnica de Trabucco, se disecó la fascia cribiforme de manera rutinaria y no se encontró hernia crural. Al año de operado el paciente presentó una hernia crural en esa zona, lo cual se debió al aumento de la tensión en la región inguinal por la colocación de la prótesis herniaria.
- Caso 2: paciente de 60 años, operado de la próstata después de la hernioplastia. Se le realizó incisión de Pfannestiel; se abrió la región inguinal y se debilitó la pared posterior, por lo que el paciente presentó una hernia en el extremo de la nueva incisión, o sea un anillo inguinal que comprende el piso de la pared posterior y la región suprapúbica. La hernia sería entonces tratada como hernia incisional con una vía posterior.

Los anteriores argumentos pudieran tenerse en cuenta para futuros casos. Se puede afirmar que en esta serie derivada de la técnica sólo tuvimos como recidiva una hernia incisional y una femoral, por lo que desde otro punto de vista, pudiera alegarse que no hubo recidivas.

Las otras complicaciones menores fueron eritema e induración de la zona operada – producidas por ingestión de analgésicos, antiinflamatorios, etc.– y se encontraron en el 8,4 % del total de pacientes. No podemos menospreciarlas, pues influyeron en la recuperación de los pacientes.

El dolor postquirúrgico comenzó como promedio a las 8 a 10 h. La ingestión promedio de analgésicos en las primeras 72 h fue de 5 tabletas y la incorporación a las actividades normales diarias resultó ser de 24 horas en los pacientes menores de 60 años y de 48 a 72 horas en los mayores de 60 años. Esta recuperación, además, está validada según el estado físico y la motivación del paciente, su disponibilidad, tipo de trabajo y de acuerdo con su situación social, aunque este aspecto no forma parte de los objetivos de nuestro trabajo.

La tabla muestra la relación de pacientes operados por año y el período de seguimiento correspondiente en cada caso, con lo cual nuestra tesis demuestra que este tipo de estudio prospectivo a corto y mediano plazos es eficaz, y asevera la efectividad de nuestra técnica.

**Tabla.** *Cantidad de pacientes operados y tiempo de seguimiento a mediano plazo*

Año	Cantidad de pacientes	Tiempo de seguimiento a
-----	-----------------------	-------------------------

	<b>operados</b>	<b>mediano plazo (años)</b>
2000	51	5
2001	75	4
2002	78	3
2003	61	2
2004	7	1

## **DISCUSIÓN**

En nuestro estudio destacaron las hernias de grado 2, con lo cual este resultado coincide con los documentados por autores extranjeros.<sup>8-10</sup>

Los dos hospitales que participaron en el estudio atienden a pacientes muy longevos que se han operado gracias a los avances de la anestesia y la introducción de técnicas mejor toleradas por el individuo, que permiten una recuperación posoperatoria más rápida y cómoda.

Observamos que la hernia inguinal es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y que se presenta después de los 40 años. En ello coincidimos con los reportes revisados.<sup>11-13</sup>

Entre las complicaciones locales hallamos seroma, a razón de 1 por cada 50 pacientes (2,1 %), el cual se encuentra en 1 de cada 40 pacientes, según la literatura internacional. El seroma no es muy frecuente debido a que la prótesis queda en un compartimento aponeurótico, donde el cordón se halla en posición subcutánea. Este detalle fue favorable y determinó la efectividad del procedimiento.

Al comparar los resultados de nuestro trabajo con los de autores extranjeros que han aplicado la técnica en mayor o menor cantidad de pacientes, resultó que el índice de recidivas fue menor de 0,5 % y que el seroma, que por regla general en la aplicación de ésta técnica es de 1 por cada 40 pacientes, resultó ser de 1 por cada 50 pacientes en el nuestro.

Con nuestros pacientes se logró la recuperación e incorporación temprana a la vida social; resultó favorable la relación costo-beneficio, aunque es objetivo de otro estudio incluir los casos. Las complicaciones locales presentaron una tasa global de 14 % en relación con el total de los pacientes, lo que demuestra la efectividad de nuestra técnica.

---

## **SUMMARY**

A prospective study was undertaken in patients operated on of primary indirect inguinal hernia, or hernia reproduced for the first time. Trabucco's tension-free technique was

applied. A database with 335 patients that underwent surgery from June 2000 to June 2004 at “Comandante Manuel Fajardo” Hospital and the General Hospital of Santiago de Cuba, was created. The use of this surgical technique showed great effectiveness as regards the number of relapses (0.5 %) and complications (14 %), the postoperative comfort, and the rapid incorporation of the patients to their daily activities and to work., which presupposes a favorable cost-benefit index (an aspect that was not included among the objectives proposed). It was concluded that Trabucco’s technique is a novel and very efficient method in our setting, since it has the same advantages of the rest of the tension-free hernioplasties.

*Key words:* Trabucco’s technique, hernioplasty.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trabucco EE, Trabucco AF. Tension-Free, sutureless, preshaped mesh Hernioplasty. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams; 2002.
2. Mac Vay CB. Christopher’s textbook of Surgery. 5th Edition. Philadelphia: Saunders Company; 1958.
3. Schwartz SL. Principios de Cirugía. 7ma Edición. Vol 2. México: McGraw-Hill; 1994
4. Trabucco EE, Campanelli GP, Cavagnoli R. Nuove Protesi Erniare in polypropilene, MIN. CHIR. 1998;53: 337-41.
5. Trabucco EE. The office of hernioplasty and the Trabucco repair Anit. Chir. 1993; 44:127-49.
6. Trabucco EE, Trabucco AF, Rollino R. Ernioplastica inguinale tension-free con rete presagomata senza suture secondo Trabucco. Torino: Chirurgia Minerva Medica; 1998.
7. Gilbert. AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. Am J Surg. 1989;131:157.
8. Lichtenstein IL, Shulman AE, Amid PK. The Tension-free hernioplasty. Am J Surg. 1989; 157:188-193.
9. Nyhus LM. The recurrent groin hernia, therapeutic solutions. Word J Surg. 1989;13:541-4.
10. Gilbert AL. Sutureless repair of inguinal hernia Am J Surg. 1992;163:131.
11. Petruzelli I. Utilization of a rigid pre-shaped mesh according to the Trabucco Technique: an experimental study in National Congress of SICADS. Ambulatory surgery in Italy, April 15-18, 1999, Rome: ATT of Congress; 1999.
12. Trabucco EE, Trabucco AF. Flag plug and mesh hernioplasty in the inguinal box. Description of the Surgical Technique. Springer link surgical and radiologic anatomy. Electronic edition. New York, USA: Trabucco Hernia Institute; 1998.
13. Gianetta E. Surgical treatment of inguinal hernia using a “tension-free” technique and local anesthesia. Initial experience. Minerva Chir. 1996 Jun 51;(6): 405-12.

Recibido: 20 de marzo de 2007. Aprobado: 15 de julio de 2007.

*Dr. Eduardo Molina Fernández.* Calle Zapata y D, El Vedado. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [edmolina@infomed.sld.cu](mailto:edmolina@infomed.sld.cu)

**1 Especialista de II Grado en Cirugía General.**

**2 Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas.**

**3 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 4to. año de Cirugía General.**

**4 Residente de 2do. año de Medicina General Integral.**