

Capítulo 5

Clasificación

Fernando Carbonell Tatay

Conceptos generales en la hernia inguinal y crural

Desde siempre, conocemos la existencia de hernias inguinales en los lactantes y niños; por eso se hablaba de hernias congénitas y hernias adquiridas si aparecían en el adulto, aunque estas últimas, como hemos visto en el capítulo de etiopatogenia, pueden estar relacionadas, si son indirectas, con las anteriores, así pues, esta es la primera división que debemos tener presente.

Hernia inguinal congénita

Para conocerla bien es necesario profundizar un poco en el conocimiento de la embriología. Está vinculada con el descenso de los testículos y la formación del proceso vaginal; a partir del tercer mes de vida intrauterina descienden desde el retroperitoneo, siguiendo el curso marcado por el *gubernaculum testis* en el varón. En las niñas, el mesonefros involucionan, por lo que hay poco desarrollo del *gubernaculum* y también poco estímulo para la entrada del conducto vaginal en la ingle; el canal inguinal es estrecho y un pequeño divertículo de peritoneo pue-

de persistir denominándose conducto de Nuck; este conducto desaparece entre el séptimo u octavo mes de vida intrauterina, pero en ocasiones persiste y permanece abierto extendiéndose hasta los labios mayores en la mujer, que serían los homólogos del escroto en el hombre. Todas las demás estructuras involucionan a excepción del ligamento redondo que ingresa en el conducto inguinal en la mujer, siendo en el varón el conducto deferente, si se compara el proceso.

En los niños, el *gubernaculum* crece y pasa a través del anillo inguinal profundo agrandando el conducto inguinal y se forma un divertículo de peritoneo. El proceso vaginal, que sigue al *gubernaculum* y a los testículos por el conducto a partir del séptimo mes de vida intrauterina llega a su destino final, el escroto. Este divertículo peritoneal en el 90% de los casos involucionan y se cierra, dejando un remanente pegado a los testículos que es la túnica vaginal.

Las diversas situaciones de un deficiente cierre de estos divertículos peritoneales en el hombre y en la mujer tendrán, como consecuencia inmediata, o con el tiempo, la aparición de una hernia inguinal indirecta.

En muchachos jóvenes hablamos de

hernias indirectas con persistencia del conducto peritoneovaginal y en las jovencitas nos referimos a persistencias del conducto de Nuck.

Hernias adquiridas

Concepto poco utilizado en el vocabulario habitual de los cirujanos y que engloba al resto de las hernias de la región inguinocrural en los adultos y, sobre todo, a las hernias directas del anciano. Su mecanismo de producción se ha comentado en el capítulo de la etiopatogenia.

Clasificación según la forma de presentación clínica

Hernia primaria

La que presenta el paciente por primera vez, como primera manifestación.

Hernia recidivada o reproducida

Aquella que ya ha sido intervenida y que se ha vuelto a producir. Referiremos el número de recidivas, si las herniorrafias fueran más de una sobre el mismo lado.

Estas dos formas de presentación pueden tener además variaciones y combinaciones complementándose con otros conceptos de clasificación. De esta forma, podemos encontrar una hernia reproducida y estrangulada o una hernia primaria incarcerada, deslizada, etc.

Hernia reductible

Se define así a toda aquella que se puede reintroducir con facilidad en la cavidad abdominal; es libre y puede protruir y salir sin dificultad a través de orificio herniario, reintroduciéndose hacia dentro con mínima ayuda de nuestra mano y, a veces, con el simple decúbito supino.

Hernia incarcerada

Es aquella que no podemos reducir, pero al paciente no le produce un cuadro de dolor agudo, al no existir compromiso vascular de ninguna de las estructuras del saco. El anillo es lo suficientemente ancho como para que no produzca isquemia alguna. No es una urgencia quirúrgica. En ocasiones, cada vez menos, por el progreso en todos los órdenes, en nuestro país, se hacen voluminosas y decimos que el contenido del saco ha perdido el derecho al domicilio en la cavidad abdominal.

Hernia estrangulada

Suele aparecer bruscamente en la región inguinocrural, tras un pequeño o gran esfuerzo que provoca una hiperpresión abdominal y la salida a través del orificio del saco herniario y su contenido: las asas intestinales, el epiplón, etc., no se pueden retornar a la cavidad tras la rápida salida; muchas veces, la dilatación de esas asas por aire y la contracción muscular por el dolor impiden la reducción, produciéndose una falta de riego y de retorno sanguíneo con todas las consecuencias, como la necrosis, si se prolonga la situación en el tiempo. Se trata de una urgencia quirúrgica inmediata sin dilatar la espera, ya que tendríamos que reseca el tramo intestinal afectado, aumentando la morbilidad a la reconstrucción herniaria.

Clasificación según el contenido del saco

Evidentemente solo podremos definir esta situación tras la apertura del saco; hoy en día que parecen implantarse las técnicas de reparación protésica en la hernia y en las que casi nunca se abre el saco, puede que estas definiciones parezcan antiguas, pero creemos

que es necesario su conocimiento. La resección del saco, que durante muchos años era pilar fundamental en la reparación se convertía en un auténtico problema con mayor dificultad y morbilidad en las hernias deslizadas.

Hernia deslizada

Es aquella, por lo general de mayor tamaño, en la que el saco está unido de tal manera a la víscera herniada (casi siempre intestino grueso y en menos ocasiones vejiga, ovarios, trompas, etc.) que hace imposible la resección y ligadura del mismo con facilidad; el despegamiento de su contenido es difícil como hemos comentado y se han escrito capítulos aparte para su tratamiento específico; las complicaciones, que incluían fístulas intestinales y las reproducciones eran mucho más frecuentes. En la actualidad, los diagnósticos más precoces y el empleo de mallas han minimizado el problema; el consejo ante la apertura de un saco deslizado es cerrar de nuevo, reintroducir, si se puede, y colocar una prótesis por encima de ese peritoneo cerrado que impida su salida.

Ya hemos dicho que el diagnóstico de este tipo de hernias es intraoperatorio, pero podemos sospechar de su presencia cuando se trata de enfermos mayores con hernias inguinales grandes y antiguas que llegan al escroto, sin síntomas y no operadas por problemas de obesidad, bronconeumopatías o cardiopatías acompañantes, etc.

Hernia de Richter

Tanto este tipo de hernias como las de Littre, vienen referidas en todos los tratados sobre la materia y consideramos necesaria su descripción; ninguna definición nueva ha suplantado al nombre de quien las describió, sobre todo, la de Richter que sí puede tener una aplicación clínica y puede enmascarar cuadros de dolor abdominal y suboclusión

cuando se presenta así en la hernia crural, sobre todo, en una mujer obesa. La estrangulación se produce sin provocar una obstrucción y la exploración, al principio del cuadro puede resultar anodina.

Cualquier segmento del intestino delgado o grueso puede aparecer comprometido en una hernia de Richter (August Gottlieb Richter, 1714-1812, cirujano alemán que la describió en 1785), y el orificio herniario puede estar ubicado en cualquier parte del abdomen, aunque lo más frecuente es que aparezca en el crural.

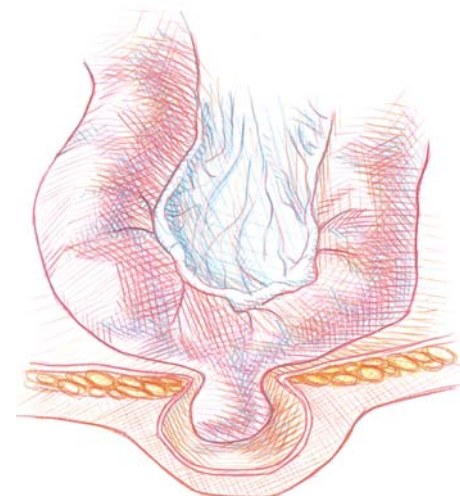
Para que se trate de una hernia de este tipo, solo una parte del borde antimesentérico del intestino debe estar pinzado por el saco herniario y el anillo de estrangulación, sin llegar a comprometer o a estrangular la porción completa de la circunferencia del tubo intestinal. Así pues, la porción mesentérica del intestino herniado, lugar de mayor aporte vascular, no participa del contenido del saco.

Muchas veces, el cese del espasmo muscular, las maniobras de reducción o de taxis y la relajación anestésica en el caso de la intervención, pueden ocultar esta situación de pinzamiento y posible necrosis parcial, circunstancia que debemos tener en cuenta a la hora de la valoración clínica del enfermo. Cuadros de peritonitis postoperatorias por perforaciones parciales tardías intestinales hemos visto tras herniorrafias estranguladas en las que pasó desapercibida esta posibilidad.

Hernia de Littre

Es de muy rara aparición y se trata de la presencia única de un divertículo de Meckel en el saco herniario. Hemos comentado su escaso interés en la actualidad y hay que sumar la mínima incidencia de este tipo de divertículo a la probabilidad de que se hernie.

En 1700, el cirujano francés Alexis Littre (1658-1726), anterior a Richter, describe tras



*Enterocèle parcial
Hernia de Richter.*

unas auptosias, un divertículo ileal producido por la tracción y pinzado en el saco, interpretándose como un enterocele parcial; entonces se desconocía la existencia del divertículo de Meckel (Joann Meckel lo describió como una entidad diferente en 1809); desde entonces se conoce como *hernia de Littre* esta situación.

Clasificaciones basadas en conceptos anatómicos

Desde el principio del siglo XIX, cuando existían mas conocimientos anatómicos, las hernias de la región inguinocrural se clasificaron en:

Hernia inguinal oblicua externa

Cuando el saco salía a través del orificio inguinal interno introduciéndose en el conducto inguinal y estaba rodeado por el músculo cremáster, podía llegar al escroto.

Hernia inguinal oblicua interna

La diferencia con la anterior es la salida del defecto herniario a través de la pared posterior,

de la fascia transversalis, siendo independiente del anillo inguinal profundo y sin formar parte de la envoltura cremastérica del cordón.

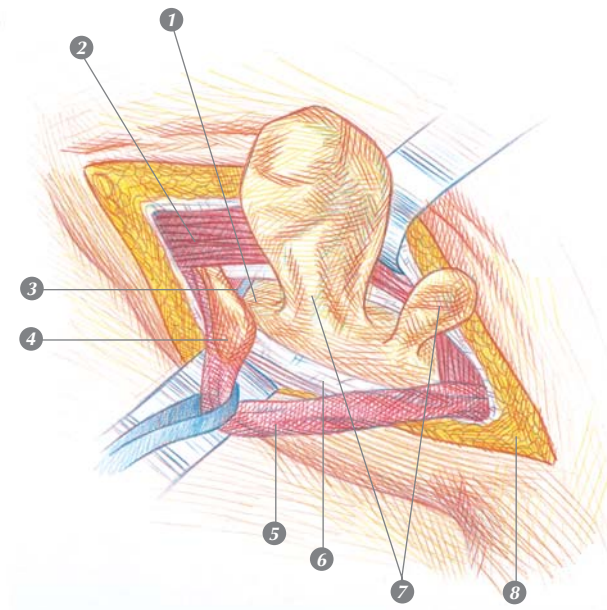
Esta clasificación, para las hernias inguinales oblicua externa e interna, ha tenido vigencia hasta la primera mitad del siglo XX, en que, tras un mayor conocimiento quirúrgico y empleando los mismos conceptos de presentación anatómica en las inguinales, sirvieron para denominar de otra forma más sencilla y clara a estas hernias:

1. **hernia indirecta (por oblicua externa).**
2. **hernia directa (por oblicua interna)**
3. **hernia inguinoescrotal (si el saco llegaba al escroto)**
4. **hernia mixta, «en pantalón», cuando tras la intervención, identificamos componentes directos e indirectos.**

Cuando se tenía que referir al tamaño de las hernias se hacía como grandes, medianas o pequeñas.

La clasificación es sencilla y utilizada en la actualidad aún por gran número de cirujanos que no se dedican exclusivamente a operar hernias, y ha permitido conocer datos importantes, como el mayor aumento de recidivas en las de tipo directo o en las inguinoescrotales por sus especiales características, etc. La superespecialización de la cirugía general y, sobre todo, el nacimiento de centros específicos de hernia en los Estados Unidos, de cirujanos que se denominan «herniólogos» dedicados sólo a operar esta patología, junto con otros intereses, como las asociaciones científicas monográficas, los registros de hernia que funcionan ya en algunos países europeos, etc. están empujando para poder tener y utilizar una clasificación universal que permita aunar conceptos, realizar estudios prospectivos con grupos homogéneos, etc.

- Hernia indirecta a través del orificio inguinal interno
Hernias directas que propulsan en la pared posterior (fascia transversalis)
- 1.fascia transversalis
 - 2.Músculos oblicuo menor y transversos
 - 3.Vasos epigástricos
 - 4.Hernia indirecta
 - 5.Cordon espermático
 - 6.Ligamento inguinal
 - 7.Hernia directa
 - 8.Pubis



Hernia crural

Es independiente de las anteriores, con diferente tratamiento y con la salida del saco a través del orificio o anillo crural.

Clasificación específica de la hernia crural. Conceptos anatómicos clásicos

En la hernia crural, se vienen describiendo clásicamente después de las observaciones de anatomistas y cirujanos de finales del siglo XVIII y XIX, unas raras hernias que solo difieren de la forma común por la anomalía de su trayecto y de su orificio de salida. Es curioso que las nuevas clasificaciones para el estudio de la hernia de la región inguino-crural pasen por alto estas, y solo sea Bendavid el que las cite en su clasificación. Bien es verdad, que son extremadamente raras y muy difíciles de valorar, si no existe una verdadera y completa disección de la región. Son las siguientes:

Anomalías del orificio de salida

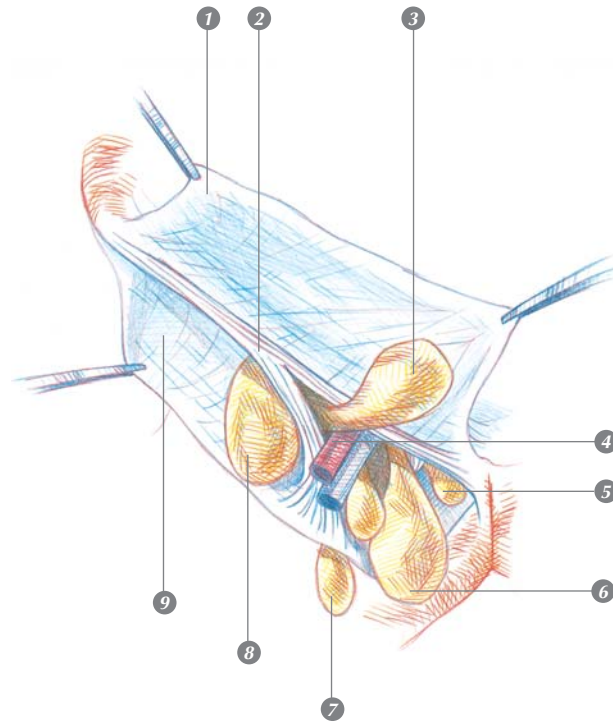
a. Hernia crural prevascular o de Hesselbach (1806). La hernia penetra por fuera de los vasos femorales por la parte externa del anillo.

b. Hernia retrovascular de Serafini (1917). Se describió tras una autopsia y es lo opuesto a la prevascular, donde el saco desciende por detrás de los vasos femorales y por dentro de la vaina de la vena femoral.

c. Hernias a través del ligamento de Gimbernat, también llamadas de *Laugier* (1833) o de *Velpeau* (1839). Sale por un orificio labrado sobre el ligamento de Gimbernat o ligamento lacunar.

Anomalías del trayecto

a. Hernia pectínea o de Cloquet (1817). Se produce por una anomalía de la inserción del músculo pectíneo; entra primero por el conducto crural, pero cambia su trayecto; perfora la aponeurosis pectínea y se aloja entre esta y el músculo pectíneo simulando una



Hernias crurales

1. Fascia lata seccionada borde craneal rechazado hacia arriba.
2. Ligamento inguinal.
3. Hernia de Hesselbach Prevascular.
4. Arteria y vena Femoral.
5. Hernia a través del ligamento de Gimbernat, también llamada de Laugier o de Velpeau.
6. Hernia crural típica.
7. Hernia obturatriz.
8. Hernia Femoral externa.
9. Fascia iliopectínea.

hernia obturatriz.

b. Hernia bisacular o multilocular o de Astley Cooper (1804), en la que el saco principal acompaña al conducto crural, pero sus lóbulos o divertículos subsidiarios van hacia el foramen obturador, fascia cribiformis y preperitoneo.

Clasificaciones para la hernia inguinal con nombres propios

Una modificación:

Clasificación de Corbellini

En 1906 el cirujano argentino Corbellini ideó una clasificación anatómica para las hernias inguinales que se publicó en 1907 en la *Revue de Chirurgie*. Para este autor, las hernias oblicuas externas de los clásicos deberían llamarse *intrainguinales*, porque están alojadas en el mismo cuerpo del cordón y su trayecto discurre en el interior del canal inguinal. A las oblicuas internas las llamó *retroinguinales*, porque el peritoneo del saco empuja delante de sí a la fascia transversalis, pared posterior del canal inguinal, sin sepa-

rar sus paredes, sino comprimiéndolas una contra la otra. Fue seguida durante tiempo por los cirujanos argentinos que la consideraban, propagada por Ricardo Finochietto, autor de un tratado sobre hernia y anestesia local, excelente, pues consideraban que establecía algo más importante que la dirección geométrica (oblicua externa o interna) de la hernia: la relación recíproca entre el contenido (saco herniario) y continente (canal inguinal). Esta nomenclatura la encontramos en los libros argentinos de la época y siguen llamándolas así en la 1ª edición del clásico *Hernia* de Nyhus de 1967. No ha gozado de predilección en los cirujanos europeos actuales.

En los últimos 40 años han ido apareciendo diversas clasificaciones para las hernias, de las que vamos a destacar, a nuestro juicio, las más importantes, todas ellas basadas en conceptos de anatomía funcional y dinámica. La importancia de tener una clasificación universal bien conocida y aceptada por todos los cirujanos, es un hecho innegable. Permitirá comparar y analizar resultados, sobre todo de recidivas, que dependen de muchos factores. Es curioso que se basan fundamentalmente en las hernias inguinales y continúan simplificando la hernia crural, excepto la clasificación de Bendavid, que la contempla de un modo más amplio reflejando las antiguas clasificaciones que tras las disecciones anatómicas describieron en el siglo XVIII y XIX diversos autores europeos; diferenciando las hernias prevasculares y las relaciones del saco crural con la arteria y vena femoral, etc. Probablemente no está suficientemente clara esta situación por la rareza y dificultad de reconocimiento de muchos cirujanos de este tipo de presentaciones. Todos estos intentos de agruparlas vamos a describirlos por orden cronológico de aparición en la literatura científica. Todas pretenden ser las mejores y casi todas ellas se parecen, y son las siguientes:

Clasificación de Casten

Este autor publica en 1967 en el *American Journal Surgery* una clasificación que se basa en conceptos de anatomía funcional, valorando las tres estructuras que considera importantes, tanto en la génesis como en la posterior reparación de las hernias: la fascia transversalis, la aponeurosis del músculo transverso y el ligamento inguinal. En nuestro país esta clasificación ha tenido muy poca presencia y en los Servicios de Cirugía que conocemos no ha sido utilizada; de la misma manera que no se encuentran trabajos con series y resultados que la apliquen.

Casten definió tres estadios o etapas en las hernias inguinales:

Estadio I: Hernia indirecta con anillo inguinal interno intacto. Como sucede en lactantes y niños y que trataba simplemente con la ligadura alta del saco sin ningún otro gesto.

Estadio II: Hernia indirecta con anillo interno aumentado de tamaño, distorsionado.

Estadio III: Hernias directas y femorales.

Las operaba utilizando una reparación al ligamento de Cooper.

Clasificación de Mc Vay

Chester Mc Vay (1911-1987) fue uno de los más grandes cirujanos de hernia en los Estados Unidos. Su reparación al ligamento de Cooper bajó el índice de recidivas hasta un 2-3%, siendo referencia indiscutible. En capítulo aparte se ha descrito una pequeña biografía de este importante cirujano en el tema que nos ocupa.

Junto con su compañero Halverson en 1970 en la revista *Archives of Surgery* describen la siguiente clasificación por estadios, que fundamentan en conceptos también anatómicos, patológicos y de posible reparación:

1. Hernia indirecta pequeña (la reparaban con una ligadura alta del saco y reconstrucción del anillo interno).

2. Hernia inguinal indirecta mediana.

3. Hernias inguinales directas o indirectas de gran tamaño.

4. Hernias femorales o crurales

Los estadios o tipos 2, 3 y 4 los reparaban con su técnica personal de herniorrafia al ligamento de Cooper.

Clasificación de Gilbert

Arthur Gilbert, cirujano con práctica actual en el Hernia Institute en Miami y del que se ha escrito una pequeña biografía en el capítulo sobre «personajes y hernia», describe y publica en 1989 en la revista *American Journal Surgery* una nueva clasificación más detallada sólo para las hernias inguinales, en la que tiene en cuenta criterios anatómicos y funcionales que establece peroperatoriamente el cirujano (con el grado de subjetividad que se pueda derivar). Este, con su dedo introducido a través del orificio inguinal interno tras la disección completa del saco en las hernias indirectas, valora el tamaño de dicho orificio y la contención del mismo una vez reintroducido el saco con el paciente bajo anestesia local o regional, haciéndole toser en las hernias indirectas. La valoración del piso del conducto inguinal, en el caso de las directas, permite reconocer un fallo total o pequeños defectos. Contempla 5 tipos: las del tipo I, II y III son indirectas y las IV y V, directas.

Tipo I

Se trata de una hernia con un anillo interno pequeño, estrecho, apretado, con capacidad de contención tras la introducción del saco y colocación por encima de una prótesis de Prolene® de 6 x 11 cm plegada en forma de cucurucho o paraguas plegado, a través del orificio. Así las repara como describimos en el capítulo de técnicas protéticas.

Tipo II

El anillo interno está moderadamente aumentado de tamaño y no mide más de 4 cm y tiene aún capacidad para contener la prótesis que las soluciona.

Tipo III

La hernia tiene un anillo interno de más de 4 cm y el saco a menudo tiene un componente de deslizamiento o escrotal que puede incidir sobre los vasos epigástricos. (Deberemos fijar la prótesis a los pilares o, en su defecto, cerrar el anillo interno con 2-3 puntos sueltos como Marcy).

Tipo IV

Es una hernia directa. Todo el piso del conducto inguinal está defectuoso, formando una completa protrusión del mismo a pesar de que el anillo inguinal profundo esté indemne.

Tipo V

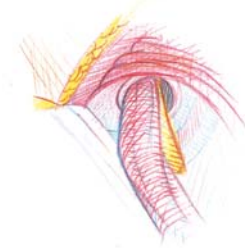
También defecto directo, pero no de todo el piso, sino pequeños defectos diverticulares de no más de 1 ó 2 cm de diámetro.

En esta clasificación, también sencilla, no venían contempladas las hernias mixtas «en pantalón» (aunque podemos decir hernia tipo II y IV, para definir este concepto). Basándose en este criterio, Rutkow y Robbins añaden dos tipos más, el tipo VI para las hernias mixtas y el VII para todas las crurales.

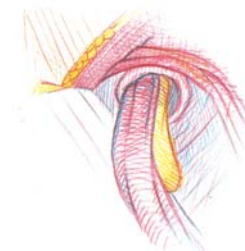
Clasificación de Nyhus

L.M. Nyhus es un cirujano americano desde hace muchos años preocupado por el tema. Autor de un libro de referencia que lleva 3 ediciones y de numerosos trabajos junto con Condon. Impulsor de la vía preperitoneal en el tratamiento quirúrgico; un resumen de su biografía y de su técnica vienen relatados en otros capítulos. En 1991 describe una nueva clasificación sustentada por sus conocimientos del acceso posterior y apoyándose en criterios anatómicos que comprenden, tanto el calibre del orificio inguinal interno como la consistencia de la pared posterior. Repara cada tipo de una forma diferente, aplicando un criterio de «técnica quirúrgica individualizada». Es la siguiente:

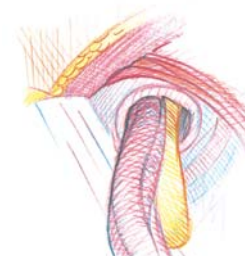
Clasificación de Gilbert



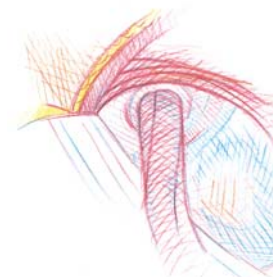
Tipo I



Tipo II



Tipo III

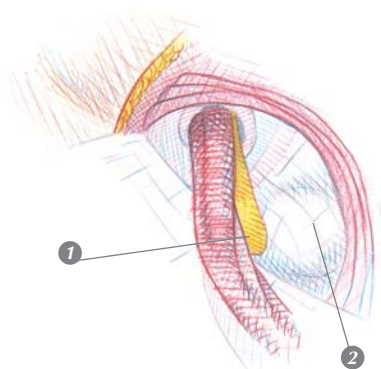


Tipo IV

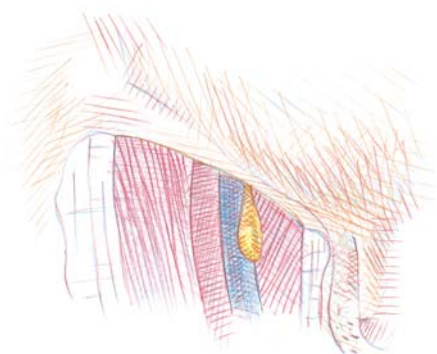


Tipo V

Clasificación de Gilbert con ampliación de de Rutkow y Robbins



Tipo VI - Hernia Mixta



Tipo VII - Hernia Crural

Hernia Mixta
1. Indirecta
2. Directa

Hernia Crural

Tipo 1

Hernia inguinal indirecta con anillo interno normal.

Tipo 2

Hernia inguinal indirecta con aumento del tamaño del anillo interno.

Tipo 3

Contempla a su vez tres posibilidades:

Tipo 3 a: hernia inguinal directa.

Tipo 3 b: hernia inguinal mixta o «en pantalón».

Tipo 3 c: hernias crurales

Tipo 4

Todas las hernias recurrentes.

Clasificación de Gilbert con ampliación de Rutkow y Robbins

En 1993, unos años después de la propuesta por Gilbert, los autores (también contemporáneos y cirujanos de un centro específico para hernias, como hemos referido en el capítulo de «personajes y hernia»), añaden dos tipos más a la ya conocida de Gilbert, denominando:

Tipo VI

Hernias con componentes directos e indirectos (mixtas, en pantalón).

Tipo VII

Reúne a todas las hernias crurales.

Clasificación de Bendavid

También en 1993, Bendavid, cirujano actual del Hospital Shouldice en Toronto (Canadá), centro específico en el tratamiento quirúrgico de la hernia, destacado autor de varios capítulos y publicaciones sobre el tema e impulsor junto con anteriores cirujanos de la «reparación canadiense o técnica de Shouldice», defendida porque provoca un menor número de recidivas y baja el índice a un 0,5 % en este tipo de autoplastias mejorando los resultados que se obtenían con las técnicas de Bassini, Mc Vay, etc. Este propone una

completa clasificación que fundamenta en tres datos: tipo de hernia, estadio evolutivo o etapa y dimensiones o tamaño de la misma. Es la TSD (Type, Staging and Dimensión):

Describe cinco tipos de hernias que definen el trayecto de salida y a cada una de ellas, les añade tres etapas o estadios en su desarrollo que marcan su extensión anatómica. Son las siguientes:

Tipo 1 o anterolateral (indirecta):

Estadio 1

Se extiende desde el anillo inguinal interno hasta el externo.

Estadio 2

La hernia sobrepasa el anillo inguinal externo, pero no llega al escroto

Estadio 3

El saco herniario con su contenido llega al escroto.

Tipo 2 o anteromedial (directa):

Estadio 1

La hernia está ubicada en los límites del canal inguinal sin sobrepasarlos.

Estadio 2

Llega al anillo inguinal externo o superficial, pero no al escroto.

Estadio 3

Alcanza el escroto.

Tipo 3 o posteromedial (crural):

Estadio 1

Está ubicada en solo una parte del espacio que existe entre la vena femoral y el ligamento de Gimbernat.

Estadio 2

Ocupa todo el espacio entre la vena femoral y el ligamento de Gimbernat.

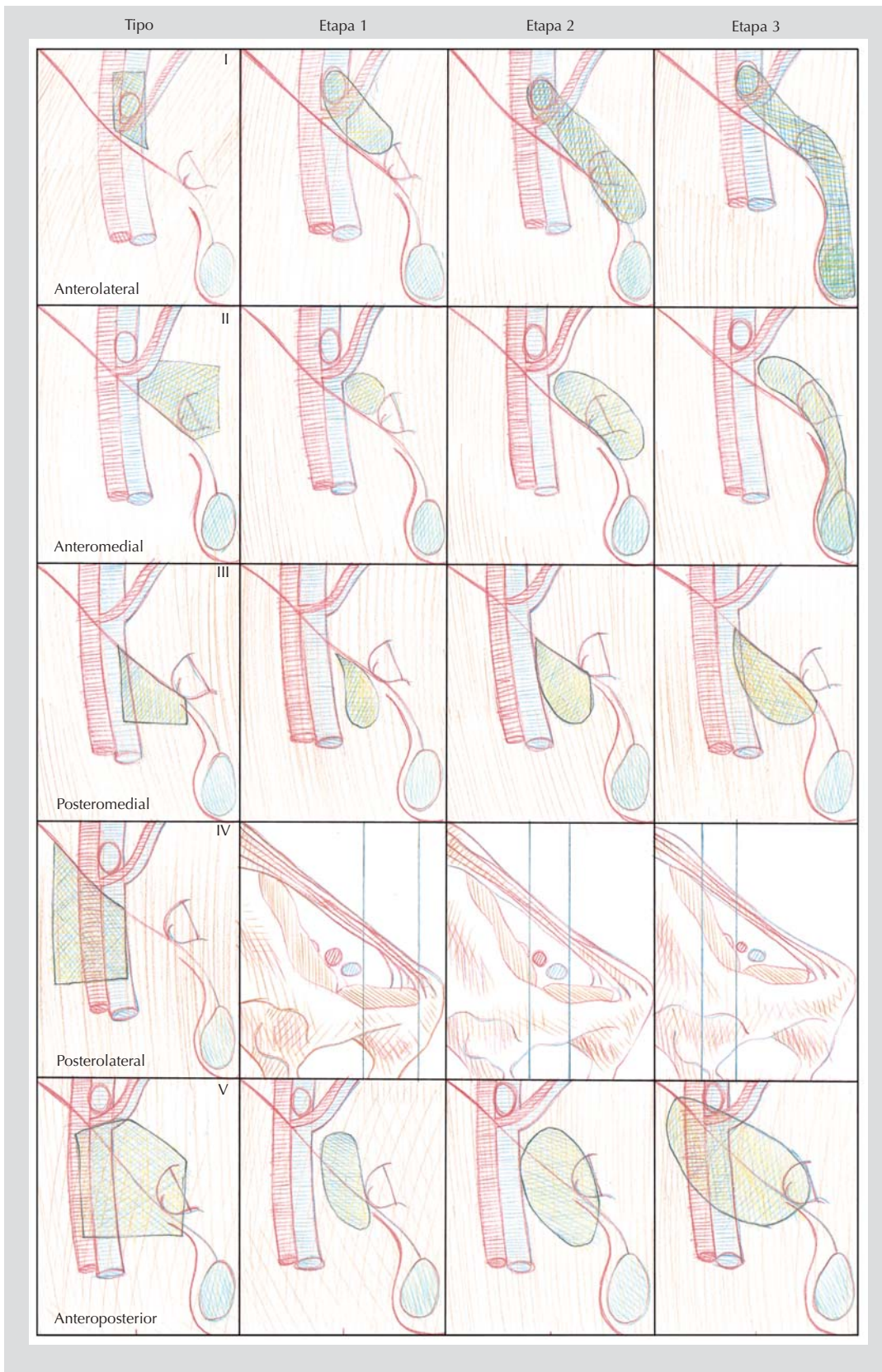
Estadio 3

Se extiende desde la vena femoral al tubérculo púbico, prácticamente anula o dislacer el ligamento de Gimbernat y es grande.

Tipo 4 o posterolateral (crural prevascular):

Estadio 1

La hernia está situada en la parte interna o medial a la vena femoral (hernia de Cloquet y de Laugier).



Estadio 2

Localizada a nivel de los vasos femorales (hernia de Velpeau y Serafini).

Estadio 3

Se ubica de forma lateral, externa a los vasos femorales (hernia de Hesselbach y Patridge).

Tipo 5 o anteroposterior (inguinocrural)

Estadio 1

Cuando hay destrucción de una parte del ligamento inguinal, entre el pubis y la vena femoral, producida por la salida de la hernia a este nivel.

Estadio 2

Si la destrucción ha sido total de este espacio entre la espina del pubis y la vena femoral.

Estadio 3

La destrucción del ligamento ha sido mayor y sobrepasa lateralmente la vena femoral.

Clasificación de Aachen

Schumpelick y Artl describen en 1995 una clasificación parecida a la de Nyhus, pero con la medición además del tamaño del orificio herniario así:

Tipo 1

Tamaño normal del anillo inguinal interno hasta 1,5 cm.

Tipo 2

Hernias directas e indirectas con orificio de 1,5 a 3 cm.

Tipo 3

Orificio mayor de 3cm.

Se añaden a los tipos o grados 1, 2 y 3, las letras «C» para las mixtas (combined), «L» para la lateral o indirecta, «M» para la medial o directa y «F» para la femoral o crural.

Clasificación de Stoppa (Grepa, 1996-98).

René Stoppa, cirujano francés contemporáneo, que trabajó en el Centro Hospitalario de Amiens, creador de una excelente técnica con refuerzo protésico del piso inguinal, que supuso una revolución en el tra-

tamiento de algunas hernias; autor de numerosos trabajos y cuya pequeña bibliografía hemos descrito en el capítulo correspondiente; fundador, y con gran influencia, en el GREPA (Groupe de Recherche et Etude de la Paroi Abdominale "Grupo de Investigación y Estudio de la Pared Abdominal"), que es una asociación con sede en Francia. Después de varias discusiones durante algunos años en los congresos de dicha Asociación, y junto a ella, describe una clasificación que publica en el libro *Hernias and Surgery of the abdominal Wall*, editado en 1998, por lo que es la última, la más reciente. Está fundamentada en algunos conceptos de la clasificación de Nyhus, pero hace hincapié en los factores agravantes que pudieran influir en los resultados tras la herniorrafia, tando desde el punto de vista de los relacionados directamente con el tipo de hernia: su tamaño, si además es deslizada, si es recidivada, etc, como los dependientes del estado general y de la constitución física del enfermo que va a ser intervenido: edad, obesidad, enfermedades de base cardiopulmonares, del colágena, etc. Otro apartado lo constituiría como factor agravante las situaciones especiales intraoperatorias, como las dificultades técnicas, campos con riesgo de infección o cualquier otro tipo de situación desfavorable para una buena evolución del paciente desde un primer momento. Desde este punto de vista, cada tipo de hernia con sus factores condicionantes tendría un tratamiento diferente.

Contempla los siguientes tipos:

Tipo 1

Hernia indirecta con anillo interno normal continente y que mide menos de 2 cm. La encontramos sobre todo en personas jóvenes.

Tipo 2

Son también indirectas. El anillo interno mide más de 2 cm. Algunas del tipo 1, pero con factores agravantes, pueden entrar en este grupo.

Tipo 3

Corresponden a este grupo todas las hernias inguinales indirectas, las directas y las crurales que tengan una pared posterior o piso inguinal debilitado. También se incluyen aquí las hernias del tipo 2 con factores agravantes.

Tipo 4

Recoge todas las hernias recurrentes y, así mismo, las del tipo 3 complicada con factores agravantes. Hace además una subdivisión aplicando la clasificación de Campanelli para las hernias recidivadas :

Tipo 4 R1

Recidiva por primera vez de una hernia inguinal pequeña de un paciente no obeso.

Tipo 4 R2

Recidiva por primera vez de una hernia directa pequeña, con localización suprapúbica en paciente no obeso.

Tipo 4 R3

Agrupar al resto de situaciones: hernias bilaterales recurrentes, recidivas femorales, hernias recidivadas y estranguladas, detrucciones-eventraciones del piso inguinal, etc.

Además, el GREPA recomienda el tratamiento quirúrgico; la técnica a emplear en cada tipo de hernia, en clara oposición a las teorías americanas de una sola técnica tapón y/o malla protésica para todas las hernias.

Clasificación para las hernias recidivadas

Clasificación de Campanelli

En 1996 G. Campanelli, cirujano italiano actual que ejerce en el Instituto de Cirugía General de la Universidad de Milan (Italia), publica en *Journal de Chirurgie* (París) una propuesta de clasificación y de estrategia quirúrgica para las hernias recidivadas. Su propuesta ha sido recogida por el GREPA y la asimila para completar su intento de clasificación general de las hernias.

Distingue tres tipos a los que añade la R de recidiva, de este modo:

Tipo R1

Primera recidiva de una hernia indirecta (oblicua externa), alta, reductible, de dimensión inferior a 2 cm en paciente no obeso.

Tipo R2

Primera recidiva inguinal de una hernia directa, baja, menor de 2 cm en paciente no obeso.

Tipo R3

Recoge todas las otras hernias recidivadas más de una vez, las crurales, etc.

Para el tipo R1 recomienda utilizar, en esta segunda reparación, la técnica de Lichtenstein o de Gilbert; en la R2, las de Wantz (reforzamiento protésico gigante unilateral del saco visceral) o Trabucco, y, por último, en el resto de hernias recidivadas, las del tipo R3, aconseja utilizar una técnica de Stoppa (reforzamiento total del saco visceral) o también una reparación laparoscópica preperitoneal.

Comentario personal a las clasificaciones herniarias.

La necesidad aparente de una clasificación única y común a las hernias de la región inguinocrural parece evidente por múltiples motivos.

En el último decenio, se ha valorado el problema de la hernia como una importante parte de la cirugía, tanto por la frecuencia de presentación clínica como por los resultados tras el tratamiento quirúrgico de esta anomalía y, de una manera muy importante, por sus repercusiones socioeconómicas, que incluyen desde pérdidas de horas de trabajo a intereses de importantes empresas que venden material protésico y laparoscópico; del mismo modo el cambio de conceptos en su entendimiento (tensión en la línea de sutura, tratamiento del saco, anatomía funcional y reparación, cirugía sin ingreso, etc.), han dado lugar a varias de las clasificaciones que

hemos reunido en este capítulo, haciéndonos eco de las descripciones de sus «creadores». Todas ellas, con su nombre propio, se parecen entre sí; todas hacen referencias a las clásicas: Tipo I, etc. por hernia indirecta Tipo II, por directa, Tipo IIIx, por crural, etc.; los subtipos 1a,2bc, x, y, etc. de casi todas quieren recoger otros conceptos también clásicos, como el tamaño, etc.; lo que antes era pequeña, mediana, grande o inguinoescrotal, y desde luego, no han supuesto ningún adelanto en cuanto a la hernia crural, que sigue siendo grande o pequeña. Clasificaciones como la de Nyhus o la de Stoppa-Grepa hacen referencia a la individualización del tratamiento quirúrgico: una técnica para cada tipo de hernia y otras, como la de Gilbert-Rutkow-Robbins, orientadas a una sola técnica protésica que resuelve todo tipo de hernias. La influencia de la vieja Europa y su peso específico, con sus intereses, en contraposición a las nuevas tendencias de los cirujanos americanos y sus centros específicos para hernia. Son situaciones diferentes con

sociedades diferentes y, sobre todo, sistemas sanitarios diferentes y no superponibles. Todos estos factores están haciendo difícil la adopción de una clasificación universal y aceptada por todos, y que permitiría mejorar estudios prospectivos. Ya sabemos que el índice de recidiva es mayor en las directas que en las indirectas, pero se deben analizar más factores.

Clasificaciones muy completas por su contenido y que contemplan casi todas las posibilidades como las de Bendavid o las de Stoppa se hacen complicadas para el cirujano medio no especialista «solo en hernia»; más práctica y asequible parece la de Gilbert completada por Rutkow-Robbins, aunque continúa siendo muy operativa la clásica: directa, indirecta, mixta y crural, así como el concepto de inguinoescrotal. La forma de presentación se aplica a todas las clasificaciones y los conceptos de reductibilidad, incarceration y estrangulación no han variado. El tiempo, juez supremo, tamizará conceptos y esperemos que quede la mejor.