

Maniobras y artificios quirúrgicos en la hernia inguinal

Maneuver and surgical artifices in inguinal hernia

Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez,^I Dr. Oliverio Agramante Burón^{II}

I Hospital Universitario "Amalia Simoni". Camagüey, Cuba.

II Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.

ESTIMADO DIRECTOR:

La cirugía en la hernia inguinal es frecuente en las intervenciones quirúrgicas. A través de los años nos familiarizamos con técnicas, maniobras y artificios que pueden ofrecer dudas al residente porque: las confunden, no se mencionan en la bibliografía o, no se realizan. Los cirujanos de más edad las memorizan, quizás no todas y a veces olvidan o confunden su origen. Recordamos al querido profesor *Abraham Arap*,¹ que en su documentada obra sobre cirugía en hernia inguinocrural, dedica un aparte a estos aspectos que imbrica con las técnicas (rafias o plastias). El propósito de mencionar las maniobras, artificios técnicos y apuntes históricos es: su utilidad y que no se olviden. En 1944 *Enrique J. Corbellini* decía: "aplicar a cada caso las maniobras de reparación estrictamente necesarias".¹⁻³ Agradecemos al profesor *Leon Herszage*, miembro director de la *American Hernia Society*, quien tuvo a bien revisar el manuscrito.

La primera "maniobra" no es técnica, pues tiene que ver con el conocimiento anatomofisiológico de la región y con no dañar las estructuras nerviosas. En 1998 *Robert Bendavid* dijo que: "lo importante no es cuál técnica utilizar, sino saber operar una hernia".

Maniobra de Stetten: desarrollada por *W de Stetten* (1920). Consiste en dar un corte en la hoja externa de la aponeurosis de inserción del músculo oblicuo mayor antes abierto en operaciones. El cordón espermático quedará subcutáneo, este corte persigue no comprimir el cordón y servir de reborde inferior al anillo inguinal profundo. Esta técnica es parecida a la utilizada en la operación de *LM. Ziemermann* para la hernia directa, pero no igual, porque aquí el corte es más oblicuo y adopta forma triangular.^{2,3}

Maniobra de Houget: desarrollada por JP. *Houget* en Nueva York (1920). Se trata de traccionar a través del saco indirecto abierto, un saco directo en una hernia en pantalón por debajo de los vasos epigástricos para convertirlo en un saco único, sin seccionarlos. Otros reportes dan este nombre al convertir en saco indirecto uno crural.¹⁻⁴

Maniobra de Deaver: creada por JB. *Deaver* (1898). Se abre el saco indirecto y se introduce el dedo para revisar si hay adherencias, tactar la pared posterior o si hay debilidad herniaria directa u otras hernias. Se impone examinar el anillo crural. AW. *Sheen*, en *Lancet* 1941 lo describió también según *Barroetaveña* y otros³, algunos le dan su autoría.¹⁻⁴

Maniobra de Fruchaud: establecida por H. *Fruchaud*, Paris (1956). Al disecar la aponeurosis de inserción del músculo oblicuo mayor hacia abajo y separarla del celular subcutáneo, se llega al punto de identificar las fascias pectínea y femoral lo que puede ser útil con fines técnicos, pero mucho más docentes.^{3,5}

Maniobra de Descarga: también denominada de relajamiento o deslizamiento, en herniorrafias con mucha tensión se efectúa una maniobra de descarga o relajación al seccionar la fascia del músculo recto. Se le dan varios nombres, veamos algunos según el año de descritas, *Wölffer* (1892), *Berger* (1902), *Halsted* (1903), *Scott* (1919), *Downe* (1920), *Fallis* (1938), *Reinhoff* (1940) entre otros.¹⁻⁴

Maniobra de Fallis-Mc Clure: desarrollada por LS. *Fallis* y RD. *Mc Clure* (1938). En ella se tracciona un saco crural desde un saco indirecto abierto para convertirlo en un saco único indirecto. Por tanto no debe denominarse de Houget.²⁻⁵

Maniobra de la Circuncisión: en hernia directa con pared posterior y fascia transversa débil y redundante, se incide y tracciona para extirpar un rodete de esta fascia transversa que luego se puede cerrar o realizar algún otro proceder.^{2,3,5}

Maniobra de Barker: desarrollada por AE. *Barker* (1895), trabajaba en ello desde 1887. Consiste en disecar y luego cerrar con punto de sutura no absorbible el saco indirecto, se monta en aguja curva sin filo uno de los extremos se pasa por la pared muscular del oblicuo menor encima del anillo profundo y se hace igual con el otro extremo, tratando de salir por un sitio cercano y, se anudan. Este es el punto de *Barker* y persigue fijar la punta del saco alejado del anillo inguinal profundo; se ha abandonado. El punto y nudo para cerrar el saco fue propuesto por G. *Felizet* en Paris en 1894 y se le llamó punto "del Molinero", lo hacemos a diario al ligar una mitad del saco y luego completo por el otro lado. Antes de cortar ha y que cerciorarse de que no sangre. Se conoce también como punto de G. *Felizet* según R. *Restano* en 1971 en un texto ya citado,³ a un punto de sutura no absorbible de la parte distal del músculo oblicuo menor al pubis.^{1,2-5}

Maniobra de Ombrédanne: desarrollado por L. *Ombrédanne*, Paris (1949). Sección del saco inguinoescrotal, se trata la parte proximal separándolo de los elementos del cordón y ligadura alta. El saco distal se abre y evierte con punto(s) para evitar acumulación líquida e hidrocele posterior.¹⁻⁴

Maniobra de Wantz: realizada por *GE. Wantz*, Nueva York (1984). Parecida a la anterior, pero en plastias sin tensión por hernia inguinal indirecta, se deja abandonado el saco distal.^{3,5}

Maniobra de Valsalva: es habitual que en el transoperatorio con anestesia local, se pide al paciente pujar o toser para alguna comprobación.²⁻⁵ Un trabajo reciente de la prestigiosa familia *LeBlanc* insiste mucho en la maniobra.⁶

Maniobra de Camayd: fue desarrollada por Emilio Camayd Zogbe, La Habana (1983). Se desinserta a nivel del anillo inguinal profundo una parte del músculo oblicuo menor de la cintilla iliopubiana. Se identifica el reborde y fascia transversa que conforman el anillo. Se da, al menos, dos puntos por encima con sutura no absorbible. Luego con sutura absorbible se fija de nuevo el músculo a la arcada (plastia del anillo profundo).¹

Maniobra de retorcer el saco: en el texto de Carbonell Tatay,⁴ aparece como de *Ball*, (sin evidencia suficiente) (*L. Ball*). En sacos indirectos pequeños se tuerce el mismo para alejar cualquier contenido, se liga y anuda alto antes de seccionarlo.²⁻⁴

Maniobras relacionadas a las plastias libres de tensión: se disecciona el saco y se reduce a través del anillo sin abrirlo, ligarlo ni cortarlo, abrir el cremáster y no reseccionarlo entre otras.^{3,5-8}

Maniobra de Marcy: 1878 (*HO. Marcy*, Massachusetts). El primero que insistió en lo importante de ligar alto el saco y el cierre parcial del anillo profundo, sin embargo, parece que *Czerny*, (*V von Czerny*) en 1876 ya lo recomendaba.²⁻⁴

Maniobra de Bassini y Halsted: desarrollada por *E. Bassini*, Pavia, Italia (1889). Padre de la cirugía moderna de la hernia inguinal y la resección del músculo cremáster. (*WS. Halsted*, Baltimore 1852-1922). También fue pionero de forma simultánea e independiente; días antes de morir dijo: "indudablemente no he visto ninguna publicación, desde Bassini, que haya aportado algo nuevo".²⁻⁵

Maniobra de Championniere: creado por *Lucas Championniere*, Paris (1881). Primero que recomendó reparar la pared posterior.²⁻⁴

Maniobra de Callander: desarrollado por *CL Callander* (1947). Parecida a la de *Houget*, cuando hay un saco herniario indirecto y directo (en pantalón). Se abre primero el indirecto y después el directo, luego se seccionan los vasos epigástricos inferiores. Se tracciona del saco directo y se conforma uno solo, se cierran ambos con sutura continua no absorbible, reduciéndolos y se continúa la operación.^{2,3}

Maniobra de entrecruzamiento de las dos "colitas" de la malla: se asemeja al cabestrillo de *Keith* en la anatomía del cordón (*A. Keith*, 1924) se entrecruzan los dos segmentos de malla y circundan el anillo inguinal profundo por encima.^{3,4-7} *Patricio Gac* y otros, según una fuente citada,³ mencionan esta maniobra y refieren que las dos colitas de la malla encima del anillo, recuerdan una bufanda.

Maniobra de Downes: desarrollada por *WA. Downes* (1920). Solo en hernias directas e inversa a la maniobra de *Houget*; se abre el saco directo, se tracciona para hacer un solo saco con el indirecto y con el crural si lo hubiera.²⁻⁴

Maniobra de Ferreira o del "perrito ratonero": creada por *JA Ferreira* (1979). Es un proceder que normalmente hace el cirujano por intuición, pero este autor, según un estudio citado, ³ le denominó así. Se realiza en la técnica de *Cheatle-Henry* por vía posterior en hernia crural, en la técnica de *Nyhus* por la vía preperitoneal y en la técnica de *Stoppa*, consiste en la disección digital al decolar la fascia transversa del peritoneo que quizás le recordó el hocico del perrito.³

Muchas gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham Arap J. Hernias inguinales y crurales (hernia de la ingle). Rev Cubana Cir. 2009 [citado 15 Mayo 2014]; 48(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_2_09/cir10209.htm
2. Shackelford RT. Hernia of the gastrointestinal tract. In: Bickham-Callander, eds. Surgery of the alimentary tract. V.3. 1 Ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 1965. P. 2155-441.
3. Barroetaveña J, Herszage L, Barroetaveña JL. Hernias de la ingle. Procedimientos quirúrgicos actuales. Bases anatomofisiopatológicas. 4 Ed. Buenos Aires: Corrales Ediciones Médicas; 2002. p. 5-151.
4. Carbonell Tatay F. Aproximación histórica al conocimiento de la hernia. Los médicos que la describieron y trataron. En: Carbonell Tatay F, eds. Hernia Inguinocrural. 1ra ed. Valencia: Ethicon; 2001. p. 19-104.
5. Merello Lardies JM, Napoli ED. Pared abdominal. Hernias y eventraciones. En: Ferraina P, Oria A. eds. Cirugía de Michans. 5ta ed. Sección VI Cap. 35. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2008. p. 417-57.
6. LeBlanc KE, LeBlanc LL, LeBlanc KA. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. American Family Physician. 2013;87(12):844-8.
7. Ricardo Ramírez JM, Rodríguez Fernández Z, Pineda Chacón J. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de pacientes con hernia inguinal. Medisan. 2013;17(3):426-34.

8. López Rodríguez PR, Pol Herrera PG, León González O, Cruz Juan R, Rodríguez Blanco H, Satorre Rocha J. Nuestra experiencia de diez años en la herniorrafia de Mohan P. Desarda. Rev Cubana Cir. 2013;52(2):118-25.

Recibido: 30 de mayo de 2014

Aprobado: 29 de junio de 2014

Bárbaro Agustín Armas Pérez. Hospital Universitario "Amalia Simoni". Camagüey, Cuba. Correo electrónico: baap@finlay.cmw.sld.cu