

Diez años de experiencia empleando la técnica con plug de Lichtenstein en la hernia femoral

Femoral Hernia. Ten years of experience in using the Lichtenstein Plug Technique

Dr. Pedro López Rodríguez, Dr. Pablo Gonzalo Pol Herrera, Dr. Jorge Satorre Rocha, Dr. Juan Ramón Cruz Alonso, Dra. Olga León González, Dr. Huascar Rodríguez Galbán

Departamento Docente de Cirugía. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: se han desarrollado diversas técnicas para la reparación de la hernia femoral. La técnica con el Plug de Lichtenstein desde el año 1989 ha permitido obtener un menor índice de complicaciones y recidivas, así como una recuperación temprana de las actividades habituales del paciente. Su aplicación, ampliamente difundida en la cirugía electiva, también puede realizarse en la cirugía de urgencia. El objetivo de este trabajo es valorar la experiencia de nuestro grupo básico de trabajo en el tratamiento quirúrgico de la hernia femoral mediante la aplicación de esta técnica.

Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo con carácter retrospectivo en nuestro grupo básico de trabajo, del servicio de cirugía del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" entre los años 2001 al 2010, a un conjunto de pacientes a los cuales se les aplicó la técnica del Plug de Lichtenstein para la reparación de la hernia femoral. Se estudiaron las variantes anatómicas de las hernias así como las complicaciones posoperatorias y la evolución clínica.

Resultados: la edad media de los pacientes fue de 58,7 años (19-92 años) y el sexo femenino fue el de mayor incidencia (78 %), además la localización más frecuente, la derecha (67,5 %). La prótesis empleada en la hernioplastia fue la de polipropileno. Se aplicó la anestesia local a 29 pacientes (63 %). El tiempo quirúrgico medio fue de 25 minutos (15-65 minutos). La deambulación fue precoz y la estancia media hospitalaria fue menos de 24 horas, en la mayoría de los pacientes. Solo se constató una infección de la herida y una recidiva herniaria en un paciente.

Conclusiones: la técnica del Plug de Lichtenstein debe considerarse entre las de elección en el tratamiento de la hernia femoral.

Palabras clave: hernia femoral, malla de polipropileno, técnica con plug de Lichtenstein.

ABSTRACT

Introduction: many technical procedures have been developed to repair femoral hernia. Since 1989, the Lichtenstein Plug technique has allowed lower rates of post operative complications and recurrence as well an earlier recovery of the daily life activities of the patients. This technique, widely known in elective surgery, can also be performed in the emergency surgery.

Objective: to assess the experience of our basic working team in the surgical treatment of the femoral hernia through this technique.

Methods: a retrospective, descriptive and observational study was conducted by our basic working team from the surgery service at "Dr. Enrique Cabrera" General Teaching Hospital from 2001 to 2010, which covered the patients who underwent surgical repair of femoral hernia through the Lichtenstein Plug technique. The anatomical variants of the hernias as well as the postoperative complications and the clinical progress were studied.

Results: the mean age of the patients were 58.7 years old, (19-92 years), with prevalence of females (78 %). The most frequent location of hernias was on the right (67.5 %). Polypropylene reticular mesh was the most commonly used. Local anaesthesia was applied in 29 patients (63 %), and the mean surgical time was 25 minutes (15-65 minutes). The average length of stay at hospital was less than 24 hours. Just one patient developed wound sepsis and herniary recurrence.

Conclusions: the Lichtenstein Plug procedure should be regarded as a choice in treating femoral hernia.

Key words: femoral hernia, polypropylene mesh, Lichtenstein Plug technique.

INTRODUCCIÓN

En el año 1989 comenzamos a utilizar la técnica conl plug de Lichtenstein, descrita por este autor en 1974, bajo el concepto de la reparación *free tension*, libre de tensión en las hernias femorales.¹ Esto se debió a las ventajas que ella presentaba frente a las técnicas clásicas por vía femoral: *Bassini y Bassini - Kirschner* y por vía *inguinal Lottheissen - Mc Vay - Anson, Charles Dujarier y Cheattle Henry*, las cuales presentaban una tasa de recurrencia que oscilan entre un 2 y 22 %.^{2,3} En una primera evaluación que realizamos a los pacientes operados por nuestro grupo básico de trabajo (GBT) entre 1989 y 1992 constatamos los buenos resultados de esta técnica, la cual consideramos de elección para el tratamiento de la hernia femoral, que representa entre el 2 y 7 % de las hernias de la ingle.⁴⁻⁶ El objetivo de este trabajo es valorar la experiencia de nuestro grupo básico de trabajo en el tratamiento quirúrgico de la hernia femoral mediante esta técnica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo con carácter retrospectivo en nuestro grupo básico de trabajo, en el Servicio de Cirugía del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" el cual abarcó un periodo de diez años (2001 al 2010). Todos los pacientes intervenidos se incluyeron en este estudio. A estos pacientes se les aplicó la técnica quirúrgica antes mencionada. Estudiamos las variables anatómicas así como, la edad de los pacientes, la tolerancia a la anestesia local, el tiempo quirúrgico, el dolor posoperatorio, la infección de la herida, la recurrencia y el tiempo de retorno al trabajo, entre otros aspectos.

En todos los pacientes se utilizó una malla de polipropileno, monofilamento, de diferentes marcas comerciales, de forma rectangular, con unos 3 cm de ancho y entre 15 y 20 cm de longitud. Con un segmento de esta malla, enrollado, se realizó un cilindro de tamaño variable en relación con el orificio herniario dilatado, el cual se introdujo en él para ocluirlo y se fijó mediante dos únicas suturas de polipropileno 2-0, desde su borde superior al ligamento inguinal, y otra que une la parte inferior de la prótesis a la fascia del músculo pectinio.

A todos los pacientes se les administró profilaxis antibiótica preoperatoria, cefazolina 1 gramo endovenoso, 30 minutos antes de la cirugía. Se realizó un seguimiento evolutivo periódico a los pacientes.

Se confeccionó una planilla para la recolección de datos, los que fueron extraídos de las historias clínicas de los pacientes y se almacenaron en una base de datos automatizada creada en Microsoft Excel, la cual fue procesada posteriormente en el programa estadístico SPSS versión 11.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se exponen los resultados más relevantes de esta serie. Podemos observar que el mayor número de pacientes fueron mujeres, 36 en total (78 %) y solo

hubo 10 hombres (22 %), lo cual está de acuerdo con lo reportado por otros autores.^{2,4} La localización más frecuente fue la derecha en 31 pacientes (67,5 %) y la edad media de los pacientes fue de 58,7 con un rango entre 19 y 92 años.

Se realizaron 47 intervenciones quirúrgicas en 46 pacientes, ya que hubo una recidiva (2,2 %). Se trató de una paciente que había sido operada por una hernia femoral recidivada, incarcerada y que presentó una infección de la herida en el posoperatorio. La anestesia más utilizada fue la local, la cual se aplicó a 29 pacientes (63 %), seguida de la regional en 12 pacientes (26,2 %) de los casos ([tabla 2](#)). También se observa en esta tabla que la duración media de las intervenciones quirúrgicas fue de 25 minutos y la estancia hospitalaria de 8 horas, al igual que lo reportan otros autores.⁷

La única recidiva observada en nuestra serie se presentó en una paciente que fue intervenida por una hernia recidivada, incarcerada. En el acto quirúrgico se observó un orificio femoral amplio que fue ocluido con un cilindro de malla de polipropileno como se hizo con todos los demás pacientes. En el posoperatorio presentó infección de la herida y recurrencia a los cuatro meses. En la reintervención se comprobó que la prótesis cilíndrica era de tamaño insuficiente para ocluir el orificio femoral. A esta paciente se le realizó una reparación por vía preperitoneal con un parche amplio de malla de polipropileno.

DISCUSIÓN

La gran ventaja de esta técnica es la ausencia de tensión, y para ello la malla debe ocluir totalmente el orificio herniario. Por tanto, la prótesis se adecuará al tamaño del orificio y no a la inversa, así se evita su cierre parcial cuando es grande, ya que esto daría lugar a zonas de tensión con los consiguientes riesgos de recidiva. En la hernia femoral primaria, el orificio herniario es pequeño y puede ser ocluido satisfactoriamente con la prótesis cilíndrica de polipropileno. La baja tasa de complicaciones y su sencilla y rápida ejecución hace que la consideremos como técnica de elección en los casos de hernia femoral primaria.

En la hernia femoral recurrente el anillo es, en general, de mayor tamaño, además, en casos de cirugía urgente por hernia femoral atascada o estrangulada, con frecuencia es preciso ampliar el anillo herniario para poder manejar adecuadamente el intestino afectado. En ningún caso se debe intentar disminuir el tamaño del orificio mediante sutura, aunque sea grande, por el peligro de recurrencia. En estos casos puede ser útil sustituir la prótesis cilíndrica de Lichtenstein por una malla en forma de cono como ha sido utilizada por otros autores.

El material protésico empleado en los casos fue una malla de polipropileno monofilamento, por considerarlo el más adecuado, ya que es fuerte, resistente a la infección y los casos de intolerancia son prácticamente inexistentes ya que permiten una rápida proliferación fibroblástica intersticial que la fija íntimamente a los tejidos, según reporta *Mansilla Molina D y otros*.⁸ En nuestra serie no tuvimos fallecidos y la mayor morbilidad se produjo en el grupo de pacientes de mayor edad. Por este motivo, junto al hecho de la elevada probabilidad de estrangulación de la hernia femoral,⁹ creemos que todo paciente diagnosticado de hernia femoral, independientemente de la edad y riesgo quirúrgico, debe ser intervenido de manera programada tras una preparación adecuada para evitar así situaciones adversas que aumenten la morbilidad, de acuerdo con lo expresado en 1993 por *Porrero JL y Chamary*.¹⁰⁻¹²

La anestesia local fue la más empleada en nuestra serie (63 %) debido a los grandes beneficios que aportan al paciente con alto riesgo quirúrgico, sin embargo, en la actualidad la empleada con más frecuencia es la regional.^{13,14}

En fin, podemos afirmar que la serie que presentamos no es muy extensa, pero está avalada por buenos resultados, tanto en el posoperatorio inmediato y en la reincorporación del paciente a su actividad habitual, como en la ausencia de recidivas o complicaciones tardías, al aplicar la técnica del Plug de Lichtenstein en la reparación de la hernia femoral.

Se concluye, al igual que otros autores,¹⁴⁻¹⁶ que son igualmente significativos la comodidad de la reparación cuando se realiza bajo anestesia local, la cual es ideal cuando se trata de cirugía electiva, ya que la disminución del traumatismo tisular y las molestias posoperatorias conllevan a una menor incidencia de sepsis y recurrencias.

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos que la técnica del plug de Lichtenstein debe ser de elección en el tratamiento quirúrgico de la hernia femoral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lichtenstein IL, Shore JM. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a plug technique. *Am J Surg.* 1974;128:439-44.
2. Nicholson S, Keane TE, Devlin HB. Femoral hernia: an avoidable source of surgical mortality. *Br J Surg.* 1990;77:307-8.
3. Bendavid R. New techniques in hernia repair. *World J Surg* 1989;13:522-31.
4. Lichtenstein IL. Herniorrhaphy. A personal experience with 6,321 cases, *Am J Surg.* 1987;153:553-9.
5. Gilbert AI. Sutureless repair of inguinal hernia. *Am J Surg.* 1992;163:331-4.
6. Robbins AW, Rutkow IM. Mesh plug repair and groin hernia surgery. *Surg Clin North Am.* 1998;78:1007-23.
7. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. Use of mesh to prevent recurrence of hernias. *Postgrad Med.* 1990;87:155-8.
8. Mansilla Molina D, Pérez Folques JE, Civera Muñoz J, Vázquez Ruiz J, Polo Pérez MI, Guirao Manzano J, et al. Hernioplastia sin tensión en hernias crurales. *Cir Esp.* 1999;65:176-8.
9. Sánchez-Bustos Cobaleda F, García Muñoz-Najar A, Manchen Trujillo B, Cuadros Borajo M, Alcaide Matas F, Campano Cruz I, et al. Hernia inguinal recidivada: tratamiento mediante abordaje preperitoneal y prótesis amplia de malla de polipropileno. *Cir Esp.* 2000;67:354-7.
10. Porrero JL, Diez M, Martín D, Lomar M. Experiencia con la técnica de Plug de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural. *Cir Esp* 1993;53:97-9.
11. Chamary VL. Femoral Hernia: intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity and mortality. *Br J Sur.* 1993;80:230-2.
12. Porrero JL, Sánchez Cabezudo C, Bonachia O, Buenadiche LA, Alfonso S, Hidalgo M. Hernia Inguino Crural: estudio multicentrico sobre técnicas quirúrgicas. *Cir Esp.* 2005;78(01):45-9.
13. Roselló Fina JR, Molina Fernández EI, Canals Rabassa PP, Mederos Curbelo ON, Enrique WQeinn ES. Uso de bioprótesis en las hernias inguinocrurales complicadas. *Rev Cubana Cir.* 42(2):2003. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issues&pid=0034-749320030002&lng=es&nrm=iso
14. Die Trill J, DSanjuanbenito A, Fresnula Moreno V, Rodríguez G, de Juan Lerma A, Mena A. ¿Es la técnica con Plug de Lichtenstein adecuada para el tratamiento de la hernia crural complicada? *Cir Esp.* 2003;74:104-7.
15. Acevedo A, Reyes E, Herrera JC. Hernia Femoral: estudio de la pared posterior del Canal Inguinal. *Reuchi Cir.* 2005;57(6):495-9.

16. Malangoni MA, Rosen MJ. Hernia, In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston textbook of Surgery. 18th ed. chap 44. Philadelphia, Pa: Saunders Elservier; 2007.

Recibido: 22 de junio de 2012.

Aprobado: 20 de julio de 2012.

Dr. *Pedro López Rodríguez*. Departamento Docente de Cirugía. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba. Correo electrónico: lopezp@infomed.sld.cu