





REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA  
DE ANDALUCIA ORIENTAL

DISCURSO DE INGRESO

Pronunciado por el Académico Electo  
ILMO. SR. D. MANUEL LÓPEZ-CANTARERO BALLESTEROS

**TRATAMIENTO DE LA  
HERNIA INGUINOCRURAL.  
PREAMBULO Y CODA SOBRE MAESTROS**

CONTESTACIÓN  
del Académico Numerario  
ILMO. SR. D. FERNANDO ESCOBAR JIMÉNEZ

11 de diciembre



**GRANADA, 2009**



## ÍNDICE

- Preámbulo sobre Maestros. . . . .	7
- Justificación . . . . .	19
- Introducción. . . . .	21
- Historia. . . . .	23
- La hernia inguinocrural en nuestro medio . . . . .	40
- Tratamiento de la hernia femoral o crural . . . . .	58
- Coda. . . . .	60
- Bibliografía . . . . .	63



Excelentísima e Ilustrísima Sra. Presidenta  
Excelentísimos e Ilustrísimos Sres. Académicos  
Señoras y Señores

Consciente del altísimo honor que se me ha concedido, quiero que sean mis primeras palabras para expresar mi mas sincera gratitud a los tres académicos que avalaron mi candidatura para ocupar el sillón N° 37 de esta Real Academia, los profesores D. Rafael Vara Thorbeck, D. Vicente Pedraza Muriel y D. Enrique Villanueva Cañada y por extensión a todos y cada uno de los académicos por la confianza que en mí han depositado.

También, quiero tener presente en este acto, el recuerdo a mis padres, Emilia y Manuel, que tanto hicieron por mí y tanto me quisieron, y como no, a mi mujer y mi hijo, razones últimas de mi vida.

### **PREÁMBULO SOBRE MAESTROS**

En el año 1966 tuve la oportunidad y el enorme privilegio de asistir en el Aula Magna de la antigua universidad (la actual facultad de Derecho) a la investidura como doctores “Honoris Causa” de los profesores D. Carlos Jiménez Díaz y D. Severo Ochoa de Albornoz. A un joven recién llegado a la facultad de Medicina, con el ánimo

predispuesto por el consejo de los padres jesuitas, de acudir a la Universidad “sicus cervus ad fontes”, es decir sedientos, ávidos de sabiduría, aquel acto supuso una reafirmación de lo que habíamos soñado y esperado. Pero lo mas importante del día fué, que una vez culminado el acto, ambos sabios fueron homenajeados por esta Real Academia, presidida entonces por D. Miguel Guirao Gea y dejando constancia de todo como secretario D. Juan Pulgar.

Tanto D. Carlos como D. Severo atendieron a los saludos de los pocos y afortunados estudiantes que, curiosos, acudimos a aquel otro acto, e incluso nos firmaron en el carnet de Facultad. D. Carlos se movía con dificultad, pues poco tiempo atrás había sufrido un accidente de tráfico y usaba muletas para poder andar; un año después moriría. Los discursos, en esta ocasión, no se atuvieron a la severa estructura académica, sino que fueron más íntimos y personales, con recuerdos de sus etapas de estudiantes y de demostración de esperanza en el futuro de la medicina.

No habría hablado de este suceso si no fuese por algo que dijo D. Carlos y que me ha marcado desde entonces. En un momento dado de su oración, dijo: “No merece la pena vivir, si no se es médico”. Pareciera esta expresión, fruto de la exaltación del momento, que llegó a tener niveles de gran emotividad. Oír esto de aquel maestro de la Medicina era corroborar nuestra joven vocación.

Esta afirmación, tan radical, y que ha dejado escrita en su extensa obra, se ha interpretado en múltiples sentidos. Unos como si fuera un desplante del maestro, otros como una hipérbole, otros como una “boutade” y otros, - en los que yo me incluyo- la consideramos como lo que queríamos oír, lo que estábamos deseando oír, y nos sirviera de lema y guía de nuestra andadura médica.

A lo largo de los años y cuando he tenido que hacerme cargo -ya profesor- de la primera clase del curso, tras dar las normas escolares del programa, exámenes, texto, etc. y hacer una brevísima referencia a la historia de la Cirugía, siempre terminaba buscando

provocar el mismo efecto que en nosotros se produjo en nuestro día-con la cita de D. Carlos. En tantos años de docencia han sido muchos y variados y cambiantes los niveles de formación del alumnado que acude a nuestra facultad y he podido observar, con preocupación y por qué no, con pena, como sus caras y reacciones tras oír la cita, han pasado de la sorpresa a la incredulidad, de la sonrisa comprensiva del que oye la perorata de un loco, a una expresión cercana al desprecio. Toda esta gama de actitudes y expresiones han sido cada año más despectivas, tanto mas tiempo pasaba tras la aparición y vigencia de la llamada LOGSE. Pero siempre o al menos eso quiero creer, cedían, cuando pasado el conato de jolgorio, les explicaba que la cita era una declaración de amor, de un amor apasionado y eterno, expresado con la misma radicalidad que todos los amores apasionados, proclamado con la misma rotundidad que todos los amores eternos, y que hace que el hecho de ser médico trascienda de una profesión científica, que como toda ciencia tiene como objetivo el conocimiento racional de la realidad, a una relación de amor, a una pasión absorbente. Decía William Osler, que la vida médica “debía ser vivida como la de un estudiante perpetuo, un buscador de la verdad, un amante que corteja una dama impredecible que siempre elude su abrazo”.

Salimos de la facultad aquella mañana entusiasmados y felices, en la certeza, de que solo queríamos ser médicos, en la creencia de que si mil veces naciésemos, mil seríamos médicos. Me temo que hoy día, ese entusiasmo de muchas generaciones de estudiantes que quisieron y llegaron a ser médicos y buenos médicos, se darían de bruces con la normativa de las notas de corte, obstáculo inexpugnable y única exigencia para optar a medicina, cuando se sabe que los planes de estudios actuales en secundaria y bachiller, diseñados por iluminados sin demasiada luz, inflan los currícula con materias a veces deleznable, equiparándolas a materias troncales de verdadera importancia, que incluso pueden ser optativas; de planes de calidad de enseñanza incentivados pecuniariamente de modo exclusivo. La enseñanza en España ha estado sometida a continuos vaivenes y avatares en las últimas décadas, nueve planes, nueve reformas “definitivas” en los últimos treinta años. La última se

proyecta casi exclusivamente en el reparto masivo de ordenadores portátiles y una fe ciega en la informática, colaboradora inseparable, sin duda de la educación, pero la Educación es algo mas profundo y distinto de la enseñanza y su desarrollo ha de basarse en la forja de la memoria, el entendimiento y la voluntad. Nuestra desquiciada vida nacional podría hallar en la educación la mayor fuerza integradora de la sociedad, no sólo a nivel de enseñanza primaria y secundaria, sino en la universitaria, y aún más, y como dice Eugenio Trías, la fuerza integradora de la educación redundaría en un ideal de persona con antenas hacia lo humanístico y lo científico-técnico. Hoy esa unidad es indispensable para el avance de las sociedades hacia lo que se suele denominar “sociedad del conocimiento”.

Diez años mas tarde, en 1977, y ya como cirujano, fui requerido a la Unidad de Coronarias para poner un catéter central nada menos que a D. Enrique Hernández, que había ingresado ya octogenario y casi ciego con un problema cardíaco. Al tratarse de un antiguo catedrático y uno de los maestros de la cirugía granadina, creí oportuno avisar al jefe de la guardia, que ese día era el Dr. Llorente Gutiérrez, y juntos, tras pertrecharnos del instrumental necesario nos dirigimos a Coronarias.

Después de presentarnos y explicar nuestra tarea, procedimos a realizar la pequeña intervención con anestesia local. D. Enrique, mientras tanto, no dejó de hacernos preguntas sobre nuestro trabajo, el desarrollo de la cirugía, etc. Una vez que terminamos, se lo comunicamos a D. Enrique, quien, después de agradecer nuestra labor con palabras muy cariñosas, con voz clara, aunque afectada por la emoción, nos despidió diciendo: ¡VIVA LA CIRUGIA! Nosotros, Pepín y yo, impresionados y conmovidos, como si de una jura de bandera quirúrgica se tratara, respondimos al unísono: ¡Viva!

He querido rememorar estas dos pequeñas historias cuyos personajes protagónicos son dos consumados maestros de la Medicina, en venerable vejez, -la edad que en todas las civilizaciones se ha considerado crisol y depósito de la sabiduría- ,para llamar la

atención, para insistir y recalcar, que el mensaje que nos brindan, como resumen de sus agotadas vidas, es el amor a la Medicina y el orgullo íntimo de ser médicos y recurre a la cita del clásico, que recoge el Dr. García Ramos en su libro, Medicina Hipocrática y que dice: “Si te juzgas pagado lo bastante con la felicidad de la que acaba de ser madre; con la cara que sonrío porque ya no padece; con la paz del moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; si ansías amar al hombre y penetrar en lo trágico de su destino..... ¡Hazte médico, hijo mío!

En una época como la actual, en la que la medicina y su circunstancia, -sin negar sus indudables y prodigiosos avances- , están aquejadas de muchos defectos y calamidades como:

- Abandono y olvido del humanismo
- Cientifismo y especialismo
- Encarecimiento insostenible de la Sanidad.
- Instrumentalización política y conceptos economicistas exclusivos.
- Idolatría tecnológica
- Mediocridad y sectarismo
- Obrerización de la clase médica y abandono de la responsabilidad
- Politización abusiva de directivos
- Proliferación y abuso de mandos intermedios
- Fragmentación y pérdida de homogeneidad de la sanidad a nivel nacional.
- El paciente número y terminología y jerga de empresa, etc etc.

En una época así, enmarcada en el falso nirvana de la llamada era posthistórica, con palabras y conceptos que, de tan manidos suenan a huecos, de tan artificiales, resultan facilones y predecibles, y que presentados como signos de modernidad, son en realidad arcaísmos que tuvieron su origen en ideologías felizmente periclitadas y agotadas en sus errores. Ya debía ser hora, de que en un mundo

donde el 80% muere por hambre y el 20% por indigestión, se haga una deconstrucción, del concepto decimonónico de progreso, de la mitotecnología y se haga un desmontaje paulatino de lo que ataque a la dignidad y la justicia, y se retomen palabras y conceptos que en su día terminaron manidos por el sobreuso, abandonados y despreciados por los conversos de turno y que algunos consideran todavía que carecen de eficacia práctica como:

- Vocación
- Entrega y responsabilidad
- Autoexigencia
- Esfuerzo, rechazo del abandonismo y la desidia
- Formación y cultura
- Rigor y seriedad intelectual
- Sentido crítico
- Amor al trabajo bien hecho, etc etc.

Estos conceptos hay que limpiarlos del óxido que los corroe y ponerlos de nuevo en valor, ponerlos otra vez en circulación pero siempre en el contexto de una nueva mirada, un ver de nuevo, que huya del concepto lampedusiano de cambio, ya saben, cambiarlo todo para que todo siga igual, y se vuelva a buscar la verdad en el hombre enfermo, recolocándolo en el ápice de la estructura sanitaria y no uno más en la logística de una gran empresa donde se han trastocado los valores y jerarquías, recuperando el binomio básico médico-enfermo, el que padece y el que cura.

El respeto reverencial al maestro proviene según San Agustín de su autoridad, considerada como un metafísico vicariato de lo divino; ya sea la “auctoritas”, basada en el ejemplo, en la pasión del conocimiento, en la capacidad de convicción y la excelencia, o bien la “potestas”, que nace de una relación jerárquica y de poder entre el que enseña y el que aprende; es un poder socialmente reconocido. Ambas formas de autoridad son independientes e imprescindibles y a su consecución debería de encaminarse todo intento de reforma de la enseñanza.

Los maestros, decía, enseñan medicina y además, te enseñan a querer ser médico, a ser médico.

“No existe mas verdad que la que dictan los recuerdos”

(Cesare Pavese)

“La mejor historia se pierde en el secreto de nuestras vidas”

(Antonio Machado)

“Lo que no se recuerda no está vivo”

(José Antonio Muñoz Rojas)

Los motivos por los cuales uno empieza a querer ser médico y con los años lograrlo son patrimonio de cada uno; sin embargo, todas y cada una de las historias pueden servir de ejemplo y vaya con ello, sin presunción, la mía.

Yo me recuerdo queriendo ser médico desde la infancia, -esa etapa de la vida que, no acaba cuando te haces adulto, sino cuando muere tu madre- y repensando el por qué de esta prematura e inconsciente vocación siempre encuentro la huella de mi madre, que con sus recuerdos y vivencias tanto me influenciaron. Era una mujer dispuesta y con decisión para curarnos las heridas y los golpes, tan frecuentes en una casa de cuatro hijos, muchos primos, y más amigos. No dudaba en sacarnos los dientes que ya se nos movían y era rigurosa en la asepsia (jabón y estropajo) y no recuerdo ningún caso de infección.

Sería en 1917, en un ambiente aun decimonónico -pues no olvidemos que el s. XIX se alarga hasta el final de lo que se llamó entonces la Gran Guerra- con ocho o nueve años de edad, mi madre, sufrió una apendicitis aguda (el dolor de miserere de entonces) y recordaba como la operaron en la mesa del comedor de sus padres. El cirujano y el anestesista llegaron en coche de caballos y contaba como habían cubierto la lámpara y los muebles con lienzos y sábanas blancas, y aún rememoraba con precisión el olor acre y fuerte del líquido que le derramaron en la mascarilla con la que le cubrieron el rostro. En el postoperatorio hizo, un absceso de pared que curó con

tiempo y helioterapia, descansando en una mecedora y con la herida expuesta al sol, y que a la postre le dejó como secuela una cicatriz nada estética.

También recuerdo la admiración que sentía por los médicos, y que a mí me transmitió. Las pocas veces que íbamos a Granada, coincidíamos en la parada del tranvía con D. Juan Sánchez Cózar, catedrático de Patología Quirúrgica y eminente cirujano. Yo lo recuerdo como un hombre muy alto, giganteoide, de perfil caballuno, con gabán y sombrero negros, que sentado frente a nosotros en el tranvía, apoyaba sus enormes manos en las rodillas y que yo no la dejaba de mirar en el trayecto desde los Jardinillos (actual delegación de Hacienda) hasta la puerta del Sanatorio de la Salud, donde habitualmente operaba.

Mi madre influyó sin duda decisivamente en mi precoz voluntad de ser médico.

Importante para mí, fue la influencia de las enseñanzas de D. Luis Gómez, mi profesor de Ciencias Naturales en 3º curso de Bachillerato en el colegio del Sacromonte. D. Luis, hombre bueno y sabio, canónigo de la Abadía, daba clases en la Universidad de Granada, adonde iba diariamente, jinete, en una borriquilla negra que le cuidaba un escudero, como él le llamaba; un hombrecillo leal, silencioso y tuerto. Las clases de D. Luis eran sobretodo divertidas, que quizás sea la cualidad primera que debe conseguir todo docente, y que dejaron en mí una honda huella, y un enorme y creciente respeto por la Naturaleza. Yo guardo con amor un viejo cuaderno donde queda constancia de todo lo que aquel hombre nos enseñó, con dibujos a plumilla y descripciones de experimentos y prácticas de microscopio.

Sin demérito de tantos otros, como D. Miguel Guirao Pérez, D. Carlos Osorio, D. Juan Manuel Ortiz Picón, D. José de la Higuera, D. Arsacio, etc por los cuales sentí y siento una enorme gratitud, fue el profesor D. Miguel Guirao Gea, maestro de maestros y verdadero “auctoritas”, del que guardo mas entrañable recuerdo.

Gozaba fama de que era capaz de memorizar los nombres y apellidos, desde principio de curso, de las largas listas de alumnos que entonces iniciábamos la carrera de Medicina. Iba D. Miguel una fría mañana granadina con su gabán y sombrero Frégoli de fieltro gris y alas vueltas cuando me crucé con él a la altura del café Zeluán, al inicio de la calle S. Juan de Dios ¡Buenos días D. Miguel!, él, sacando la mano derecha del bolsillo de su abrigo, se la llevó ligeramente al borde del ala del sombrero y dijo: ¡Adiós, Cantarero! Y solo llevábamos dadas tres o cuatro clases. Era un admirable caballero.

En la “borreguera”, despectivo nombre con que se conocía el aula de primer curso y actual cafetería dábamos la clase de anatomía. Llegaba D. Miguel con bata blanca y tocado con gorro a su vez blanco -que el denominaba anatómico- acompañado por la Dra. Pascual, que afanosa, portaba un tórax de cartón-piedra que se articulaba con pequeñas aldabillas y minúsculas bisagras. Nos explicó el tórax y los órganos de los sentidos, fué la época en que, ya mayor y jubilado, fue contratado de nuevo como profesor auxiliar. Nos contaba las dificultades que tuvieron para tener a punto el esqueleto humano que hubo en un gran fanal en el aula N° 1 (hoy día aula Miguel Guirao Gea), y que ayudó a hacer y rehacer a última hora al escultor Molina de Haro, pues las manchas de óxido sobresalían en el blanco del yeso. Aquel esqueleto se hizo con ocasión del Congreso Hispano-Luso-Americano de Anatomía de 1947 y sus brazos y cabeza se levantaban hacia arriba en posición de súplica, para impetrar a Dios -según decía D. Miguel- su misericordia por los hombres. También recuerdo que nos repetía la pesimista frase que atribuía a Coca y Cérera: a los médicos no les queda ni el consuelo de ignorar la vecindad de su muerte...

D. Miguel, como maestro nos ayudó a querer ser médicos y buenos médicos.

En el año 1968, en cuarto de carrera, conocí al profesor que fué decisivo para mi determinación irrevocable de ser cirujano, me refiero a D. Manuel Satre Gallego.

D. Manuel, de una estatura mas que mediana, de fuerte complexión, de carácter austero y algo seco, castellano viejo, de una ciudad levítica y monumental, Burgos, como el decía, era un gran docente, con una dicción perfecta, voz solemne y retórica persuasiva, que nos hacía mantener atentos y concentrados durante toda la clase. Si buena era su capacidad docente en las clases, se sublimaba en las operaciones que nos proyectaba con los famosos cañones del aula 8, y que eran de una calidad extraordinaria. Ahí ví por primera vez, una neumectomía, una esofaguectomía con coloplastia subcutánea, una operación de Clowart por una luxación inestable de columna cervical, etc. Aquella limpieza de campos, aquel orden en la intervención, la perfecta hemostasia, el aspecto y colorido de los distintos planos y tejidos, la delicadeza y a la vez la firmeza y seguridad en la ejecución, en fin, aquel modo de tratar las enfermedades me ganó para siempre, y puedo decir -parafraseando a D. Ramón M<sup>a</sup> Del Valle Inclán que preguntado qué ideas políticas profesaba, contestó que era carlista por estética- pues yo puedo decir, que soy cirujano por estética, sí, por muchas razones, pero también por estética.

Se corrió la voz por la facultad con la celeridad propia de los desastres, que D. Manuel había muerto. Un infarto masivo, había acabado con la vida de un hombre en plena sazón. Acudimos al Hospital Clínico y no nos dejaban pasar por el pasillo de quirófanos. Al parecer se sintió mal cuando retiraba los puntos de una mastectomía que hizo en días anteriores, y fué a su despacho, donde el infarto lo aniquiló. Se hablaba que habían intentado todo, incluso el masaje cardíaco externo con el tórax abierto. Cuando desistieron de la reanimación pudimos asomarnos al quirófano. La potente luz de la lámpara HANAU de quirófano resaltaba y refulgía en el blanco de las sábanas que cubrían el cadáver de D. Manuel, que yacía aún en la mesa de operaciones y hacían todavía más pálido su rostro. Su mujer, Dña. Lola, vestida de oscuro, sentada en un taburete, en silencio, sin una lágrima, desbordada por el dolor cogía la mano de su marido muerto. Aquella imagen, digna de haber sido inmortalizada por las pinceladas agrestes y crudas de un Lucien Freud, me quedó grabada para siempre.

El cadáver se veló en la consulta de Reumatología. El olor a trementina del parqué recién puesto se fundía con el de los cirios encendidos que rodeaban el túmulo. Tras el funeral en S. Agustín, los restos de D. Manuel, con el ataúd cubierto por la bandera de la facultad fueron llevados a hombros por una masa de alumnos, que emocionados, se turnaban con frecuencia por que todos querían portarlo. Sus restos descansan en el cementerio de S. José.

En el funeral conocimos a su maestro D. Rafael Vara López, vimos por primera vez a D. Ignacio Arcelus, que sería mi maestro, a D. Rafael Vara Thorbeck y a tantos otros que conformaban la escuela de Vara, a la cual me enorgullezco de pertenecer.

Lo que se hablaba sobre aquellos hombres en aquellos días finales de Abril de 1970, también nos sirvió para ser médicos.

D. Claudio Hernández Meyer y D. Javier López-Fando nos impartieron las últimas clases de quirúrgica II y nos examinaron, y ahora es el momento de hablar de D. Claudio, al incorporarme hoy al sillón que él tuvo asignado durante tantos años. Fué poca mi relación con él, pero sí mucho oí hablar sobre él, y siempre con gran admiración y cariño, por boca de Carlos Fernández-Escalante, Enrique Martínez Pérez y sobretodo de Llorente Gutiérrez, últimos discípulos de D. Manuel, -el malogrado Manolo Sastre- , como siempre lo recordaba D. Ignacio, y mis primeros mentores. Durante muchas horas de charla en las interminables jornadas de guardia, nos iban transmitiendo esa historia menor, esa “intrahistoria” que llamaba Unamuno, de médicos y maestros de la medicina que nos precedieron.

Me contaba mi querido Pepín Llorente que D. Claudio estaba dotado de una extraordinaria memoria y una capacidad intelectual fuera de lo común, y que D. Manuel le consideraba su “alter ego”, título suficiente para nosotros para colocarlo en la esfera de lo extraordinario.

En la Nochebuena de 1973 el equipo de guardia de Quirúrgica II del profesor Vara tuvo que ocuparse por entero en tratar un accidente de tráfico múltiple, y es entonces cuando les avisaron, de que en Reanimación, una joven enferma, operada días antes de un tumor cerebral, sangraba profusamente por el estómago. Desbordados, avisaron a D. Claudio, que sin demora vino a operarla aquella madrugada. Como faltaban manos, yo ayudé como “hombre valva” en aquella intervención pues requirieron mi ayuda ya que era el único que había de guardia de sala en Quirúrgica I. Por mis cortos conocimientos como residente de segundo, y mi posición detrás de D. Claudio como tercer ayudante, no me enteré de gran cosa, salvo que le hizo una gastrectomía total, pero si observé y oí como él mismo bromeaba sobre su voluminoso abdomen que casi le impedía llegar con las manos a la profundidad del campo operatorio.

D. Claudio también era de los que además de enseñar medicina enseñaba a ser médico.

La asignatura de quirúrgica III nos la explicó D. Ignacio Arcelus y recuerdo sobretodo los temas de patología mamaria, que los exponía con verdadera pasión. Los nombres de Hagensen y Uriburu nos son familiares desde entonces.

Concluida la carrera y cumplido el servicio militar, me apresté a ser cirujano. Fue un gran avance, nunca suficientemente ponderado, poder hacer una especialidad y además cobrando. Aquel año de 1972 entramos a hacer Cirugía el Dr. Ramos Bruno, Dr. Torres Meza, y yo. Éramos la segunda promoción de residentes tras los acuerdos entre Universidad y Seguridad Social. Cuando hablé por primera vez con el profesor Arcelus en su despacho, lo flanqueaban D. Javier López Fando de Castro y D. José M<sup>o</sup> García Gil. De eso hace 37 años, y fueron 15 los que estuve bajo su férula hasta que, víctima del arbitristo legalista fué jubilado. Quiero decir con ésto, que de él aprendí definitivamente a ser médico y que gran parte de lo que soy se lo debo a él. D. Ignacio, cirujano completo y resolutivo gozaba de un enorme sentido de la responsabilidad y capacidad de trabajo.

Clínico pertinaz y sutil, de exploraciones clínicas exhaustivas, gran observador de los avatares de la enfermedad. Buenos cirujanos podemos ser todos, pero muy pocos llegan a ser grandes cirujanos, y uno de ellos es D. Ignacio. Siempre antepuso el enfermo y el quirófano a cualquier otro quehacer. Nos trató con sumo respeto y confió en nosotros, y aprendimos de él a no flaquear en los momentos difíciles y mantener claras las ideas y firmes las decisiones, en las situaciones tensas que surgen en los quirófanos. Nunca perdía el tono y nos supo dar libertad en nuestros cometidos. Hombre de múltiples obligaciones, siempre tenía tiempo, aunque fuera a deshoras, para ver a sus enfermos.

Ese es mi maestro y desde entonces no he creído en los médicos clínicos que no ven enfermos.

## JUSTIFICACIÓN

La hernia es sin duda la enfermedad quirúrgica por excelencia, no admite otro tratamiento que no sea el quirúrgico, y es además, la operación mas frecuente de la cirugía. Estas razones podrían ser más que suficientes para comprender, mi elección, para hablar de ella, en el discurso de ingreso en esta Real Academia de Medicina.

La palabra “hernos”, de origen griego viene a significar brote o retoño aplicado sobretodo a una planta y protusión de órgano o tejido a través de un defecto en alguna de las paredes circundantes. El término se puede aplicar a otras patologías, como hernia cerebral, hernia muscular, mielomeningocele, hernia pulmonar, hernia de mucosa en las diverticulosis, etc, pero por convención el término se aplica a la pared abdominal. Dicho término ha prevalecido sobre otras sinonimias, como ruptura, enterocele, bubonocele, y en nuestro idioma, quebradura o potra. Los que padecían hernia (y me voy a referir siempre, solo a la hernia inguinocrural), a lo largo de los siglos, hasta muy entrado el s. XX, estaban incapacitados para realizar cualquier tipo de trabajo físico y libraban del servicio militar,

por lo que en el sentir del pueblo, estar quebrado era sinónimo de suerte y se expresaba con frases como “tienes mucha potra” o “tienes mas suerte que un quebrado”.

Hasta no hace muchos años, no era infrecuente ver por la calle a hombres mayores con un enorme bulto colgante entre las piernas, a modo de saco, que bamboleaba de un lado a otro al andar; pobres gentes que se habían librado del trabajo manual, a veces muy a su pesar y a cambio llevaron de por vida esa pesada molestia, con el mantenido peligro de posibles complicaciones. Normalmente se trataba de grandes hernias escrotales de larga evolución, de un cuello muy ancho e irreductibles, y con una incidencia de estrangulación e incarceration casi nula. La otra vertiente era el enfermo portador del braguero, apocopado utensilio de tortura, que teóricamente impedía la protusión de la hernia, y que conforme se iban deteriorando con el uso y el paso de los años, los iban restaurando con tiras de cuero y gomas cosidas por ellos mismos con burdas puntadas, como si de una albarda se tratase. El uso de estos artilugios no era inocuo, y los cirujanos, solo en muy raras ocasiones, los aconsejaban. Su uso inveterado producía ulceraciones en la piel, fibrosis de tejidos que dificultarían la disección en caso de operación y adherencias tisulares propiciatorias de incarceration. Afortunadamente su uso ha desaparecido casi totalmente desde hace años al ampliarse la indicación operatoria hasta edades muy avanzadas.

Mi interés por la hernia también tiene un fundamento personal. En la preparación de las pruebas físicas para la I.P.S., la “mili” de los estudiantes, se me declaró una hernia inguinal incoercible, de la cual me operaron por el seguro escolar en el ya desaparecido Sanatorio de la Purísima. No sé la técnica que me hicieron, pero debió ser la acertada, pues a los veinte días estaba en el campamento de Montejaque y, más de 40 años después aquí estoy, incólume. Gracias, D. Luis Roca.

Algo barruntaría cuando elegí y realicé un trabajo sobre el tratamiento de la hernia inguinal, única condición exigible para aprobar la asignatura de Historia de la Medicina, que se cursaba

en sexto curso de carrera y de cuya enseñanza se ocupaba, el Dr. Guijarro Oliveras.

He realizado a lo largo de mi vida quirúrgica alrededor de 1.200 intervenciones de hernia inguinocrural, y en otras tantas habré ayudado, lo que no es poco, y además, desde 1999 formo parte de la Unidad de Pared Abdominal y Cirugía Esófago gástrica, junto a las doctoras Romera López y Martínez Domínguez, y los doctores Pérez Ramón y Rodríguez Morillas.

A partir de los años 90 del pasado siglo la hernia inguinocrural ha retomado importancia y protagonismo en congresos y reuniones médicas así como en la literatura especializada y ello en virtud de diversas causas que han motivado importantes cambios y avances no solo en su tratamiento sino en diversas cuestiones. La aparición y desarrollo de la cirugía laparoscópica no podía dejar de lado esta patología, y hoy ocupa lugar preeminente en multitud de clínicas. Por otro lado el desarrollo de nuevos materiales protésicos, con diseños específicos, han hecho reducir el número de recidivas a niveles nunca alcanzados y al tratarse de materiales inertes, el rechazo es anecdótico, así como su resistencia a la infección. Al crearse unidades dedicadas en exclusiva a esta patología, ha cambiado el concepto de gestión de cientos de enfermos, que gracias a las depuradas técnicas de anestesia local y cuidados perioperatorios, se benefician de altas precoces, que con otros factores tienen implicaciones muy importantes en la sanidad. Por otro lado no hay que olvidar las implicaciones medicolegales, que también han aumentado y que tanta importancia tienen en una sociedad tan demandante como la actual.

## **INTRODUCCIÓN**

Las hernias inguinales se clasifican como directas o indirectas. El saco de la hernia inguinal indirecta (H.I.I.) atraviesa oblicuamente el anillo inguinal interno en dirección del anillo inguinal externo y acaba en el escroto. En cambio, el saco de la hernia inguinal directa

(H.I.D.) sobresale hacia fuera y hacia delante y se sitúa medial al anillo inguinal interno y de los vasos epigástricos inferiores. Aunque a veces cuesta distinguir una de otra, esta distinción posee muy poca relevancia dado que la reparación quirúrgica de ambos tipos de hernia es similar. Se produce una hernia “en pantalón” cuando existen simultáneamente ambos tipos de hernias.

La hernia crural (H.C.) o femoral protuye por el orificio o conducto del mismo nombre y limita por delante con el ligamento inguinal, medialmente con el ligamento de Gimbernat, lateralmente por la vena femoral, y por detrás con el músculo pectíneo y ligamento de Cooper.

A finales del s. XIX, se inició el tratamiento moderno de la hernia inguinocrural (H.I.C.) con las aportaciones de Marcy (1871), Bassini (1887) Halsted (1889) y Ruggi-Parlavechio y Lotheissen (1898 y 1899).

La H.I.C. esta muy vinculada específicamente a la especie humana, considerándose un tributo o consecuencia del paso del homo sapiens, desde la posición horizontal de la mayoría de los vertebrados, a la posición erecta, con lo cual no sólo se consigue la bipedestación, si no también la libertad de las manos, ejecutoras de sus superiores facultades mentales. Existe también la razón filogenética del descenso del testículo de la cavidad abdominal al escroto en las últimas semanas de la gestación.

La reparación de la H.I.C. no tiene el atractivo de otras operaciones, pero en términos de preservar años de vida útil, es probable que sea uno de los procedimientos más importantes que el cirujano ejecuta. Es un error muy frecuente el abandonar esta cirugía en manos de los menos experimentados. Ya hace años, D. Pedro Piulachs, eximio catedrático de la Universidad de Barcelona, recalca, lo inapropiado de esta práctica dada la complejidad de la anatomofisiología de la región inguinal y su difícil comprensión. Se ha dicho que ver operar una H.I.C. a un cirujano es la mejor manera de comprobar su habilidad, pero el hecho de haber operado muchas

hernias no garantiza buenos resultados, pues se pueden arrastrar vicios y errores técnicos desde el principio que se repetirán de forma estereotipada, porque la práctica por sí sola no asegura la perfección de la técnica, si no hay unos conocimientos anatomofisiológicos bien asentados y lo que es peor, estos cirujanos no sentirán la necesidad de cambiar, si no conocen sus fracasos y recidivas, es decir, si no hacen una evaluación correcta de su resultado.

Cuando un cirujano alardea de no haber tenido nunca una recidiva es porque se las operan otros y no ha controlado posteriormente a sus enfermos. Ciertamente, el índice de recurrencia es muy variable y su valoración a largo plazo en grupos grandes de enfermos, no es fácil y depende de muchos factores, pero sigue siendo el problema postoperatorio más común en la cirugía herniaria.

Buscando unos resultados óptimos se ha propiciado la muy discutida idea, de la conveniencia del cirujano con dedicación exclusiva al tratamiento de las hernias, un verdadero especialista o superespecialista; si en algunos lugares se consigue, no hay que olvidar lo desazonante y tedioso de una cirugía tan restrictiva, y en último extremo no perder de vista que lo primordial es que se llegue siempre desde el dominio de las bases científicas y operatorias generales.

Por otro lado, hay importantes variaciones en la anatomía de un enfermo a otro, y no digamos si ha tenido intentos previos de reparación herniaria, de ahí que, una de las falacias o sofismas más comunes de los encargados de los planes de salud, consiste en pensar que una operación fácil siempre se realiza con facilidad.

## HISTORIA

No se puede hablar de tratamiento H.I.C., hasta que no se completó el conocimiento anatómico de la región y no se suprimió el dolor y la infección. Por lo tanto, la verdadera historia de la cirugía, de la H.I.C., comienza a finales del s. XIX.

Por el estudio de las sociedades primitivas actuales y mediante la analogía, a veces discutida, podemos conocer algunos datos o al menos suponerlos. Se sabe, por ejemplo, de tribus africanas que utilizan vendajes en caso de hernia y también sabemos el peso decisivo de las supersticiones y la magia en todo acto de curación de estas sociedades, y suponemos que debía ser similar en las primeras sociedades humanas.

En el código de HAMMURABI (alrededor del año 2000 a.C.) no se habla de hernias, pero curiosamente, se habla indistintamente de médicos y de barberos.

En el papiro de Ebers (1560 a.C.) del antiguo Egipto, hay una alusión clara a las hernias y a su tratamiento con cauterio. Este bárbaro procedimiento, incluso con aspectos todavía más inhumanos ha permanecido hasta tiempos no tan lejanos. Los egipcios, que habían desarrollado el arte de la momificación, habían adquirido cierto conocimiento del cuerpo y de su anatomía, y usaban los vendajes para la contención de la hernia.

El pueblo judío también usaba los métodos conservadores como se señala en el Talmud.

Antes de la “revolución griega”\_el pueblo indio alcanzó cimas muy altas. Por el Sushruta Samsuta, se sabe que el tratamiento de la hernia consistía en su reducción mediante presión, enemas, y dieta de caldo de arroz. Es decir, se practicaba una taxis y después se aplicaban vendajes para su contención. La hernia estrangulada se la consideraba incurable. Como dice Sushruta: “.....cuando se presenta, el enfermo es pronto aliviado por la muerte.”.

Uno de los hitos del pensamiento humano se desarrolla sin duda en la Grecia de los s. VI y III a.C. y tendrán que pasar mas de mil setecientos años para que encontremos otra convulsión en el mundo del pensamiento y de la ciencia. El hecho fundamental fue la adquisición de un lenguaje racional (logos) y la invención de un sistema de escritura sencillo y lógico.

En el “milagro griego” como llamaban los romanos a la Medicina Hipocrática, y más concretamente, en los escritos del Corpus Hipocraticum hay escasas referencias a las hernias y ninguna a su tratamiento. El destello de luz de Hipócrates ha permanecido a lo largo de los siglos. Aún nos parece contemporáneo nuestro su primer aforismo, de una densidad y concentración que sólo puede dar el conocimiento resultante de una larga y rica reflexión: “la vida es corta. El arte es largo. La ocasión, fugaz. El juicio difícil y el experimento, peligroso”.

La cultura helenista se desarrolló en Alejandría (300 a.C. y 100 a.C.) y comenzó a dar sus frutos. Se empezó a practicar la disección humana, el uso rudimentario de la anestesia con raíz de mandrágora. La primera obra médica en latín es la de Celso y ya en el año treinta de nuestra era, “De re medica”, en la que se vierten muchos conceptos de la tradición hipocrática donde por primera vez se utiliza el término hernia y se describe la operación, que solo se hacía en caso de estrangulación con resección del saco. El cirujano que debía practicarla necesitaba, según Celso: “hallarse en edad madura; tener una mano rápida y firme igual la izquierda que la derecha; poseer una vista aguda y clara; ser impertérrito mientras cure a un paciente, pues ante sus gritos no debe apresurarse más de lo que requiera ni cortar menos de lo imprescindible”.

Y así hasta el descubrimiento de la anestesia..... ¡a mediados del s. XIX!

El año 131 d.C., en Pérgamo, nació Galeno; viajó por todo el mundo civilizado y vivió sobretodo en Alejandría y en Roma, donde vivió y ejerció. Su enciclopédica obra ha tenido gran impacto en la medicina. Sus conceptos anatómicos son analógicos pues renunció a la disección de cadáveres. Tuvo poca inclinación a la cirugía y no habla de la hernia en su extensa obra, no obstante introdujo el concepto de ruptura del peritoneo para explicar su etiopatogenia. El término, aunque inadecuado ha perdurado en la literatura anglosajona.

Pablo de Ejina (s. VII d.C.) tuvo gran importancia y su obra Epítome tuvo gran difusión e influencia hasta el s. XIII. Según su doctrina, la herniotomía debe comprender la resección del saco, testículo y escroto; esta brutalidad se introdujo universalmente como correspondía a la hegemonía del Imperio Romano, y su práctica perdurará casi mil años y persistió esporádicamente hasta Bassini. En aquellos tiempos, Europa quedó hundida en una oscuridad muy difícil de superar, por el gran lastre del dogmatismo. Aún así, sobreviviendo a toda clase de desastres, la Medicina Griega se transmitió y se preservó en el mundo árabe. El afán de saber se apoderó de todo el mundo islámico y empezaron a traducirse obras griegas y romanas, que habían sido celosamente conservadas por los nestorianos, seguidores de Nestorio, patriarca de Constantinopla que excomulgado se afincó en Mesopotamia y Persia. Así, el saber grecorromano fue incorporado a la cultura árabe.

El mundo islámico aportó poco nuevo a la medicina grecorromana. Su religión prohibía la disección y práctica de la cirugía. De todos modos sobresalen figuras como Avicena que en su “Canon” no aporta nada sobre las hernias y sigue al dictado las pautas de Pablo de Ejina y Abulcasis (Abu 'l-Qasim, 913-1013), nacido en Córdoba, mas concretamente en Medina Azahara y cuya “Obra Quirúrgica” fué traducida en numerosas ocasiones y su influencia alcanza hasta el s. XVIII. Abulcasis, era partidario de la cauterización mas que de la cirugía, y posiblemente fue el primero en distinguir entre hernia inguinal y crural.

El mérito importante de los árabes fue el de mantener las enseñanzas griegas, traducirlas al árabe, adaptarlas y después exponerlas por toda Europa.

A la Europa cristiana fueron llegando lentamente a través de traducciones (sobretudo Toledo) y a través de los Cruzados. La cultura se centraba alrededor de la Iglesia y de las Cortes, donde se encontraban personas capaces de leer y escribir y que tenían acceso a las bibliotecas Reales y a los monasterios y cenobios. Algunos

monasterios, como Montecassino y Salerno, adquirieron fama en el tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades. En 1163, en el concilio de Tours se prohibió a sacerdotes y monjes realizar cualquier operación en que hubiera derramamiento de sangre. “Ecclesia abhorret a sanguine”.

Desde Roma hubo cierto distanciamiento entre médicos y cirujanos, que habría que aumentar y continuar hasta mucho después (en España hasta 1827). Durante varios siglos la cirugía quedó en manos de cirujanos ambulantes. Unos eran curanderos y pícaros que extraían ficticias piedras de la cabeza de personas con epilepsia o cefaleas... Otros (barberos) eran cirujanos menores que, a instancias de un médico, realizaban sangrías o extraían muelas. Entre ellos, el grupo mas respetado era el de los Litotomistas, que extraían cálculos vesicales y el de los que operaban cataratas y finalmente, el de los “cortadores”, que operaban hernias.

Estos cortadores de hernia, cuyo conocimiento se transmitía de padres a hijos, se organizaban en familias como los Norsini o los Precciani, y vagaron por toda Europa en busca de nuevos clientes, pero seguramente también para escapar de las reclamaciones de los antiguos. Además de la excision con castración, que era lo más corriente, se usaba la cauterización de la ingle profundizando hasta el hueso púbico (Abulcasis) y el paso de una fuerte ligadura que aplicaba una madera contra el pubis.

Aunque desde Constantino, primer emperador cristiano, estaba prohibida la castración, y fue combatida por la Iglesia, se siguió realizando.

En las ferias populares o en días de mercado, arlequines provistos de grandes tambores y trompetas anunciaban la llegada de los herniotomistas. Los enfermos de hernia se iban acercando a un carromato que había previsto, entre el bullicio y la algarabía de gran número de espectadores. Ayudantes toscos y rudos, ataban al pobre enfermo con tiras de cuero a una mesa y lo colocaban con la cabeza

mas baja que el vientre. Solía tratarse de jóvenes campesinos que atenazados por el dolor y el tormento proferían gritos y lloraban, en aquella batahola de voces, risas, relinchos, pregones y reclamos, en una atmósfera densa, húmeda de sudores, cargada de olor a excrementos de caballo y de humanidad. El cirujano, con gran habilidad y previsto de un cuchillo en la mano derecha, abría la piel de la abultada ingle del desgraciado enfermo; todo era tan rápido, que amparado por la hemorragia castraba al enfermo, y con la mano izquierda cogía los despojos y se los echaba a un perro que tenían atado al carro junto a la mesa y que acostumbrado a la maniobra, esperaba babeante, y hacía desaparecer de un solo bocado el cuerpo del delito.

Una vez realizadas las herniotomias, la caravana salía del pueblo, dejando a los desdichados enfermos con heridas tumefactas y sangrantes, desmayados por la hemorragia y el dolor, rodeados de familiares llenos de angustia. A los que no morían en los primeros días, les daba tiempo para percatarse, cuando cedían los hematomas y la inflamación, de que no tenían testículo y que había desaparecido en la boca de aquel perro “orquítófago”. La recidiva herniaria, claro está, era la regla. De esta manera se escamoteaba el testículo de las miradas de familiares y espectadores, librándose el cortador por un lado, de sus justas represalias, y por otro de la reprobación de la Iglesia, que condenaba la extirpación de órganos contraria a las leyes divinas y humanas.

Esta descripción algo más literaturizada, la enmarca J. Thorwall en Breslau (Alemania) en 1781.

Henri de Mondeville (1260-1320) fue un cirujano racional y práctico, era partidario de tratar la hernia con vendajes y bragueros, y advertía que muchas hernias se operaban “mas en beneficio del cirujano que del paciente” y de que el pus no era necesario ni laudable, como se creía desde Galeno y aconsejaba algo tan sencillo como lavar la herida.

En la Europa del s. XIII se popularizó la operación del hilo de oro o punto áurico, que introdujeron Gerardo de Metz y Bernardo Mepis. Se rodeaba con un hilo de oro saco y cordón y se retorció intentando ajustarlo a dichos elementos. Si quedaba laxo se reproducía la hernia, si lo contrario, se atrofiaba el testículo.

Guy de Chauliac (1300-1368), alumno de la escuela de Montpellier, fue máxima figura en su tiempo y su influencia alcanzó dos siglos. Desestimó la castración y se mantuvo partidario de la taxis y los bragueros.

El abismo entre médicos y cirujanos se hizo insalvable con la creación de universidades en el s. XII. Se hicieron gremios entre cirujanos barberos, que incluían, artistas, boticarios, etc. Ejemplo de ello es el Colegio de San Cosme de París en 1210, extendiéndose este nuevo proceder por toda Europa. En Barcelona, se creó en 1408 el gremio bajo la protección de San Cosme y San Damián. Con estos gremios se estableció cierto control, y pronto se separaron los que se llamaron cirujanos de “túnica larga”, que realizaban las intervenciones más importantes, y los cirujanos de “túnica corta”, por lo general barberos, cuyas funciones se reducían a curar heridas, practicar sangrías y aplicar cataplasmas.

La conquista por los turcos de Constantinopla significó la llegada a Europa occidental de innumerables códigos latinos y griegos, que empezaron a traducirse directamente y a leerse en lengua vernácula. Por ello se llamo Renacimiento y al hombre capaz de leer y glosar estos textos, humanista. Leonardo Da Vinci es el paradigma. La imprenta (Gutenberg 1450) hizo posible el abaratamiento y la difusión de textos, no solo en latín, sino también en lengua vernácula, que aunque criticados desde la facultad, hicieron un gran servicio al gremio de cirujanos barberos, ya que estos tenían escasos conocimientos del latín.

Pierre Franco (1500-1561), aunque al principio castrador, pronto concibió una técnica en que dejaba el testículo indemne,

pero no fue muy atendido. Su clasificación de las hernias es la de Abulcasis, ligeramente cambiada. Ideó un tratamiento para la hernia estrangulada, realizando una limpia quelotomía auxiliándose con un bastoncillo de madera que será el precursor de la sonda acanalada.

Ambroise Paré (1510-1590), llegó a ser el cirujano más famoso del Renacimiento. Hizo grandes avances en todos los campos de la cirugía, y fue precursor del tratamiento actual de las heridas, desechando la cruel cauterización. En las hernias, desengañado de las intervenciones, recomendó el uso del braguero.

En el s. XVI, se fueron haciendo mas frecuentes las disecciones y fue desapareciendo poco a poco el macabro robo de cadáveres. Se crearon teatros anatómicos en Padua (1549), Montpellier (1551) y Basilea (1588) empezando el auge de la anatomía que llegó a cotas extraordinarias, pero no fue acompañada por los avances de la cirugía, pero sus logros señalaban un camino irreversible, y se abría una puerta a un nuevo mundo.

Destacan las figuras de Andrés Vesalio (1514-1564) que a los 25 años tuvo la osadía de poner en duda la validez de la anatomía galénica. En 1543 publicó su magna “De Humani Corporis Fabrica” con figuras espléndidas de Calcar, discípulo de Tiziano. No tuvo un gran impacto en la cirugía, pues era una anatomía descriptiva, con infinidad de detalles, inservibles a la rudimentaria cirugía de la época.

Discípulo de Vesalio, Gabriel Falopio (1523-1563) describió por primera vez el arco crural y Fabrizzio d’Aquapendente creó el teatro anatómico de Padua y habló por vez primera de la válvulas venosas. En las hernias seguía a Abulcasis. Otros cirujanos y anatomistas influyentes fueron Pierre Dionis a fines del s. XVII, Nicolás de Pengu, Poupert y Petit, todos ellos ampliaron el conocimiento de la región inguinal.

En el s. XVIII, el saber quirúrgico, más científico, se fue desplazando a Inglaterra, la Inglaterra de la Ilustración, que creó una atmósfera propicia para grandes y señeros cirujanos.

Percival Pott en 1756 escribió un magnífico tratado de hernias donde aparece la primera descripción de la hernia congénita y en 1762 William Hunter mencionaba la posibilidad de que el descenso testicular fuese importante en la patogenia de la hernia.

John Hunter, hermano y discípulo de William, con su lema “sé paciente, sé exacto”, fué la figura cimera de la cirugía inglesa y mundial, y fue el fundador de la cirugía científica; el simple cirujano-barbero iba muriendo.

Antonio Scarpa (1752-1832) en su obra *Sull’ernia*, hace una aportación importante al tratamiento de la hernia y describe por primera vez la hernia por deslizamiento.

Antonio Gimbernat (1734-1816), español, nació en Cambrils enseñó medicina en Cádiz y luego en Barcelona. No escribió ningún tratado de anatomía, pero sus descubrimientos quedaron reflejados en su monografía sobre la hernia crural. Su fama le llevó a exponer sus ideas en Londres, mereciendo la aprobación del más ilustre cirujano de la época, John Hunter. El ligamento falciforme del arco crural que lleva su nombre, se debe a Sir Astley Cooper, discípulo de Hunter, y que inmortalizó el epónimo de ligamento de Gimbernat. Decía éste, en un alarde de exigencia, que “únicamente deberían ser cirujanos los hombres más perfectos y más instruidos”.

Gimbernat representó en España lo que Hunter en Inglaterra: el final del cirujano-barbero. Un decreto de 1796 declaraba: “los médicos en ningún modo pueden ejercer la cirugía, y los cirujanos la medicina, salvo en los casos mixtos que ocurran; y los cirujanos romancistas no pueden practicar la cirugía”. El cirujano romancista era el descendiente de los cirujanos de los de toga corta, que no hablaban latín. El otro cirujano, protegido por los colegios, se uniría finalmente al médico (a pesar de la protesta de este último) en España en 1827. Así acababa un divorcio que se prolongó más de dieciocho siglos.

Sir Astley Cooper (1768-1841) es otra cima de la cirugía y en 1804 y 1807 publicó en dos volúmenes su imperecedera “*The Anatomy and Surgical Treatment of abdominal Hernia*”. Describe

detalladamente el anillo inguinal profundo y deja en claro para siempre la forma, límites, dirección, etc. del canal inguinal. Conocido por el ligamento que lleva su nombre, su aportación a la cirugía es monumental.

Se completó hasta el detalle la descripción de la región inguinal con G. Richter (1742-1812), que en su tratado describe el enterocele; F.J. Hesselbach publicó en 1814 sobre hernias y describe el triángulo que lleva su nombre. Morton en 1841 describió el tendón conjunto. Otros como Cloquet, Thompson y Henle completarían esta selección de ilustres médicos.

La jeringa hipodérmica fue inventada en los inicios del s. XIX lo cual animó a cierto número de cirujanos a usar la inyección de sustancias esclerosante como el yodo, para inducir fibrosis y provocar la supuración, como Velpeau (1837) Heaton (1843) y Pancoast (1867). El éxito inicial fue seguido de muy pobres resultados a corto y a largo plazo.

Se había llegado a un perfecto y detallado conocimiento de la anatomía de la región inguinal pero la cirugía iba muy rezagada. Todavía en 1874, Malgaigne, en su excelente libro, pasa revista a todos los métodos conocidos hasta entonces de herniorrafia y concluye, que con todos estos métodos se obtienen resultados descorazonadores, llegando a referir una mortalidad del 60% en una serie propia de 250 hernias estranguladas. Todo ello le hace exclamar: “Apliquen los cirujanos a este caso la gran ley de la moral universal, que prohíbe aplicar a otro lo que uno mismo no quiere sufrir”.

Ante este panorama Marjolin, profesor de cirugía en París, decía: “la cirugía ha llegado hasta el punto de no tener casi nada que avanzar en lo sucesivo”.

Pero mientras se decían esas desalentadoras palabras, mientras se exponían esas desoladoras ideas, se estaba dando principio a la gran revolución de la Cirugía y que la han llevado imparable hasta

nuestros días. Este impulso se hizo apoyándose en tres descubrimientos fundamentales, a saber: la anestesia, la antisepsia y la hemostasia.

Wells y Morton introducen la anestesia en Norteamérica. El 16 de Octubre de 1846, se induce la primera anestesia pública a un enfermo en el Massachussets General Hospital de Boston. El temor a la peritonitis y a la sepsis hizo que no influyera en el progreso del tratamiento herniario.

Joseph Lister, cirujano de 38 años del Glasgow Infirmary en Escocia, introdujo en 1865 la curación de las heridas con ácido carbólico. El 9 de Agosto de 1867 publica en Inglaterra su memoria sobre “las causas de la supuración”, siguiendo las ideas de Summelweise, Pasteur, etc. Lister estaba interesado en la cirugía de huesos y articulaciones, pero llevó a cabo la primera herniorrafia con antisépticos en 1869. Trasladado al King College de Londres recibió visitas de cirujanos de todo el mundo que difundieron sus métodos: H. O. Marcy de Boston (1871), Czerny (discípulo de Billroth en 1877); Kocher en Suiza en 1879; Lucas-Championniere en Francia y Bassini en Italia. Todos contribuyeron al desarrollo de la cirugía herniaria, pero fue este último, quien concibió y creó la herniorrafia inguinal moderna tal cual la conocemos hoy día.

Es justo recordar también a Von Bergmann que en 1886 introdujo la esterilización con vapor y contribuyó claramente en el desarrollo de la cirugía abdominal.

La hemostasia es una consecuencia de los dos descubrimientos anteriores que ofrecían la posibilidad de poder disecar minuciosamente. Contribuyeron de modo especial Spencer Wells en Londres, Pean en Paris, y Kocher en Suiza. Sus nombres han quedado unidos a las pinzas hemostáticas que aún usamos nosotros.

Cuando Billroth recopiló la experiencia Europea en el tratamiento de las hernias en 1890 y Bull en USA en 1891, la mortalidad era del 2 al 7%. El índice de recidiva en el primer año,

era del 30-40 % y alcanzaba el 100% al cabo de 4 años. En el mismo año de la publicación de estos funestos resultados, el desaliento fue aliviado repentinamente por el trabajo publicado en Alemania por Bassini (1890) y que sin duda marcó una época.

Edoardo BASSINI (1844-1924), nacido en Pavia (Lombardia) cerca de Milán, donde se graduó como doctor en medicina en 1886. Como participante en las luchas por la independencia y la unificación de Italia, se enfrentó con los austríacos y acompaña a Garibaldi a su toma de Roma en cuya batalla recibió una herida de bayoneta en la ingle derecha y fue hecho prisionero. Permaneció largos meses de hospital en hospital presa de grandes sufrimientos pues hizo una fístula estercorácea que tardó en cerrar y por fin pudo volver a su hogar y retomar sus estudios.

Visitó a Billroth en Viena, a Langenbeck en Berlín, y a Lister en Londres. Fue docente de Patología y Clínica Quirúrgicas en Pavia, Roma, La Speria y por fin en Padua durante 37 años. Realizó experimentación en cadáveres, en el lóbrego sótano de su hospital donde se percató que el objetivo principal del tratamiento de las hernias indirectas era restablecer o restaurar la oblicuidad del canal inguinal, ya que observó que en los casos de grandes hernias inguinales el orificio interno se desplazaba medialmente perdiendo el canal su oblicuidad anatómica.

Entre 1880 y 1884 concibió la idea de una cura radical (que no necesitaba braguero en el postoperatorio). Comenzó abriendo el canal inguinal mediante una incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor o externo, resecaba el saco y lo suturaba a nivel del anillo interno, y a partir de ahí hizo un nuevo tipo de reparación, la construcción de un nuevo piso proporcionando al canal inguinal dos aberturas, interna y externa y una pared anterior y otra posterior.

Bassini llevó a cabo por primera vez su operación en 1884 y presentó sus resultados en:

- Sociedad de Cirugía de Genova (7 de Abril de 1887). El trabajo titulado “Sulla cura radicale dell’Ernia inguinale”. Informaba de 42 herniorrafias realizadas en 38 pacientes con un control postoperatorio de 6 a 28 meses. No tenía mortalidad.
- Asociación medica Italiana de Pavia en 1887. 72 operaciones.
- Sociedad de Cirugía de Nápoles en 1888. Presenta una serie de 102 reparaciones efectuadas en 92 pacientes.
- En 1889 publicó un libro de 106 páginas referido a la hernia e ilustrado con bellos dibujos en colores. Analiza 251 herniorrafias con un seguimiento de hasta 4 años y medio, y un índice de recidivas de 2’78%.
- Artículo publicado en Alemania en 1889 en Archiv für Kliniche Chirurgie, que lo divulgó fuera de Italia y en el mundo entero.

La técnica y avances de Bassini son (Madden):

- Exposición:
  - Apertura completa de la fascia del oblicuo mayor.
  - Apertura completa de la fascia transversalis
  - Disección y aislamiento del cordón espermático
  - Ligadura de la salida peritoneal del saco en la fosa ilíaca.
  - Uso del plano preperitoneal.
  - Utilización de incisiones bilaterales cuando está indicado.
  
- Reparación:
  - Constitución de un nuevo piso para el canal inguinal en la zona medio lateral incluyendo la

fascia transversales con el tendón conjunto (“triplice strato”). El cordón espermático se desplazaba casi un centímetro hacia la espina iliaca anterosuperior. Se oblicuaba.

- Traslado anterolateral del cordón.
- Restauración de la oblicuidad del canal inguinal (efecto valvular) con sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor de arriba hacia abajo.
- Uso de la vaina del recto en los puntos distales.
- Manejo conservador de la criptorquidia.
- Uso de puntos de seda separados.
- Control intraoperatorio de la reparación, provocando la tos rozando la orofaringe con una pluma.
- Bajos índice de infección (4%).
- Uso ocasional de drenajes.

- Cuidados Postoperatorios:

- Deambulacion temprana.
- Hospitalización corta (13-14 días)
- No se utiliza braguero (cura radical)
- Controles alejados prolongados (>90%) por mas de 4,5 años en una serie grande (262 pacientes, 251 no encarcerados, 11 encarcerados)

Su última publicación data de 1894 y recludo en Padua, rehusó a envolverse en controversias vinculadas con la prioridad y las muchas modificaciones (corrupciones) de su técnica, que pronto se hicieron y abundaron, sobretodo en EEUU.

En cuanto a las prioridades, Marcy y sus seguidores son mas reticentes y reivindicativos, pero el mismo Halsted, dos semanas antes de su muerte, ocurrida en el año 1922, escribía: “Bassini incuestionablemente tiene la prioridad .....No he visto ninguna publicación desde la de Bassini que pueda constituir algo nuevo”.

William HALSTED (1852-1922), famoso cirujano que junto con William Kelly en ginecología y William Osler en Medicina Interna llevaron a la cumbre de la fama al Johns Hopking Hospital de Baltimore. Hizo muchísimas aportaciones a la cirugía moderna y en diciembre de 1889 describió una técnica muy parecida a la de Bassini. Se diferencia en que ubica el cordón espermático a nivel subcutáneo y encima de la fascia del oblicuo mayor y reducía el tamaño del cordón ligando venas cremasterinas superfluas. A esta reparación se la llamó Halsted I, para diferenciarla de una técnica ulterior llamada Halsted II en la cual dejaba el cordón en su lecho primitivo y no lo trasponía, como ya había hecho Fergusson, para evitar los casos de atrofia testicular que tuvo con la primera técnica. También imbricó o solapó los colgajos de la fascia del oblicuo mayor en el cierre, como ya había hecho Andrews, de ahí que esta segunda técnica se conozca también como de Fergusson-Andrews.

Otra aportación de Halsted a la cirugía de la hernia fueron las incisiones de descarga en la fascia del recto para más seguridad en la reparación medial a nivel del ángulo púbico, especialmente en las hernias directas en las que el tendón conjunto era atrófico.

Enric Orlando MARCY (1837-1924) discípulo de Lister y pionero del método antiséptico en EEUU al usar catgut crómico fenolizado y propuso en su Massachussets natal el cierre cuidadoso del anillo inguinal profundo después de la resección del saco. Aún perduran, aunque en minoría, los partidarios de darle a Murphy la prioridad de la solución quirúrgica de las hernias.

No queremos acabar este apartado sin mencionar la muy notable aportación de la medicina argentina a la patología y terapéutica herniarias, con autores como los hermanos Finochietto, Enrique y Ricardo, Vicente Gutiérrez e Iván Goñi Moreno introductor del neumoperitoneo terapéutico y de tantos otros.

## TÉCNICA DE REPARACIÓN AL LIGAMENTO DE COOPER:

Sir Astley Cooper descubrió en 1804 el ligamento que lleva su nombre. No lo utilizó en sus reparaciones. La primera referencia en la literatura médica de este ligamento en una herniorrafia fue en 1892 cuando Giuseppi Ruggie, en Bolonia mientras operaba una hernia crural. También propuso esta operación un año mas tarde, Parlavecchio y así ha sido conocida por técnica de Ruggie-Parlavecchio.

Lotheissen, en 1897 y a instancias de Narath, ambos discípulos de Billroth, mientras intervenía a una mujer de 45 años con una hernia inguinal recidivada por segunda vez, resecó accidentalmente el ligamento inguinal (Poupart) y tuvo que utilizar el Cooper como anclaje el tendón conjunto.

En 1942, Chester Mc Vay (1911-1987), que no conocía los trabajos de Lotheissen, publicó un estudio sobre la anatomía de la región inguinal, basándose en mas de 300 disecciones en cadáver, en los que se exponía que el músculo transverso del abdomen y fascia transversales se insertaban en el ligamento de Cooper y no sobre el ligamento inguinal como se creía hasta entonces.

La técnica de Mc Vay consiste en exponer el ligamento de Cooper incidiendo la fascia transversales. Entonces se baja el arco transverso (o tendón conjunto) al ligamento de Cooper, fijándolo allí desde el pubis hasta los vasos iliacos, sin acercarse demasiado a ellos para no comprimir la vena. Produce una gran tensión, por lo que se aconseja realizar una incisión de descarga en la vaina anterior del recto.

Mc Vay recomendó su técnica en:

1. Hernias inguinales indirectas de gran tamaño.
2. Hernias inguinales directas.
3. Hernias crurales.
4. Hernias recidivadas.

En la actualidad se suele conocer como técnica de Lotheissen-Mc Vay haciendo justicia a los dos grandes cirujanos.

### PRÓTESIS:

En la década de 1880, Billroth vaticinó que el problema de la hernia sería eventualmente solucionado cuando se pudiera reemplazar el tejido dañado por otro artificial. Un compatriota en 1896, fue el primero en implantar esta prótesis. Fue utilizada una filigrana de plata craquelada, sin buenos resultados.

Mc. Arthur, en los Estados Unidos, suturó el triángulo inguinal con un colgajo pediculado de la aponeurosis del oblicuo externo. Debido a que este tejido era insuficiente, Kirschner en 1919 y Galli en 1924 colocaron injertos de fascia lata, libres o pediculados traídos desde el muslo.

Fascias homólogas y heterólogas fueron utilizadas durante las décadas de 1930 y 1940, pero estas eran digeridas. Los injertos de piel degeneraban en quistes epidermoides. La fascia autóloga es incorporada y da buenos resultados, pero el dolor y la herida en la región donante en el miembro inferior puede ser un problema.

Durante los años 40 y 50 se ensayaron las mallas de Tantalio y de acero inoxidable sin grandes éxitos, debido a su tendencia a la erosión y la fragmentación.

A finales de los años 50 aparecieron en el mercado nuevos polímeros orgánicos y varios de ellos se usaron en las reparaciones de hernias, incluyendo poliamidas, telas acrílicas y de poliéster, laminas de silicona, polietileno, esponjas de polivinilo, y politetrafluoroetileno sólido (PTFE). Ninguno de estos materiales logró una amplia aceptación, debido a que producían importantes reacciones inflamatorias y densas adherencias; tenían poca resistencia a la infección y con frecuencia eran rechazados.

En 1958, Usher, comunicó sus nuevos resultados utilizando prótesis de polipropileno, para la reparación de hernias. El material empleado por él fué posteriormente modificado para constituir una malla trenzada de monofilamento no reabsorbibles. El producto resultante, la malla de polipropileno (PPM) (Marlex, Prolene, Ethicon) se usa ampliamente en la hernioplastia.

A principios de los años 70, una nueva forma de PTFE, el expandido, PTFE-E (Gore-Tex) se introdujo en la práctica de la cirugía vascular. Este material microporoso está compuesto por núcleos sólidos de PTFE enlazados entre sí mediante fibrillas del mismo material. A comienzos de los años 80 empezaron a usarse en las hernioplastias. Hoy en día, la mayor parte de las operaciones herniarias que se realizan con prótesis, utilizan el PTFE-E o PPM, aunque en algunos lugares como en Francia, se prefiere el Poliéster (Mersilene), malla microporosa, trenzada, multifilamento.

Así mismo las mallas reabsorbibles como las de Poliglastin y ácido poliglicólico pueden ser de utilidad en el tratamiento de los defectos parietales contaminados, permitiendo una reparación diferida.

## **LA HERNIA INGUINOCRURAL EN NUESTRO MEDIO**

En noviembre de 1972, cuando me incorporé como residente de primero a la cátedra del profesor Arcelus, la técnica mas utilizada para el tratamiento de la H.I. era la de Bassini-Kirschner, una de las numerosas modificaciones de la primitiva técnica. Efectivamente las variantes técnicas se llevaron a cabo prontamente tanto a un lado como a otro del Atlántico, bien con un epónimo añadido al genérico de Bassini, bien, solo con el del autor, que amparado en, a veces cambios insustanciales o inapreciables, pretendía pasar con legítimo afán al listado de autores de los libros de texto. Y lo digo con conocimiento de causa, pues me pasó a mi mismo, como veremos más adelante.

Los quirófanos de la época eran los antiguos en forma de anfiteatro del primitivo clínico, y el cuarto de curas anterior a ellos era de una función polivalente pues además de dar cobijo a los ebullidores para esterilización del instrumental, se atendían todas las urgencias, se hacían traqueotomías, se ponían los yesos y servía de cuarto de estar a enfermeras y equipos de cirugía en las largas horas de las jornadas de guardia. Allí aprendí, de María Linares, antigua instrumentista de D. Manuel Sastre y de otras enfermeras a hacer torundas, grandes y pequeñas y a sacar punta a las agujas de pabellón metálico con una piedra jaspeada de bordes romos y suaves por el sobreuso; a las mas gruesas se les limaba el bisel y se embutían en un macarrón de plástico transparente, que se usaba como catéter intravenoso. Otra de las faenas era parchear los guantes previo inflado, para identificar los puntos de escape de aire; limpios y secos se empolvaban en talco o en una especie de sémola y se esterilizaban. Las enfermeras de quirófono usaban turbante y los cirujanos el mascarón de Mikulicz, confeccionado todo con las mismos paños de gasa de doble ancho. Toda la lencería era blanca.

A los pocos meses empezó a notarse un cambio muy importante. Las negociaciones entre Universidad y Seguridad Social dieron su fruto y el dinero empezó a fluir. En lo primero que se notó fue en la llegada de las jeringas y agujas de un solo uso. Ya no se volvió a oír el tintineo de las jeringas de cristal puestas a secar en las gradillas de esterilización. A partir de entonces y poco a poco, el Hospital Clínico despegó de su mísera existencia y se fué incorporando a la medicina del momento con recursos suficientes para llegar a ser unos de los mejores hospitales de Andalucía. Pasados unos años de máximo esplendor volvió de nuevo el estancamiento y el hospital, nuestro hospital ha perdido muchas cosas, incluso el nombre, pero ésto no entra en la cuestión que nos ocupa.

La técnica de Bassini-Kirschner se indicaba en todas las hernias inguinales y en gran parte de las directas y la de Lotheissen se reservaba para las cruales, el resto de las directas y la mayoría de las reintervenciones. La descripción que hizo Bassini de su técnica era

demasiado corta, y de escaso detalle, pero afortunadamente uno de sus asistentes, Attilio Catterina, sí hizo una detallada publicación de la técnica original de su maestro que ya hemos descrito en esquema en el apartado de historia.

La primera operación que hice de hernia inguinal indirecta fue en un varón de 47 años en mayo de 1973. Me la cedió y me ayudó con suma paciencia el profesor García Gil; fué bien, incluso volví a operar al mismo enfermo pasados varios años de varices de miembros inferiores, pero he de confesar a día de hoy que, no sé lo que hice ni cómo lo hice. El canal inguinal con sus componentes y sus límites no se deja conocer así como así. Me voy a permitir transcribir el protocolo quirúrgico de aquella intervención:

“Bajo anestesia general se practica incisión habitual de hernia inguinal, se abre aponeurosis del oblicuo mayor, identificando a continuación los nervios abdominogenital mayor y menor. Se incide túnica vaginal y músculo del cremaster identificando conducto deferente y demás elementos del cordón. El pequeño saco herniario, precedido por el correspondiente lipoma, apenas hace protusión en el canal inguinal; se libera del cordón y se abre. Se practica sutura en bolsa de tabaco sin invaginar el muñón y se realiza la maniobra de Barker. Se procede a la reconstrucción del conducto, uniendo tendón conjunto a arco crural con puntos sueltos de Terylene del 3, y seguidamente procedemos a la variante de Kirschner. Cosiendo con puntos sueltos de Terylene del nº1, los dos bordes de la aponeurosis del oblicuo mayor, por debajo del cordón, cierre de la pared con puntos sueltos de lino”.

Las variantes técnicas sobre Bassini eran:

- Ligamos el cuello del saco en el orificio inguinal interno pero a diferencia de Bassini dejábamos los cabos de la bolsa de tabaco lo suficiente largos para dar el punto de Barker, unos dos centímetro por arriba, en la pared muscular (Oblicuo menor y transverso), con la ingenua finalidad de

cambiarle la dirección al saco volviendo su cuello hacia arriba, añadiendo así otro pequeño obstáculo más a la acción de la presión abdominal sobre el mismo.

- Para la confección de la nueva pared usábamos el tendón conjunto (transverso y oblicuo menor) sin abrir la fascia transversales, que junto con los dos músculos anteriores formaba el “triplice strato” en la técnica de Bassini que en ésta como en la nuestra se unía al ligamento de Poupart o inguinal.
- Dejábamos el cordón subcutáneo como se hace en la técnica de Halsted I, pero con la diferencia que introdujo Kirschner, de ahí Bassini-Kirschner; en lugar de dejar salir el cordón a través de la incisión de la fascia del oblicuo mayor en su dirección natural, se le obligaba a recorrer un corto camino en *S itálica* con dos acodamientos. Al suturar la fascia del oblicuo mayor se sobrepasaba unos o dos puntos a la salida del cordón de la cavidad abdominal conduciéndolo hacia arriba (primera curva de la *S*) 1-1,5 cm, para luego dejarlo asomarse de nuevo a la cara anterior ya suturada de dicha forma y bajando hacia abajo apoyado en ella. Esta variante pretendía añadir otra dificultad anatómica más a la posible protusión visceral propiciada por la presión intraabdominal en el único fallo que presenta la pared abdominal del varón y que es la obligada salida del cordón.
- Otro detalle técnico que se debe de considerar (Bassini usaba seda) es el uso de Terylene, una sutura sintética e irreabsorbible, que era lo mas moderno y que se presentaba como un ovillo en unos envases con alcohol y el extremo del hilo salía por un orificio del tapón, y cada vez que se iba a usar, había que desechar el extremo que había estado colgando fuera del envase. Además de este montaje de muy dudosa esterilidad, hay que tomar nota del calibre,

números 3,2, y 1, una especie de maromas que se querían relacionar equivocadamente con mayor fortaleza y seguridad. Inolvidable esta sutura que si es verdad que fue beneficiosa, también produjo numerosos rechazos y granulomas.

Hoy es difícil ver H.I.I. de gran tamaño pues los enfermos acuden a los hospitales con prontitud, pero entonces si era frecuente operar enfermos con hernias gigantescas de muchos años de evolución. En los textos clásicos a este tipo de hernias se las denominaba “sin derecho a domicilio” y su tratamiento “a fortiori” en otros tiempos, intentando reingresar las vísceras en la cavidad abdominal, o era imposible o se aumentaba tanto la presión intraabdominal que el enfermo fallecía por asfixia o lo que es peor por peritonitis por estallidos intestinales. Para su tratamiento pues, cabían dos opciones, o aumentar el continente, o disminuir el contenido. Ésto último se intento recurriendo a amplias resecciones de colon o intestino delgado, técnicas de cirugía excesiva, que se acompañaban de una alta morbimortalidad y que por lo tanto fueron abandonadas.

Una de las aportaciones fundamentales de la cirugía argentina a este tipo de patología fue la introducida por el doctor Goñi Moreno, a partir de una observación casual en 1939 aumentando la cavidad abdominal y por tanto el continente, mediante la producción de un neumoperitoneo progresivo. Esta ingeniosa técnica que fue ampliamente difundida no fué inocua, pues se invadía la cavidad peritoneal, y por otro lado era muy tediosa, pues su aplicación se hacía a lo largo de 3-4 semanas con la inyección diaria de 300 cc de aire.

De todas formas, en el caso que voy a comentar, ni el neumoperitoneo de Goñi hubiera sido eficaz. Se trataba de un enfermo de mediana edad que de joven había padecido en la columna vertebral un tumor blanco, enfermedad no maligna que al parecer tenía su origen en una tuberculosis ósea; como secuela de aquella enfermedad le quedó un síndrome posttrombótico en miembro inferior

derecho y una deformidad en la columna con una cifoescoliosis muy pronunciada con vértice dorsolumbar. Al poco tiempo de curar se le desarrolló una hernia inguinal derecha que había ido creciendo a lo largo de los años, de forma que, auspiciado por la deformidad, las vísceras abdominales se habían ido vaciando en el saco escrotal que le alcanzaba, sobrepasándola, la rodilla derecha. Como caso extraordinario y con el fin de guardar material gráfico para futuras publicaciones, con el enfermo desnudo y delante de los armarios que ocupaban el pasillo circular exterior del anfiteatro el quirófano, se le hicieron no menos de 40 fotografías en todas las perspectivas posibles. Nunca se pudo explicar a qué se debió, pero todas aquellas fotografías salieron veladas. Fué la única ocasión en que se vió a D. Ignacio en trance, de lo que en similares ocasiones de catástrofe se ha llamado “cólera santa”, pues cuando se revelaron, ya se había intervenido el enfermo y además no las había realizado personalmente como de modo habitual ocurría, si no que sobrecargado de trabajo, le cedió su máquina fotográfica (una Voiglander) a un médico, que, ante la catástrofe, permaneció desaparecido durante varios días.

Amén de la anécdota, este caso único es digno de recordarse no solo por el extraordinario tamaño si no por la solución quirúrgica que brillantemente le dió el profesor Arcelus. En la operación constatamos que el contenido del saco herniario era, además del epiplon, el paquete intestinal completo y el marco cólico, a excepción del sigma, y lo que era más llamativo y favorecido por la deformidad del paciente, el polo del lóbulo derecho del hígado (segmento VI) se insinuaba por el anillo del saco. En cuanto a su tratamiento D. Ignacio optó por la ampliación del continente usando la técnica de Kirschner, con injerto autólogo de la fascia lata de ambos muslos, que una vez extraídos cuidadosamente y aprovechando todo el tejido posible, en mesa aparte se unieron una con otra dando lugar a una pieza rectangular con tamaño suficiente para - una vez restituidas las vísceras en lo que quedaba de cavidad abdominal y realizada la herniorrafia - colocarla y suturarla a los bordes de la amplia incisión transversa supraumbilical que se le había realizado, permitiendo un cierre sin tensión y que evolucionó sin ningún tipo de complicaciones.

Supimos de los buenos resultados a largo plazo, pues durante años lo visitamos en su lugar de trabajo como portero de noche en un hotel del centro. Todo esto ocurrió a mediados de la década de los 70.

En el año 1986 tenemos ocasión de dirigir una tesina de licenciatura a uno de los alumnos internos de la cátedra del profesor Arcelus, lo que nos permitió conocer de modo explícito nuestro proceder de entonces y los resultados que obtuvimos. Se trataba de un estudio retrospectivo sobre 652 pacientes intervenidos de hernia inguinal en un plazo de ocho años, entre enero de 1978 y diciembre de 1985 (en las dos últimas décadas se opera una media anual de 650 H.I.C.). Para su estudio se realizó un exhaustivo protocolo, que se rellenó con los datos de cada una de las historias clínicas (el servicio de documentación comenzó su andadura en 1976) se desecharon diez pacientes por lo que en 642 estudiados se realizaron 713 intervenciones: 354 Bassini-Kirschner (49,66%), 190 Bassini (26,64%), 88 Lotheissen-Kirschner (12,35%), 75 Lotheissen (10,51%) y una miscelánea de seis casos, uno de ellos con una malla de Marlex, posiblemente la primera que se puso en el servicio.

Llama poderosamente la atención las cifras de los días de encamación que hoy día y hace ya tiempo son totalmente inasumibles: inferior a 7 días, 185 casos (28,81%), entre 8-14 días, 361 casos (56,23%) y superior a 15 días 96 casos (14,95%). Los enfermos se iban de alta hospitalaria con la herida cicatrizada y sin puntos de sutura.

Otro dato curioso de esta revisión fue la desaparición completa de puntos intolerantes o de cuerpos extraños a partir de 1981 en que se incorporó al material quirúrgico las suturas de material reabsorbibles de ácido poliglicólico (el “San Vicryl bendito”), uno de los grandes avances de la cirugía de los últimos tiempos, empequeñecido y rara vez recordado por su coetaneidad con los ingenios tecnológicos que han transformado la cirugía y que entre otras muchas aplicaciones permitió la realización de suturas intestinales en un solo plano, con calibres finos, disminuyendo considerablemente el tiempo operatorio y el número de fugas anastomóticas.

Otro dato estudiado fue la deambulaci3n precoz; antes del tercer d3a se hizo en 449 pacientes (69,93%) y despu3s del tercer d3a en 193 (30,07%). No es un dato balad3 teniendo en cuenta las costumbres de la 3poca y sobretodo porque las t3cnicas quir3rgicas que se realizaban provocaban tensi3n en mayor o menor grado, sobretodo la t3cnica de Lotheissen, obligando a los enfermos acobardados por el dolor, a ir andando los primeros d3as encorvados. Pero tambi3n es importante conocer que en nuestro servicio fuimos avanzados y siempre instados por el profesor Arcelus que era un estudioso de la trombosis y un obsesionado en la prevenci3n de las tromboflebitis postoperatorias, en una 3poca en la que no hab3a terap3utica profil3ctica alguna, se aconsejaba a los pacientes la deambulaci3n precoz, y a realizar movimientos de extensi3n y flexi3n de los pies con las piernas extendidas, para poner en movimiento el coraz3n perif3rico y con la contractura gemelar y de los pretibiales bombear y movilizar la columna de sangre hacia el coraz3n, con una frecuencia de 15-20 veces cada hora. 3tem mas, diariamente se exploraban los signos de flebitis, con la palpaci3n de pantorrillas, cara interna de muslos e ingles, el grado de empastamiento de los gemelos y el signo de Homans, buscando el gesto de dolor en la cara del paciente cuando se provocaba la flexi3n forzada del pie con el miembro en extensi3n, para ante el menor signo de trombosis iniciar tratamiento con heparina s3dica. Todo se simplific3 con la llegada de la heparina c3lcica o de bajo peso molecular, pero a3n as3 la deambulaci3n precoz es primordial e inexcusable.

Para conocer el resultado a largo plazo y el posible n3mero de recidivas, nos pusimos en contacto con los enfermos mediante el env3o a cada uno de ellos de cartas en las cuales se les citaba a nuestra consulta para revisi3n, adjunt3ndoles un sencillo cuestionario, que deber3an remitirnos en el caso de no poder trasladarse a nuestro servicio en la fecha convenida. De las 642 cartas enviadas se recibieron 423 formularios contestados (65,88%) y se comprob3 que hab3an recidivado 32 hernias (7,56% de las cuales 16 eran indirectas, 9 directas y 7 recidivadas). Este porcentaje de recidivas se consider3 en su momento dentro del rango de normalidad, ocupando una posici3n

media entre los índices de recidiva de las numerosas y amplias series que se consultaron en la exhaustiva bibliografía que se manejó. Nos llamó la atención y se hizo constar como la cuarta conclusión del trabajo, que el 7,56 % de recidivas no era totalmente cierto, ya que aunque en muy pocos casos los pacientes que acudieron a nuestra consulta tras recibir nuestra carta, venían creyendo que la hernia les había recidivado, comprobándose después que tal hecho no era cierto. Con todas las salvedades que se puedan poner, el procedimiento que se siguió, fue para su época un trabajo modélico.

Quiero hacer referencia a una experiencia personal. A partir de 1986 y con una buena experiencia en operar hernias (Bassini, Kirschner, Lotheissen, Halsted) se me ocurrió realizar una técnica que junto con la confección de una potente pared inguinal, aminorase a la vez la tensión que provocaba el solapamiento de la fascia del oblicuo mayor en la técnica de Halsted. Para ello seccionaba dicha fascia inmediata al ligamento inguinal, de tal forma que no quedaba colgajo externo de la misma y sin embargo el colgajo interno o superior quedaba en toda su extensión, mas largo. La reconstrucción se hacia bajando una triple pared, tendón conjunto (transverso y oblicuo menor) y fascia del oblicuo mayor (casi completa). Para suturarla al ligamento inguinal, dejando pues, el cordón subcutáneo. Esta técnica la hice en 22 pacientes a finales de los 80 con excelentes resultados, e incluso tuve la presunción de describirla como “técnica personal” en los libros de protocolo de quirófano, la que era en realidad y desde 1896 la técnica de Postempski, publicada en la página 373 del archivo de la Soc. Ital. Di Chier, y descubierta por mí en un corto párrafo y un escueto esquema de la pagina 641 del tratado Clínica y Terapéutica Quirúrgica del profesor Alfredo Giuliano de 1976.

Refiero esta pequeña historia a cuenta de lo que podía llamarse pecados de juventud, cuando con la osadía desbordante propia de la edad, nos olvidamos de que todo o casi todo esta inventado y que “nihil novo sub sole” y que ni las mas exhaustivas revisiones bibliográficas son completas. Mi intención era publicarlo en cuanto reuniese el número suficiente, pero pienso que si lo hubiese hecho, es

muy posible que hubiese pasado desapercibida la segunda paternidad de la técnica. ¿Cuántos pequeños prestigios habrá basados en semejantes deslices inconscientes? Por otro lado recuerdo lo que mi jefe, el profesor Arcelus, ante algo nuevo comentaba sabiamente y con cierto sarcasmo: ¿Se me habrá ocurrido a mí o lo habré leído?

Contadas son las técnicas, que como la apendicetomía para el tratamiento de la apendicitis aguda hayan concitado tanta unanimidad en todo el mundo, desde que se hizo por primera vez. El resto de las técnicas han gozado de épocas de esplendor y preeminencia, hasta que, tras un tiempo de convivencia con otras nuevas, son desplazadas por éstas, entrando en el capítulo de historia. Y así, sucesivamente. Esto último ha ocurrido en nuestro servicio; se ha estado utilizando en el tratamiento de la hernia inguinal la técnica de Bassini-kirschner preponderantemente, con la técnica de Lotheissen en las de tendón conjunto débil, y en las recidivadas, incluso Lotheissen-Kirschner en algunos casos, y la técnica de Halsted I en una proporción menor, y todo ello a lo largo de casi 20 años. A finales de la década de los años 80 con el advenimiento de los nuevos materiales protésicos, las técnicas clásicas coexistieron con las que utilizaban prótesis (hernioplastias), que fueron progresivamente ganando adeptos, desplazando a las clásicas herniorrafias, al principio de PTFE y a poco con la de Prolene, y a partir del año 1994, de modo creciente la de Prolene.

En estos años transicionales de los 80 a los 90 irrumpió en congresos y publicaciones especializadas el llamado método canadiense, o de Shouldice, que en nuestro medio se utilizó con muy buenos resultados, hasta la hegemonía de los materiales biocompatibles. Earle Shouldice (1890-1965), desarrolló su técnica en Toronto desde finales de los 50, y empezó a publicar sus resultados en los 60. Se considera que es una variante de la técnica primitiva de Bassini, quizás la más parecida y por ello en algunos textos se conoce como Shouldice-Bassini. Su bajo índice de recurrencias la hizo muy popular; se suele hacer con anestesia local y usa como sutura el hilo de alambre en un principio, para pasar luego al Nylon

monofilamento, o polipropileno de 3-0. En los individuos obesos se aconseja posponer la operación hasta que haya perdido peso, por la dificultad de la disección y el aumento de morbilidad.

Como primer detalle de disección se realiza la extirpación completa del cremáster, de los vasos espermáticos externos y de la rama genital del nervio genitofemoral. Tras la extirpación del arco herniario se secciona de modo sistemático la fascia transversalis, y se hace la herniorrafia con dos suturas continuas de ida y vuelta. La primera comienza en la espina del pubis, y une la cara interna de la solapa medial de las fascia transversales a la solapa externa (tracto iliopubiano) hasta el orificio inguinal profundo donde incorpora a la sutura el muñón del cremáster extirpado y calibra la salida del cordón volviendo de nuevo hacia la espina del pubis uniendo la solapa medial al ligamento de Poupart, anudando los extremos de la sutura, el del inicio y el del término. La segunda sutura comienza en el orificio inguinal interno y une el tendón conjunto y oblicuo menor a la cara interna de la solapa lateral del oblicuo mayor, por fuera de la anterior sutura y se vuelve en el pubis y une el oblicuo menor a la cara interna de la fascia del oblicuo mayor, anudando a nivel del orificio interno los extremos de la sutura. La fascia del oblicuo mayor se sutura por encima del cordón.

Los anticipados sueños de Billroth relacionados con materiales artificiales para reemplazar la fascia o los deseos de Halsted en 1878, en que predijo: “si fuésemos capaces de encontrar un material con unas características parecidas a las de la fascia o tendón, habremos llegado al secreto de la cura radical de la hernia”, estos sueños y deseos se vieron colmados de modo definitivo con el uso de los materiales biocompatibles (PPM, Usher, 1958) y no solo utilizados para reforzar suturas de estructuras dobles, sino aplicados “per se” y colocados en el sitio adecuado. Este es el concepto de Lichtenstein de hernioplastia sin tensión.

El introductor del uso de prótesis de PTFE-E (Politetrafluoroetileno expandido) en el Hospital Clínico de Granada

fue sin duda el profesor Vara Thorbeck, quien tras usar la técnica de hernioplastia sin tensión de Lichtenstein (1986) publicó una variante técnica que se difundió con rapidez y que se denomina técnica de Thovara, en la que se deja el cordón subcutáneo tras la extirpación del saco herniario y conservando el resto de sus componentes, en un gesto quirúrgico similar con el que Kirschner completó la técnica de Bassini.

En nuestro servicio igualmente se usó como malla la de PTFE-E de un milímetro de grosor con diseño preformado y suturada con hilos del mismo material según técnica de Lichtenstein. Este material de una ductilidad extraordinaria, se adapta perfectamente a las irregularidades anatómicas y es muy placentera su manipulación, además es inerte y biocompatible y se puede usar en contacto con el peritoneo visceral. La existencia de pequeños poros (malla microporosa) en la superficie permite el trasiego de exudados y nos ha dado unos excelentes resultados. Aun así no ha podido competir en nuestro medio con las mallas de PPM.

Efectivamente, a partir del año 2000 estamos usando de modo exclusivo la malla de PPM (polipropileno), al principio preformada, y luego recortada a tijera con la forma y tamaño adecuados para cada enfermo, y fijada con dos suturas continuas del mismo material monofilamento, de calibre entre dos y tres ceros, según técnica de Lichtenstein. Este cirujano introduce la hernioplastia sin tensión mediante una prótesis fijada a la cara anterior del oblicuo menor y al ligamento inguinal sin anclar el tendón conjunto al ligamento inguinal ni el iliopúbico. El cordón, extirpado el saco y el cremáster a modo de Shouldice, se deja pasar a través de una incisión en el borde superior de la prótesis, quedando apoyado en ella y cubierto por la fascia del oblicuo mayor suturado. Esta técnica es sencilla y de corta duración; la malla, dependiendo de la casa fabricante está tejida con diferentes diseños, pero todos son fácilmente manejables, aunque es algo rígida y con cierta memoria plástica, y permite el traspaso de líquidos con suma facilidad (malla macroporosa), son las más económicas y sobretodo son casi inertes, siendo anecdótico el

caso de intolerancia, incluso en casos de infección de la herida. La disposición de su trenzado permite la integración en el tejido cicatricial y su total adaptación a las necesidades mecánicas de la zona. No se debe usar en contacto con peritoneo visceral por su producción de adherencias; pero lo realmente valioso de esta técnica es el descenso estrepitoso de las recidivas hasta el 1%, cifra que se maneja como techo de cualquier procedimiento utilizado para el tratamiento de la enfermedad herniaria, no considerándose recomendables los procedimientos que superan estas cifras.

En los casos en los que no extirpamos el saco, sino que lo invaginamos o hay un gran defecto de la pared posterior, no podríamos colocar la malla, si previamente no hacemos un gesto quirúrgico que nos mantenga contenida, invaginada y sujeta la protusión herniaria, que de modo permanente pugna hacia fuera, y esto lo conseguimos con una sutura de fruncimiento de la fascia transversalis que además refuerza la pared posterior del canal inguinal y en los casos de mas dificultad y tamaño realizamos un Bassini. En la mayoría de estos pacientes se reconstruye el orificio inguinal interno quedando encorbatado el cordón a su salida. Con estos gestos quirúrgicos se aminora una de las grandes propuestas de esta técnica como es la presencia de dolor al ser una técnica concebida sin tensión.

Gilbert, 1991 ideó la colocación de un “plug” o tapón en el orificio inguinal interno y de una malla reforzando toda la pared del canal inguinal, sin fijación de los mismos en los casos de hernias inguinales indirectas pequeñas. Robbins y Rutkow (1993) son los que han extendido esta técnica a todo tipo de hernia inguinal con excelentes resultados. Esta técnica de hernioplastia “plug-mesh” (tapón-malla) de PPM amén de muy segura, es muy idónea, para como decíamos en el párrafo anterior mantener invaginada la protusión del saco o la debilidad de la pared posterior y poder colocar la malla sin entorpecimientos con la ventaja de que al ser una plastia sin tensión, teóricamente es menos dolorosa, aunque su detractores le achacan “demasiado plástico”. Cuando la usamos nosotros, fijamos la malla con dos suturas continuas al igual que la técnica de Lichtenstein.

Los criterios de biocompatibilidad de un material protésico son:

- Buena integración tisular
- No estimular la formación de adherencias
- Lograr una buena resistencia mecánica
- Fácil esterilización
- Fácil manipulación
- Ser de material químicamente inerte.
- No se modificado en sus características físicas por los fluidos tisulares.
- No producir fenómenos inflamatorios ni reacción a cuerpo extraño.
- No producir alergia ni hipersensibilidad
- No ser cancerígena

Quizás la prótesis que más se acerque a estos criterios sea la PPM. Sin embargo, con la finalidad de encontrar la prótesis ideal se ha intentado combinar varios biomateriales, cada uno con su función, PPM monofilar en la superficie parietal y PTFE-E en la visceral, dando lugar al Composite, que optimizan las tres principales cualidades: resistencia, integración y no formar adherencias.

En nuestro servicio y desde hace varios meses se esta empezando a usar la malla Parietene Progrid® para las hernias inguinales, y está compuesta de polipropileno monofilamento tejido, y en una de sus caras presenta múltiples ganchos absorbibles monofilamento de ácido poliláctico que posibilitan la colocación, posicionamiento y fijación temporal de la malla al tejido. Tras la apertura de la fascia del oblicuo mayor, liberación del cordón y tratamiento del saco herniario, se coloca la malla sobre el plano del oblicuo menor y la fascia transversales, y opcionalmente un punto de fijación al pubis. A todas las ventajas de la PPM, añade la facilidad de colocación y un anclaje, gracias a sus microganchos, firme, de manera que se aminora el tiempo operatorio de modo evidente, y la

aparición de neuropatías molestas y dolorosas al no utilizar suturas. Los resultados a largo plazo, aunque esperanzadores, se harán a su debido tiempo.

También se están usando mallas de diseños ya conocidos (tapón y malla) pero que aportan baja densidad, es decir, sus componentes son parcialmente reabsorbibles, pues están formados por filamentos irreabsorbibles de polipropileno y filamentos reabsorbibles de poliglicaprona 25. Éste se reabsorbe prácticamente en cuatro meses y el otro permanece tras la invasión tisular, como una malla ligera, en una cicatriz flexible adaptada a la pared abdominal.

Se ha logrado aplicar algunas capas de titanio a material sintético (polipropileno) siguiendo la técnica de deposición química de vapor activada por plasma, consiguiendo un material recubierto de una capa de titanio de aproximadamente 10-30 nm de grosor. Estas mallas de polipropileno, ligeras o de baja densidad, aumentan sus cualidades al recubirlas de titanio que les aporta una mayor biocompatibilidad, conservando su fácil manejo.

La vía preperitoneal tiene sus primeras referencia bibliográficas no muy bien determinadas a finales del s. XIX, con Annandale (1876), Lawson Tout (1883) Guannsel (1887). En 1913, Bates, de Seattle propone el abordaje a través de un incisión de 7 cms y a dos por encima del anillo interno para por vía transperitoneal hacer la ligadura del saco. Cheattle en 1920, renovó el interés de esta vía, accediendo al espacio preperitoneal primero por una incisión media y luego por una de Pfannenstiel. Tuvo nuevo auge en 1936 con Mc Evedy y otros años mas tarde en 1954 una publicación de Mirrelsac y Berne de los Ángeles estimuló a Nyhus, Condon y Harkins a emplearla, contribuyendo con su autoridad a su difusión. Mc Evedy cerraba el canal crural aproximando el arco del transverso al ligamento de Cooper. Nyhus, Condon y Harkins por el contrario, decidieron utilizar para reforzar la pared posterior el tracto iliopubiano, que hubo de ser abandonado por el gran número de recidivas. Mas adelante, dos

cirujanos, de la autoridad de Nyhus y Mc Vay en EEUU, señalaron esta vía como la de elección para el tratamiento de la hernia crural y las inguinales multi recidivadas. Es en éstas donde Nyhus recomendó por primera vez el uso de materiales protésicos.

El auge definitivo de la vía preperitoneal y el uso de verdaderos delantales protésicos se debe a Stoppa (1972). Fundamental en su técnica es la colocación de una gran malla una vez expuesta la cara posterior con su zona débil, disecando previamente y de modo amplio los espacios de Retzius y Bogres, y después el área se cubría con una amplia malla de Dacrón y que luego cambió por la de Prolene. Punto fundamental de la técnica era la parietalización del conducto deferente y los vasos gonadales para no hendir la prótesis y ofrecer puntos débiles.

La cirugía laparoscópica que nació en el campo de la ginecología, pronto encontró su auge en la colecistectomía, y a partir de aquí busca todo tipo de aplicaciones, y una enfermedad tan frecuente como le hernia no iba a ser una excepción. Se describen dos vías de abordaje: la intraabdominal o laparoscópica (TAPP, Trans Abdominal Pre Peritoneal) y cada día hay mas consenso en que se justifica sólo en el caso de tener que realizar una cirugía intraabdominal asociada. La vía preperitoneal (TEP, Totally Extra Peritoneal) o endoscópica (en puridad no es laparoscópica) que con la novedad del abordaje reproduce los principios básicos de las técnicas quirúrgicas ya conocidas y con buenos resultados a largo plazo (vía preperitoneal de Nyhus y Stoppa).

La mejor indicación de esta técnica está en la hernia inguinal bilateral, la hernia inguinal recidivada y las patologías “emergentes” como el dolor inguinal de origen incierto, dolor inguinal de los deportistas, artropatía del pubis, etc. que son mal conocidas y controladas. La indicación en la hernia inguinal primaria unilateral, sobretudo la directa u oblicua interna ha sido muy discutida, pues es donde se hace más evidente la desventaja del abordaje laparoscópico cuando se dispone de otras alternativas. Su poca

difusión viene precedida por la también escasa propagación del abordaje preperitoneal en cirugía abierta, que aúna a la dificultad y poco dominio del campo operatorio, a la necesidad de dominar la técnica laparoscópica. Por otro lado desde el punto de vista económico es difícil hacerlo competitivo tanto más en una patología como la hernia inguinal que en cirugía convencional (abierta) parte con niveles altos de confort postcirugía y con estancias hospitalarias con tendencia a cero que dejan poco margen para compensar gastos. Entendemos, sin embargo que su aplicación requiere un exhaustivo aprendizaje por parte del cirujano, no obstante cuando se alcanza la práctica quirúrgica endoscópica, es igualmente competitiva frente a la vía anterior o convencional. En nuestro Servicio no son utilizados los métodos de abordaje preperitoneal ni laparoscópico.

En estudios muy recientes, en 2004, Neumayer ha publicado un estudio prospectivo patrocinado por la Veterans Administration en que 1983 pacientes se sometieron aleatoriamente a una reparación abierta de Lichtenstein en 994 pacientes o una reparación laparoscópica (90% TEP) en 989 enfermos. La incidencia porcentual de recidivas en cada una de las técnicas es de 0,5% y del 1,1%, y en otra publicación del mismo grupo de 2005 se observó que la inexperiencia laparoscópica del cirujano y su edad superior a los 45 años constituyen factores predictivos de recidiva tras la reparación laparoscópica, y se demuestra que la reparación laparoscópica de las hernias inguinales conlleva una curva de aprendizaje muy clara y prolongada para poder conseguir un porcentaje de recidivas aceptablemente bajo. No obstante persiste el dilema de tener que lograr la pericia técnica adecuada para poder usar esta técnica. Nosotros creemos que el verdadero dilema estriba entre lo que se puede hacer y lo que se debe hacer.

El tratamiento conservador de la hernia inguinal ha sido objeto de atención muy recientemente. Fitzgibbons y cols en 2006 han publicado el primer estudio prospectivo aleatorizado sobre una estrategia de espera y observación en los pacientes con hernias inguinales asintomáticas o paucisintomáticas en una serie de 700

varones, unos en un grupo de observación y espera y otros sometidos a una reparación abierta y sin tensión de sus hernias. En el primer grupo el riesgo de incarceration fue muy bajo (0,03 %) y casi una cuarta parte (25%) se pasaron al grupo quirúrgico debido en la mayoría de los casos a un dolor relacionado con la hernia que limitaba su actividad, y aún así los riesgos y las complicaciones quirúrgicas no son muy diferentes de las que aquellos pacientes que se someten a reparación profiláctica. Los pacientes que optan por un tratamiento conservador pueden experimentar en ocasiones mejoría sintomática usando braguero. Aproximadamente un 30 % de los pacientes obtiene un control de la hernia.

En los últimos años el desarrollo de la Ingeniería Tisular permite la elaboración de constructos que reproducen órganos y estructuras del cuerpo humano, útiles para la sustitución terapéutica de los tejidos y órganos dañados (Sánchez Quevedo 2007). La construcción de mallas biológicas capaces de sustituir o reforzar la pared abdominal dañada constituye un objetivo básico de investigación en el ámbito de la cirugía abdominal.

Desde 2007, algunos de nuestros residentes, encabezados por D. Eduardo García Abril han iniciado esta línea de investigación tan puntera, en los laboratorios de la cátedra de Histología que dirige el profesor Campos Muñoz. La meticulosa técnica, basada en el cultivo de fibroblastos humanos, que se integran y desarrollan en varios tipos de mallas sintéticas, pretende la creación de una generación de sustitutos viables de la pared abdominal humana que contribuirían a minimizar las complicaciones del uso de biomateriales en la pared abdominal y conseguir básicamente su mejor integración tisular. Del mismo modo, se disminuiría la posibilidad de contaminación e infección de los materiales implantados para conseguir a su vez el mejor resultado biomecánico y funcional posible, fabricando constructos de pared abdominal con superficies de difícil colonización y una interfase peritoneal capaz de minimizar las adherencias viscerales y de promover el recubrimiento mesotelial de la misma.

## **TRATAMIENTO DE LA HERNIA FEMORAL O CRURAL**

El conducto crural presenta una forma cónica de vértice inferior, y tiene una longitud de aproximadamente dos centímetros. Se extiende en sentido descendente desde el anillo crural, su apertura proximal, hasta un extremo ciego en ausencia de hernia, por debajo del límite del ligamento inguinal y en relación con la fosa oval.

Al anillo crural lo podemos considerar dividido en dos porciones concéntricas: una elástica y otra rígida mas externa. La porción elástica está limitada anterior y medialmente por el tracto o cintilla iliopubiana; por detrás por el músculo pectíneo y su fascia, y en sentido lateral la vaina femoral. El anillo externo, más rígido, tiene su límite anterior en el ligamento inguinal; el medial en el ligamento de Gimbernat; el ligamento de Cooper en sentido posterior y la vaina o fascia femoral lateralmente. La continuidad de estas estructuras en el conducto crural constituye prácticamente sus límites.

La hernia crural (H.C.) se inicia a nivel del anillo crural y se manifiesta clínicamente a modo de resalte o protuberancia bajo la piel de la región crural. Una vez formada actúa como una cuña separando las estructuras aponeuróticas referidas de la fascia femoral, creándose una situación constrictiva que condicionará la encarceración o la estrangulación de la hernia. El nivel de obstrucción se elimina seccionando parcialmente el arco crural y no el ligamento de Gimbernat, pues vecino a él va la arteria obsturatriz aberrante que puede lesionarse.

La hernia crural es mucho menos frecuente que la inguinal. En nuestro país supone un 9% de todas las hernias de la pared abdominal y el 10% del resto de las hernias inguinales. Es de gran interés el diagnóstico diferencial de la hernia crural pues son muy variadas las patologías que hay que descartar (bursitis, osteomas, variz del cayado de la safena, endometriosis, lipoma, adenopatía, hidrosadenitis, quiste epidérmico, etc). Es más frecuente en mujeres y se estrangula o

incarcera con más frecuencia. Su indicación quirúrgica es absoluta y una vez diagnosticada deben ser operadas en breve. En las grandes series la incarceration se presenta en el 20-22% y la estrangulación en un 4-5% y no hay que olvidar la exploración detallada de la región crural en todo caso de obstrucción intestinal. Su diagnóstico es especialmente difícil en caso de enterocele con incarceration o estrangulación lateral e incompleta del asa intestinal (Hernia de Richter). Así mismo es aconsejable la exploración de la región crural en la cirugía de la H.I. para descartar que pase desapercibida un H.C.

Su tratamiento, se hace mediante la técnica de Lotheissen-Mc Vay, el abordaje preperitoneal, por laparoscopia o por la técnica del tapón de Lichtenstein. En nuestro servicio se ha hecho siempre la técnica de Lotheissen después de la inguinilización de la hernia, hasta el año 1990 en que empezó a hacerse casi de modo sistemático la técnica del tapón de Lichtenstein. En los casos de compromiso intestinal seguimos haciendo la técnica de Lotheissen pues la malla en estos casos está contraindicada.

La revolución en la cirugía de la hernia crural fué, sin lugar a dudas, la introducción en 1968, por Lichtenstein y Shove de la técnica del cilindro o “plug” de PPM para obliterar sin tensión el canal femoral. Anticipándose a ésta idea y en honor a la verdad y sin restar mérito a Lotheissen, Martin Kirschner en los años 30 del pasado siglo describió la nueva técnica, decía: “Se introduce en el conducto inguinal una larga tira de aponeurosis, de forma que el tapón aponeurótico empuja hacia el abdomen el saco herniario y luego por su presión hasta dentro de la pelvis. La extremidad externa del ovillo aponeurótico se incluye y se fija en los puntos que unen los ligamentos de Poupart y Gimbernat a la aponeurosis pectínea.

La técnica de Lichtenstein se hace a través de un abordaje femoral abriendo la fascia, se reduce o extirpa el saco, previo tratamiento de su contenido. El canal femoral se ocluye con un cilindro de PPM o PTFE-E, que se fija con puntos del mismo material atravesando el ligamento inguinal, cilindro y fascia pectínea como en

la técnica original, o bien, con cuatro puntos cardinales (crucificando el cilindro) al ligamento de Poupart, vaina femoral, fascia pectínea y ligamento de Gimbernat. Nosotros usamos comúnmente el cilindro o tapón de PPM y lo realizamos enrollando a modo una malla de las usadas para la hernia inguinal y fijándolo con un punto transfixiante en su centro para evitar que no se afloje y desenrolle, y de una longitud no superior a 1,5 cm. Hace algún tiempo se han comercializado tapones en forma de cono de diferentes tamaños.

## **CODA**

Y vuelvo de nuevo a los maestros. Quiero envolver mi discurso, sin dejar resquicio, en la sabiduría de los maestros, de la que estamos tan ayunos. En un mundo donde gente incompetente se refugia en el irracional “ésto es nuevo, luego es verdadero”, abogo por rescatar la tradición, tan denostada.

Tradición, etimológicamente, proviene de *traditio* que significa entrega, y en ese sentido hay que actualizarla ¡qué importancia tienen las palabras!, sin ellas no se puede cambiar nada. Tradición es el conjunto de conocimientos, doctrinas y costumbres que se transmiten de generación en generación. El legado de sabiduría que nos entregan los maestros es irrenunciable; en medicina, como en otros campos del saber, eran famosas las “escuelas”, y su pertenencia a ellas imprimía carácter. El conocimiento es el mismo, pero el estilo lo imponía la escuela, que emanaba del magisterio de los que nos precedieron.

Apoyados solo en los aspectos negativos, que siempre son contingentes, se ha querido devaluar, e incluso ridiculizar la existencia y la pertenencia a escuelas, a la unión con el maestro y a la consecución de su magisterio, creando un tipo de médico inclusero, hipotónico y dócil, que por no pertenecer a nada, acaba perteneciendo al sistema, al Estado.

Pero es que, además, todas estas ideas están siendo recuperadas por las últimas tendencias filosóficas y sociológicas. Vivimos un periodo de transición donde se ha sustituido un orden basado en la trascendencia, por otro orden asentado en la finitud, lo que nos ha sumergido en una gran desorientación. Gomá, propone la ejemplaridad, para poder evolucionar de liberación a emancipación, es decir, al uso responsable de la libertad. Volver a la ejemplaridad considerada como un valor positivo; la sociedad creará instrumentos de socialización y favorecerá la aparición de individualidades ejemplares, que ayuden a los demás a hacer un uso cívico de la libertad.

Paradigma de maestro de la medicina y por tanto, símbolo de ejemplaridad, es, sin duda alguna, Sir. William Osler (1849-1919). Osler, pronunció un discurso de fin de carrera en 1889 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, a la sazón el principal centro de enseñanza médica de los Estados Unidos. Estaba a punto de abandonarla, para crear una nueva escuela médica en la Universidad Johns Hopkins, donde alcanzaría la plenitud de su madurez y sabiduría médica. En su discurso anima a los licenciados para que desarrollen la imperturbabilidad y la ecuanimidad, tanto frente a los éxitos como a los fracasos.

La imperturbabilidad se refiere al autocontrol físico. Es necesario asegurar un juicio claro y evitar la pérdida de confianza del enfermo por parecer preocupado. Afortunadamente, esta característica física, puede aprenderse, empezando por adquirir una expresión tranquila, inescrutable. Osler recalca que la imperturbabilidad genuina debe estar basada en un amplio conocimiento de la enfermedad y en lo que debe hacerse.

El equivalente mental de la imperturbabilidad, es la ecuanimidad. Para conseguir esta presencia de ánimo, se debe de cultivar la paciencia y la constancia; el médico no debe esperar demasiado de los pacientes, dado que la enfermedad acentúa las flaquezas y excentricidades humanas. Sin embargo, las incertidumbres de la vida, la naturaleza fragmentaria de la verdad, las exigencias del

tiempo y las molestias de un ejercicio agotador, hacen especialmente difícil que el médico conserve la ecuanimidad.

*Aequanimitas* era el lema de los estoicos griegos.

Antonino Pio, apreciado emperador romano, y que tuvo un reinado pacífico, cuando agonizaba resumió la filosofía de la vida en el lema *Aequanimitas*.

Va para mil años, San Bruno, fundador de La Cartuja, el sediento de Dios, el que quería estar a solas con el Sólo, el que hizo de “sólo Dios” su lema, ejercía en la soledad de su eremitorio la *Aequanimitas*. Sus hagiógrafos resumían todas sus cualidades naturales en la “fuit aequalis vitae”, de ánimo siempre igual.

El gran Osler, el que dedicó cada momento de su vida a la medicina y los enfermos, aconsejaba a sus médicos *Aequanimitas*.

El vocablo ecuanimidad tiene numerosas sinonimias: serenidad, constancia, igualdad, calma, equilibrio, imparcialidad, moderación, desinterés, etc.

Hombres de genio tan distinto, de tan variadas culturas, de tan diferentes tiempos, aconsejan *Aequanimitas*. Yo me atrevo a proponer, humildemente, que esta bella palabra, ecuanimidad, -enlazando los nombres de Hipócrates y William Osler, dos grandiosos maestros-, se añadiera como apéndice o final, del inmortal primer aforismo hipocrático. Como decía el maestro de Cos, largo es el arte, corta es la vida, fugitiva la ocasión, falaz la experiencia, difícil el juicio y, debería ser siempre, “*ecuánime el comportamiento*”.

He dicho.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. ALEJANDRO LÓPEZ, J.: La contribución argentina a la patología y terapéutica herniaria. Ediciones el Ateneo. Buenos Aires. 1976.
2. ÁLVAREZ CAPEROCHIPÍ, J; PORRERO CARRO, J.L.; DÁVILA DORTA, D.: Cirugía de la pared abdominal. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Ediciones Arán, S.L. Madrid, 2002.
3. BARROETAUÑA, J.: Hernias de la Ingle. Procedimientos Quirúrgicos Actuales. Bases Anatomofisiológicas. Librería el Ateneo, editores. Buenos Aires 1984..
4. BLISS, M.: William Osler. Una vida dedicada a la medicina. Ergon, Madrid, 2006.
5. BROGGI, M. A.; TRIAS, J.A.; SALVÁ i LACOMBE, J.A.: Hernia inguinoocrural, Editorial Jims, Barcelona 1982
6. FITZGIBBONS, R.J. et cols: Watchful waiting vs repair inguinal hernia in minimally symptomatic men: A randomized clinical trial. JAMA, 295: 285-292, 2006.
7. GARCIA RAMOS, J.A.: Medicina neohipocrática. Edición del autor. Almería, 2007.
8. GIULLIANO, A.: Hernias inguinales en general. Complicaciones agudas. Capítulo 39, 631-645. En: Clínica y Terapéutica Quirúrgica, 3ª ed., Librería el Ateneo, Buenos Aires, 1976
9. GOMÁ, J: Ejemplaridad pública. Ediciones Taurus, Madrid, 2009-11-19

10. GRAHAM, H.: Historia de la cirugía. J. Gil ed., Barcelona 1942.
11. HIPÓCRATES: Aforismos en castellano. Publicaciones Controladas, S.A., Madrid, 1969.
12. ITANI, KMF. , HAWN, MT: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Avances en la reparación de las hernias de la pared abdominal. Vol. 88, nº 1, Elsevier-Masson, 248 págs, 2008.
13. LAÍN ENTRALGO, P.: Historia Universal de la Medicina. Salvat editores, Barcelona, 1972.
14. MADDEN, J.L.: Hernias de la Pared Abdominal. Atlas de Anatomía y reparación. Interamericana. Mc Graw-Hill. México, DF; 1994.
15. MONTES SÁNCHEZ, S.: Hernia Inguinal. Estudio retrospectivo sobre una serie de 652 pacientes. Tesina de Licenciatura. Granada, 1986.
16. NEUMAYER, L. et cols.: Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. N. Eng. J. Med., 350: 1819-1827, 2004.
17. NEUMAYER, L. et cols.: Proficiency of surgeons in inguinal hernia repair: Effect of experience and age. Ann. Surg., 242: 344-348, 2005.
18. OSLER, W: Un estilo de vida y otros discursos con comentarios y anotaciones. Fundación Lilly y Unión Editorial, Madrid, 2007.
19. PIULACHS, P.: Los horizontes de la Cirugía. Publicaciones Médicas Biohorm. Medicina e Historia. Fascículo 20. Barcelona 1966.

20. PORRERO, J.L.: Cirugía de la pared Abdominal, Masson S.A., Barcelona 1997.
21. READ, R.C.: Revisión Histórica del Tratamiento de la hernia, capítulo 1, Págs. 25-38. En: Hernia. Nyhus, Ll., Condon, R.; Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires 1991.
22. READ, R.C.: Hernia Inguinocrural: reparación a través del abordaje anterior de la ingle y evolución, capítulo 10, págs. 115-130. En: Cirugía del Aparato Digestivo. Tomo V. 3ª ed.. Editorial médica Panamericana S.A., Buenos Aires 1993.
23. RUTKOW, I.M.: Historia selectiva de la herniorrafia inguinal durante el s. XX. En: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de la hernia. Vol. 3. Nueva editorial Norteamericana, S.A. México 1993.
24. SANTO: Un cartujo. Editorial Monte Carmelo. 120 págs, Burgos, 2008.
25. SÁNCHEZ QUEVEDO, MC; ALAMINOS, N; CAPITÁN, LM; MOREU, G; GARZÓN, I; CRESPO, V; CAMPOS, A: Histological and histochemical evaluation of human oral mucosa construts developed by tissue inginerig. *Histol. Hipopathol*, Jun, 22 (6), 631-640, 2007.
26. THORWALD, A.: el Triunfo de la Cirugía. 1ª ed. Ediciones Destino. Barcelona 1960.
27. VARA THORBECK, R; RUIZ MORALES, M; SEGOVIA CORNEJO, E: Thovara repair of inguinal hernia. *Hernia*, 2, 127-130, 1998.
28. VARA THORBECK, R: La cirugía: Ciencia, Humanismo, Técnica y Arte. *Actualidad médica*, 81-112, Tomo 64, nº 638, 1978. Discurso de recepción en la real Academia de Medicina de Granada.

29. ZENKER, R.: Operaciones para la cura de las hernias abdominales, incluidas las hernias diafragmáticas. En: Tratado de técnica operatoria general y especial. Tomo VII, 2ª parte. 4ª ed. Española. Editorial Labor, S.A. Barcelona 1963.

# **DISCURSO DE RECEPCIÓN**

AL ACADÉMICO

PROF. DR. D. MANUEL LÓPEZ-CANTARERO



La Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada se viste hoy de gala para recibir hoy a D. Manuel Enrique López Cantarero Ballesteros, cirujano y hombre de bien, médico y profesional de alta cualificación; trabajador incansable y dedicado a su arte de sanar; amigo y colaborador en un mundo en el que los conocimientos, la destreza, la rapidez de reflejos y el acertado conocimiento de la anatomía de un hombre enfermo forman parte de su bagaje intelectual, que en él se adorna con la dedicación que nace de lo espontáneo y natural, se extiende por medio del estudio, se desarrolla con la práctica y llega a la excelencia cuando las luces fuertes del quirófano están todavía iluminando su madurez.

Agradezco a la Presidenta y a la Junta Directiva el honor que me hace al haberme otorgado el permiso y designación para dar voz a la Academia y cumplir con el grato deber de recibirlo en el sillón número 37.

Según la tradición, el discurso de recepción a un nuevo académico debe estructurarse en dos partes: En la primera, una referencia o recensión del discurso de entrada y en la segunda, debe procederse a la “salutación” de bienvenida al nuevo miembro que recoja parte de su formación y algo de sus vivencias personales.

Algo que demuestra la juventud médica del Profesor López-Cantarero es la elección del tema de su discurso de entrada en esta Real Academia. Su exposición científica puede resultar cuanto menos

chocante. Sí, digamos que para alguno hasta vulgar, pues la hernia es un proceso morboso de alta frecuencia, muy conocido por la población y de la que rápidamente ésta sabe con seguridad hasta su remedio, las maniobras quirúrgicas necesarias, cómo no las nuevas inclusiones técnicas y hasta las complicaciones. En numerosas ocasiones hasta apuesta antes de que intervenga el cirujano sobre el tiempo en que el paciente será devuelto a su casa, pues la estancia hospitalaria breve sólo se adjudica a los buenos cirujanos, o también comentan que hay pacientes que tienen que permanecer con unos tubos de plástico que les salen de los “mismos testículos” en el hospital, y que siempre tienen que ser ayudados por dos familiares que le impiden cualquier esfuerzo, con la buena intención o siguiendo tal vez unas recomendaciones médicas para que “no se les rompan los puntos”, no le dañe una malla que le han puesto, o que los tubos del drenaje no le vayan a “rayar o rozar los testículos, que esos sí están sanos”.

Pero veamos esta aportación de entrada en la Academia, como dice nuestro nuevo Académico, con toda su carga científica, pues la hernia es y debe ser considerada como una enfermedad quirúrgica por excelencia. Y es verdad. Para todos los concedores de una medicina real y científica este tratamiento es un excelente ejemplo de acto quirúrgico, de pericia en el cirujano, de alarde intuitivo, práctico y demostrativo de la profesionalidad de un especialista. Como ha explicado en su discurso, por el cambio de las tendencias técnicas y del protocolo quirúrgico, es un reto también para la capacidad de estudio del profesional, pues es imprescindible poseer un gran conocimiento de la zona inguino-crural, ya que ésta se convirtió hace mucho tiempo en algo más que un puente transitorio y oportunista en la evolución del hombre, cuya simplista visión en un tiempo pretérito alejó la salud corporal a hombres enfermos y los incapacitó, como hemos oído, hacia límites indeseables de la vida laboral y social de una forma permanente.

El Doctor López-Cantarero aporta su experiencia personal con más de 1200 intervenciones, y este Centro Hospitalario Universitario, todavía el Hospital Clínico San Cecilio, lo hace responsable de un área

quirúrgica centrada en la pared abdominal, además de protagonizar la patología quirúrgica de la zona esófago-gástrica.

Como se pormenoriza en este discurso, el punto al que hemos llegado no sería posible sin un largo proceso, fruto del trabajo y de las iniciativas aparecidas desde el Código de Hammurabi (1760 a de C), que como saben ustedes fue tallado en un bloque de basalto de unos 2,50 m. de altura por 1,90 m. de base y colocado en el templo de Sippar, y que contiene una descripción médica sobre la cauterización de las hernias, hasta otras posteriores que nos pueden parecer bruscas y terribles, como las de los antiguos griegos que solucionaban el tratamiento de la hernia inguinal a base de “empujón y contención” del tránsito intestinal: así, la hernia que no resultaba plegada, era porque se estrangulaba y era causa de muerte entre los portadores más desafortunados.

Cuando la Escuela de Alejandría (300-100 años a. de C.) utiliza el término de hernia, centra la intervención quirúrgica en la estrangulación y la resección secundaria del saco. Como han podido oír en este discurso, las características del cirujano se debían centrar en la madurez, en la rapidez de sus manos, la buena visión, y sobre todo, en la entereza para no dejarse influir por los gritos del paciente.

Me ha llamado la atención en esta pormenorizada exposición que recoge los escalones terapéuticos de la intervención quirúrgica sobre la hernia inguinal, que continuamente nos presenta lo que hoy no se debe de hacer: desde los “vendajes, bragueros y castración”, por ejemplo, de Henri de Mondeville (1260-1320), como la singular actuación de Pierre Franco (1500-1561) que logra exponer una clasificación de las hernias, lo que permite intentar un tratamiento nuevo para aquellas hernias que se presenten como estranguladas.

Su detenido discurso se centra en el siglo XVII, cuando aparecen los grandes y señeros cirujanos. ¡Que expresión más llena de ciencia, respeto y cariño hacia la patología que él conoce! Ya se acababa el ser del “cirujano-barbero” y se determinaba el saber

científico tan circunscrito a la que luego alcanzó una especialidad. La llegada del Profesor Gimbernat es destacada en esta referencia de una forma especial, tanto por sus connotaciones anatómicas, como descriptivas, como por la incorporación de conceptos que representaban la continuidad de William Hunter en 1762.

Como habrán observado, a través de la exposición científica de nuestro nuevo académico y en las referencias acaecidas a partir de 1871 con Joseph Lister, una pléyade de resultados son expuestos para la definitiva técnica que alcanzó los límites del siglo XXI con la brillantez que hoy conocemos.

Este hecho tiene importancia porque la historia de la cirugía, según Bertrand Gosset, es la historia de los últimos cien años. Hoy casi 150 años. Se iniciaría en 1846 con el descubrimiento de la anestesia y, por tanto, con la posibilidad de sanar evitando drásticamente el dolor. Aunque pudiera ser así, aunque para este autor lo que hubiera sucedido antes sería como una noche de ignorancia, sufrimiento y estéril tanteo de la oscuridad, en su discurso el Profesor López Cantarero va separando etapas progresivas en la historia del tratamiento de la hernia, a través de la anécdota histórica en unas ocasiones y la científica en otras, en las que no se oculta que en estos profesionales existe adaptándose a sus conocimientos y vocación, un deseo de superación de un médico-cirujano lleno de inquietud y, por qué no, de pasión, hacia una cirugía determinadamente difícil y laboriosa hasta llegar en la actualidad a una realidad en la que se terminará escribiendo y realizando la técnica por una vía laparoscópica.

Decía hace un momento que su referencia a esta terapia posee de forma cercana el reto final para que la cirugía de la hernia también se acerque a la posibilidad de desarrollar técnicas laparoscópicas y el empleo adecuado de nuevos materiales protésicos, que en el curso de los años nos ofrecerán mayor cantidad de pacientes intervenidos con anestesia local, menor tiempo de recuperación y mayor calidad de vida a largo plazo, para un paciente que aparentemente puede ofrecer “sólo una patología banal”.

La salutación de hoy al recipiario impone conocer algún detalle de la vida de Manuel Enrique López-Cantarero, al que no le desagrada -sino todo lo contrario- proceder del pueblo con más gracia de esta y otras provincias: naturalmente me estoy refiriendo a que D. Manuel nació en Maracena, el 26 de Diciembre de 1947.

Pueblo de origen romano en donde un rico hombre llamado Maratius –de donde procede el topónimo actual- poseía una gran finca, que hoy es parte original de lo que se conoce como término de Maracena, según los datos procedentes del hallazgo de un hito o monolito datado en el siglo I d de C.

Su infancia, su periodo escolar y pre-universitario se esconden siempre sobre un tesón que recibe de unos padres hechos en un medio rural y que desean para él todo aquello que sea capaz de dar. Su periodo pre-universitario pasa desapercibido entre aficiones que no se perderán nunca: su compañerismo, su deseo de encontrar la esencia de los fenómenos que le rodean, su fácil dicción que salpica de recuerdos hacia su pueblo natal, sus familiares y sus amigos. El día a día siempre se llena de satisfacción porque trabaja con ellos.

Pues bien, el Profesor López-Cantarero, inicia sus estudios y primeras correrías en el llamado Huerto de las Monjas, bajo la atenta y benefactora vigilancia de su primera profesora: Sor Irene, mujer querida y respetada, que ordenaba toda la actividad por medio de ese aparato de madera extraordinario y repetitivo, la famosa “chasca”, por cuyas clases pasaron tantos niños maraceneros, a los que inició en su vida escolar con dedicación, amor y profesionalidad, merecedora por ello de una plaza en el pueblo.

Desde el principio Don Manuel Enrique fue buen estudiante, a la vez que un niño inquieto, curioso, ingenioso y travieso. Junto con su inseparable amigo Pacuki fabrica, por ejemplo, ciertos “trabucos con ramas de árboles” para cazar. Entre algunas correrías lejanas, pero de las que dicen en Maracena: *eso sí que tiene chiste*; les gusta a la pareja tanto visitar los belenes en Navidad, que con muy pocos

años son capaces de llegar andando desde su pueblo hasta San Juan de Dios, sin conocimiento de sus padres que, tras ser alertados por los frailes, tuvieron que ir a recogerlos, con la correspondiente reprimenda posterior. En otras ocasiones no hay llamada de aviso pero son hallados en cualquier convento que tuviera la exposición del belén en marcha, con numerosas luces y ríos azules, en los que el día y la noche se sucedieran con un fondo musical de villancicos.

La relación filial -especialmente con su madre, Emilia- llega a crear un clima tan cercano que lo empuja a estudiar Medicina. Emilia se adorna de todas las características de una buena madre, de un halo de personalidad excepcional y de un amor hacia él y hacia los demás, que destaca en el recuerdo de todos los que la conocieron. Pero previamente y bajo la influencia de sus padres cursa el Bachillerato interno entre la Abadía del Sacromonte y el Colegio del Palo en Málaga, y así se va desarrollando en él una serie de aptitudes, entre las que destaca su interés por la lectura y sobre todo se va consolidando su gran secreto, su deseo de dar un paso más con el objetivo de ser cirujano.

A pesar de cursar estos años fuera del hogar, sus vivencias agrícolas con su padre no lo separan de su pueblo, de sus amigos y sobre todo de algo que conocen muy pocos entre los que le tratan: su especial orgullo de ejercer como maracenero allí donde se encuentra.

Su periplo por la Facultad de Medicina está lleno de detalles de un avezado estudiante, aunque se quedó ciertamente frustrado cuando comprobó que no podía compatibilizar -por falta de tiempo- su carrera de Medicina con su otra pasión: las Humanidades, a través de cursar estudios simultáneos de la Licenciatura de Filosofía y Letras. Decide entonces que debe seguir con su vocación. De hecho diremos a sus ilustrísimas, porque así se ha publicado en una referencia a ciertos maraceneros de renombre (M.J. Roldán, *Historias de Maracena*, Ed. Osuna, 1006; pp. 57-67), que dado su carácter enamorado, con un cuerpo y coraza que alcanzaba ya entonces una talla de 1,92 metros, bien parecido -que se decía antes-,

extraordinariamente irónico, inteligente y gracioso, no dejó de visitar la Facultad de Filosofía para comprobar y también saber, sólo por saber, si aquellas mujeres tan guapas que se habían matriculado en primer curso, *progresaban adecuadamente*. No dejaría de saludarlas cortésmente durante algún tiempo a la salida de las clases diarias en aquella Facultad de la calle Puentezuelas, ni cuando acudía para saborear los buenos y variados menús del famoso restaurante para estudiantes, viandantes y transeúntes de entonces, llamado “El Paiz”, pues, no por pura casualidad, era un punto de encuentro para intercambiar vivencias entre estudiantes de diferentes carreras, en el que no podía faltar la concurrencia del Profesor López-Cantarero para su comprobación cercana y visual.

Terminó su carrera de medicina en 1972 y comenzó su especialidad en cirugía por la vía MIR. Entonces en el acceso, además del examen escrito, existía una entrevista personal que también puntuaba. En el tribunal, recién llegado de Cádiz, actuaba como presidente el Profesor Don Ignacio Arcelus, que le preguntó: ¿Qué quiere hacer Usted? Con toda franqueza y seriedad, el Profesor López-Cantarero respondió: “Yo, o cirujano o ninguna cosa más”... Ante respuesta tan contundente, Don Ignacio se le quedó mirando con profundidad y, naturalmente, obtuvo la plaza con el complemento certero de esta parte. No olvidará nunca su cercana relación con el que fue su Maestro, ni su deseo de acompañarlo en aquellas interminables horas de quirófano, con las que Don Ignacio solía deleitar a sus discípulos. Horas de contacto y de aprendizaje y de generosa entrega hacia los tratamientos límite de la cirugía, que continúa ejerciendo especialmente en el paciente verdaderamente difícil y con un complicado pronóstico a priori.

No dormir, estudiar, progresar hasta ser nombrado Profesor Ayudante en 1976, Jefe de Sección del Hospital Clínico y, por encima de todas estas situaciones académicas y clínicas, enamorarse: Don Manuel todavía se enamoraba de todo y mucho. Así no fue óbice para que en 1978, un amor especial llamado M<sup>a</sup> José lo parara como fuente permanente de un jardín de futuro y le diera un hijo que hoy también se encuentra entre nosotros.

En cuanto a su trabajo hospitalario ampliaré brevemente: Especialista en Cirugía en 1976, en Traumatología en 1979, Doctor en Medicina en 1984, Profesor Titular de Cirugía en 1985, Director de líneas de investigación sobre la *recidiva ulcerosa*, colaborador de la Unidad mixta de Investigaciones Médicas. Numerosas publicaciones en libros, comunicaciones a congresos y al menos 85 publicaciones en revistas relacionadas con la especialidad y el grupo de investigación.

Todo el entorno del Profesor López-Cantarero seguramente se desprende de su propia autovaloración: es trabajador, empecinado, cabezota... Yo diría que lo conozco hace cerca de 45 años, que su manera de entender la vida lo hace desde el profundo pozo de la bondad del tímido: es generoso y tiene un poder de predicción que empieza siempre cuando formula un deseo; por ejemplo, suele decir con frecuencia:

*Para ser hombre, médico.  
Para ser médico, cirujano.  
Para ser cura, cartujo.  
Para ser militar, legionario...*

Y yo le añado lo que dicen en su pueblo:

*Para hablar bien, nacer y vivir en Maracena,  
pues siempre está más cerca de Madrid  
y el castellano con eses, es el castellano*

Para terminar diré que tiene algo de intuitivo y mucho de racional en situaciones variadas que se le han presentado a lo largo de su vida, por lo menos esto se desprende de algunas de las anécdotas que conozco a través de sus amigos y de sus historias.

Un día en una heladería muy conocida en Granada, “Los Italianos”, después de hacer su goloso y sabroso pedido, vio pasar a un hombre con un cuello muy ancho por la Gran Vía, y al seguirlo se dio cuenta que un gran bocio se le descolgaba prácticamente sobre el

cuello de la camisa. Si lo pudiera operar yo, lo dejaría extraordinario, se dijo. Esto quedó bullendo toda la noche entre sus sueños. Al día siguiente, al pasar sala se lo encontró en una cama de su sector. -¿Y esto?, preguntó. Ingresó anoche y el jefe lo ha puesto para que lo intervenga Usted. Con gran sorpresa y alegría puedo y doy fe profesional que lo hizo y que su evolución fue durante muchos años excelente.

Yo sé que antes pensaron que los amores del Profesor López-Cantarero se orientaban en un solo sentido; pero no, Don Manuel es un fervoroso, como buen maracenero, de la Virgen de su pueblo, la Virgen de la Encarnación. Pues bien, salía de oír el famoso pregón anual después del cual es costumbre invitar por parte de la parroquia a un corto aperitivo eclesiástico, digamos, a los fieles y amigos de la cofradía. El pregón lo había dejado entusiasmado y venía pensando por la calle: si a mí me tocara un año, ¿cómo lo enfocaría? ¡Qué fácil y qué difícil! En la iglesia y para todo mi pueblo, un pregón a la Virgen ¡Con lo que yo quiero a mi Patrona y a mi pueblo!

Reunidos informalmente unos momentos después y en el transcurso de dicho ágape, se acercó el director de la cofradía esa misma noche y le dijo: Manolo, eres un maracenero de renombre ¿por qué no haces tú el pregón el año que viene? Don Manuel dijo que sí y aunque yo tengo el pregón desde su impresión, aquí acabaré la referencia para no forzar mucho más a nuestro Ilustrísimo Académico, sobre aspectos que no todos podríamos entender de la misma forma, pero que lo hacen poseedor de una personalidad variada, rica y multifactorial.

El Profesor Vara leía en esta Real Academia en una bella semblanza, que la definición de los hombres de bien es, como señala Cicerón, su capacidad para alcanzar la amistad perfecta. Para él una pregunta clave se acercaba a la perfecta definición: ¿qué entendemos por amistad?

Así el concepto de amistad depende fundamentalmente de la posición intelectual del hombre ante el mundo y, por consiguiente, se

modifica según el sistema filosófico imperante en cada momento. Para comprenderlo, siempre habrá que tener en cuenta las orientaciones del pensamiento que constituyen la vida intelectual, en nuestro caso en la avanzadilla del siglo XXI (Modificado de R. Vara Thorbeck 1996).

Aquí se señalaba resumidamente que, el hombre como sujeto, la simpatía, el respeto, la honestidad, convierten la realidad del porvenir en algo que se acerca a lo que con dificultad, (a excepción de si se considera algunos aspectos de los escritos de Santo Tomás), se puede entender como amistad útil. Digamos que si se introduce el calificativo indeleble de “mutuo y recíproco” se convierte esta amistad en un deber moral. En este contexto señalo hoy, bajo tan ilustre marco la evolución de mis vivencias a lo largo de estos casi 45 años con el Profesor López Cantarero, como las del amigo que sin ser cercano a lo cotidiano, fue siempre practicante de una amistad para mí de reflejo completo y que siempre estuvo dispuesto a dar para aquello que terceros, segundos y primeros podíamos necesitar y que en los que tuvieron la fortuna de conocerlo de cerca y llegaron a acercarse a su corazón, viven hoy en la burbuja espiritual del intercambio del amigo integral.

Profesor Don Manuel López Cantarero, cirujano de preparación y prestigio, familiarmente entre los suyos y con la sombra del paraguas de antiguos y nuevos amigos, bienvenido a esta Docta Academia, naturalmente, a esta su Casa.

He dicho.



