

## Revista Médica del Hospital General de México

Volumen  
Volume **65**

Número  
Number **1**

Enero-Marzo  
January-March **2002**

*Artículo:*

Una simplificación de la técnica de Shouldice  
para el tratamiento de la hernia inguinal.  
Estudio piloto en diez pacientes

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

Otras secciones de  
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com



## Una simplificación de la técnica de Shouldice para el tratamiento de la hernia inguinal. Estudio piloto en diez pacientes

Carlos R Cervantes-Sánchez\*

### RESUMEN

La plastia inguinal es la cirugía electiva más frecuentemente realizada en el mundo entero. Un gran número de técnicas ha sido creado para tratar esta patología y muchas de ellas han sido incluso abandonadas por carecer de resultados favorables. Aún no existe una técnica que sea universalmente aceptada con la que se obtengan resultados confiables y aplicables a la práctica cotidiana de la cirugía. Este trabajo describe un grupo piloto de diez pacientes en los que se probó una simplificación a la técnica de Shouldice, la cual es, hasta la fecha, la técnica con una mayor estadística de procedimientos realizados (más de 216,000) y que tiene el menor índice de recidiva (menor al 1%). En la realización de esta nueva técnica se preservan los principios fundamentales de Shouldice que asienta su éxito en el respeto de la anatomía y la fisiología de la región inguinal al salvaguardar los siguientes puntos durante su realización; 1) ajuste del orificio inguinal profundo y 2) reforzamiento de la pared posterior del canal inguinal a nivel del triángulo de Hesselbach, con la ventaja de que la tensión sobre la sutura se reparte de manera homogénea al realizarse con un surjete simple de material sintético no absorbible.

**Palabras clave:** Plastia inguinal, hernioplastia, hernia inguinal, técnica quirúrgica.

### ABSTRACT

*The inguinal herniorrhaphy is the most common elective procedure performed in the entire world. A great deal of effort has been applied to find the most suitable surgical procedure to treat this condition, and many techniques have been abandoned because the lack of good results. Until date there is still not any surgical technique universally accepted to be applied to the routine practice. This paper describes a pilot study in ten patients that received a simplification to the Shouldice technique for the treatment of groin hernia, which has the largest statistic of performed procedures (more than 216,000) and with the lowest recurrence rate (less than 1%). In the performance of this new technique, the principles of the Shouldice technique are preserved, as they are 1) adjustment of the deep inguinal orifice and 2) reinforcement of the posterior wall of the inguinal canal at the Hesselbach's triangle, with the advantage of tension release through a simple running suture with a synthetic non-absorbable material.*

**Key words:** Inguinal herniorrhaphy, herniorrhaphy, groin hernia, surgical technique.

### INTRODUCCIÓN

Hernia es el paso del contenido de una cavidad hacia el exterior a través de un orificio natural, anormalmente dilatado. En el caso de la inguinal, el defecto se centra en la integridad estructural de la lámina músculo-aponeurótica que forma la pared posterior del canal inguinal y el

orificio inguinal profundo. La hernia directa implica un debilitamiento de la fascia transversalis en el triángulo de Hesselbach, mientras que la indirecta se determina por el agrandamiento del orificio inguinal profundo, a expensas del debilitamiento de la fascia transversalis. En la femoral, el defecto radica en permitir el paso del saco herniario por el orificio crural. Por lo tanto, la base para la reparación es la reconstrucción anatómica de la fascia transversalis alterada, con ella misma o con estructuras musculares y ligamentosas análogas.<sup>1-3</sup>

\* Servicio de Cirugía General, Hospital General de México, O.D.

Existen varias clasificaciones de las formas de presentación de esta patología. La más aceptada en nuestra institución es la clasificación de Nyhus, por la facilidad que ofrece de correlacionar la clínica con la técnica quirúrgica correspondiente para cada caso en particular.<sup>2</sup>

La plastia inguinal es el procedimiento quirúrgico electivo que con más frecuencia se realiza en nuestro medio y probablemente en cualquier país del mundo.<sup>1-3</sup> Existen diferentes técnicas para corregir este defecto, dependiendo del tipo de hernia; para la hernia inguinal indirecta congénita (tipo I) se recomienda la ligadura alta del saco o la técnica de Marcy.<sup>4</sup> Para la hernia inguinal indirecta con anillo inguinal profundo dilatado y sin alteración de la pared posterior del canal inguinal (tipo II) se recomiendan las técnicas de Bassini,<sup>5</sup> de Condon<sup>6</sup> o combinaciones de éstas y la de Marcy. Para la hernia inguinal directa (tipo IIIa), la hernia inguinal indirecta con ensanchamiento del orificio inguinal profundo y debilidad de la pared posterior en el triángulo de Hesselbach (tipo IIIb), y para la crural o femoral (IIIc) se recomienda como opción terapéutica la técnica con el ligamento de Cooper.<sup>7</sup> La técnica de Shouldice se recomienda para cualquier tipo de hernia, excepto la tipo I.<sup>8-14</sup>

Aun con las variadas técnicas quirúrgicas existentes, se reconoce y acepta que la frecuencia de recidiva se sitúa entre el 5 y el 30% .<sup>1-3</sup> Sólo con la técnica de Shouldice se han reportado recurrencias menores al 1% en las principales series publicadas, realizadas en diferentes centros hospitalarios.<sup>8-14</sup>

La técnica de Shouldice asienta su éxito en el respeto de la anatomía y la fisiología de la región inguinal al salvaguardar los siguientes principios durante su realización:<sup>8</sup> Ajuste del orificio inguinal profundo, reforzamiento de la pared posterior del canal inguinal a nivel del triángulo de Hesselbach con cuatro capas en dos surjetes; el primero realizando una doble oposición de la fascia transversalis después de haber sido abierta y reseca el exceso de la misma, y el segundo acercando el área conjunta del músculo oblicuo menor y el transversal hacia el ligamento de Poupart (inguinal).

En nuestra institución se ha popularizado la combinación de las técnicas de Marcy (que implica el ajuste del orificio inguinal profundo) y de Bassini modificada al estilo americano (que refuerza la pared posterior del canal inguinal al suturar el área conjunta al ligamento inguinal) o de Condon (en donde el refuerzo se hace hacia la cintilla ilio-púbica) y al combinar ambas se consigue una reparación anatómica

semejante a la empleada en la plastia de Shouldice, pero sin abrir la fascia transversalis y empleando sólo una línea de sutura con puntos separados.

El objetivo de este artículo es describir una nueva técnica para la corrección de la hernia inguinal, la cual sigue los principios básicos de la técnica de Shouldice, pero con la ventaja de emplear dos capas con un solo surjete simple con lo que se consigue una mejor repartición de la tensión de la pared sobre la sutura, amén de ser más sencilla en su ejecución. Para lo cual se realizó un estudio piloto en un grupo de diez pacientes adultos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio piloto de seguridad, para probar una simplificación a la técnica de Shouldice para la reparación de la hernia inguinal. Los pacientes incluidos fueron adultos, con una sola hernia inguinal tipo II, IIIa o IIIb de la clasificación de Nyhus, libres de enfermedades que pudieran condicionar aumento de la tensión intraabdominal como estreñimiento, aumento del tamaño de la próstata, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como enfermedades que pudieran limitar su respuesta inmune o afectar a la cicatrización, como diabetes mellitus, insuficiencia renal, desnutrición, tuberculosis, cirrosis, etcétera.

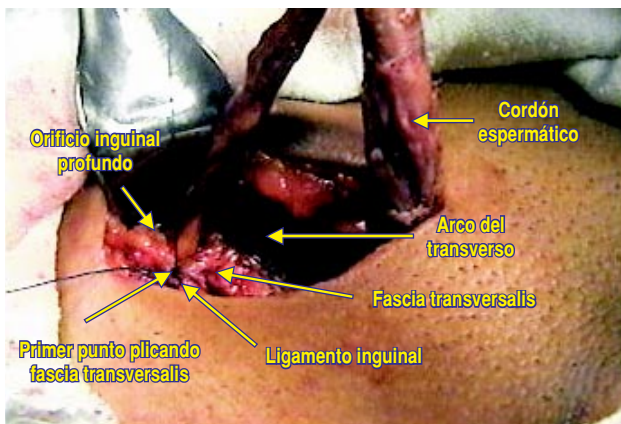
Los pacientes provinieron de la consulta externa del Hospital, después de haber sido estudiados y diagnosticados clínicamente, descartando otras patologías. Consintieron en participar en el estudio después de haber recibido una amplia explicación y haber firmado una carta de consentimiento bajo información apegada a las normas de las Comisiones de Investigación y de Ética de la Dirección de Investigación de la Institución (Registro: DIC/97/304/03/097).

### Técnica propuesta

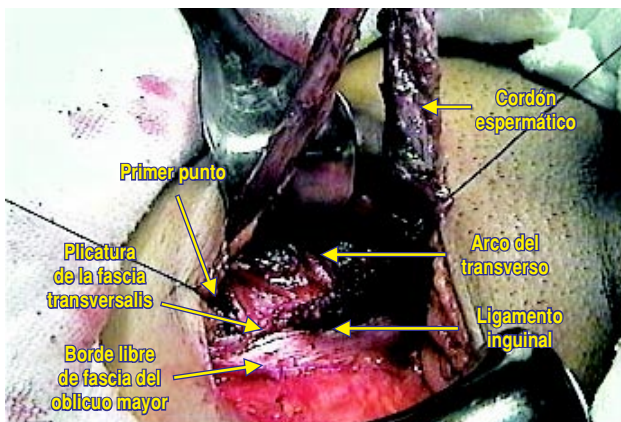
Una vez anestesiado el paciente, con anestesia regional, se realiza la antisepsia y vestido cotidiano del área quirúrgica, para abordar el canal inguinal de la región afectada de manera habitual, incidiendo por planos desde la piel hasta la aponeurosis del músculo oblicuo mayor. Esta aponeurosis se incide a lo largo del trayecto del canal inguinal hasta el orificio inguinal superficial, para dejar descubierto el contenido del canal.

Se diseña el saco herniario en los casos de hernias indirectas, seccionando el cremáster y realizando ligadura alta del saco. En los casos de hernias tipo IIIa sólo se invagina el saco. Posteriormente se localiza el orificio inguinal profundo, levantando el arco del trans-

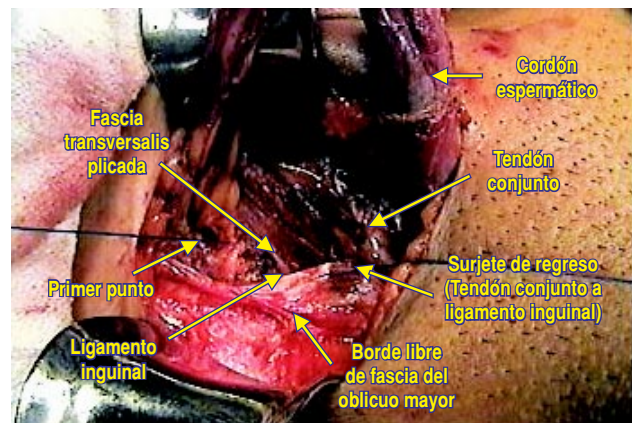
verso con un separador de Richardson para iniciar un surjete plicando la fascia transversalis alrededor del ligamento inguinal (ligamento de Poupert) en las mujeres o del cordón espermático en los varones (*Figura 1*), ajustando el orificio inguinal profundo y continuando la plicatura en sentido medial hasta la espina ipsilateral del pubis (*Figura 2*), tomando la fascia transversalis cefálicamente a lo largo del arco del transverso y caudalmente a lo largo de la cintilla iliopúbica (ligamento de Thompson). Posteriormente y sin anudar, se regresa el mismo surjete simple uniendo el tendón conjunto de los músculos oblicuo menor y transverso, hacia la cintilla iliopúbica y el ligamento inguinal (*Figura 3*), anudando la sutura con el primer punto al inicio del surjete (*Figura 4*). Finalmente, se realiza el cierre del canal inguinal en la forma acostumbrada hasta la piel.



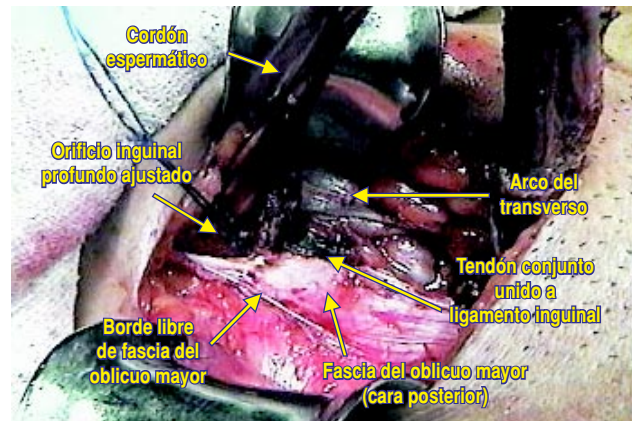
**Figura 1.** Primer punto, ajustando el orificio inguinal profundo e iniciando la plicatura de la fascia transversalis.



**Figura 2.** Plicatura de la fascia transversalis desde el orificio inguinal profundo hacia la espina púbrica.



**Figura 3.** Segunda capa, bajando el tendón conjunto hacia la cintilla iliopúbica y el ligamento inguinal.



**Figura 4.** Punto final, terminando de ajustar el orificio inguinal profundo.

Después de realizada dicha técnica, los pacientes permanecieron en el Hospital por 48 horas en búsqueda de complicaciones inmediatas, siendo dados de alta y citados a los ocho días de la cirugía para el retiro de sutura de la piel y buscar complicaciones mediatas. Después, a las cuatro semanas de realizado el procedimiento, fueron citados nuevamente para descartar complicaciones tardías. Finalmente a un año de realizado el procedimiento se citaron en búsqueda de recidiva temprana.

## RESULTADOS

Fueron incluidos 10 pacientes con edades entre 22 y 50 años ( $36 \pm 14$ ), seis hombres y cuatro mujeres.

En cuanto al tipo de hernia, dos pacientes tuvieron hernia inguinal tipo II, tres sujetos tuvieron hernia tipo

IIIa y cinco enfermos tuvieron hernia tipo IIIb, de la clasificación de Nyhus. En cuatro de los casos, la hernia se presentaba en la región inguinal izquierda y en los otros seis en la región inguinal derecha.

Cada paciente fue citado a los ocho días y a las cuatro semanas de realizada la cirugía, para buscar datos de complicaciones. En ninguno de los casos se encontraron complicaciones inmediatas (sangrado, hematoma, seroma, edema del cordón), medias (dolor, hematoma, seroma, infección, deshiscencia) o tardías (infección, edema, hematoma, seroma, dolor, inflamación).

Una vez cumplido el año de seguimiento, en cada caso, fueron citados de nuevo, expresamente en búsqueda de recidiva temprana, lo cual no sucedió en ninguno de los casos.

El seguimiento fue llevado a cabo por un médico diferente al que realizó la técnica empleada y se mantuvo ciego al estudio durante todo el tiempo de seguimiento.

## DISCUSIÓN

La técnica descrita cumple con los puntos fundamentales propuestos por la clínica de Shouldice, y que se estipula que a ellos se deba la baja recidiva lograda con dicha técnica.

En esta nueva técnica se ajusta igualmente el orificio inguinal profundo y se refuerza la pared posterior del canal inguinal a nivel del triángulo de Hesselbach, con las mismas estructuras anatómicas que se emplean en la técnica de Shouldice, pero en lugar de hacer cuatro capas se emplean sólo dos, implicando menor tiempo en su ejecución.

Otra ventaja de emplear un surjete simple de ida y vuelta, es que permite una adecuada distribución de la tensión ejercida por la presión intraabdominal sobre la pared y la sutura, disminuyendo la posibilidad de ruptura de la línea de sutura o el desgarramiento del tejido suturado, y con ello la necesidad de realizar una incisión de relajación.

Al ser una técnica que incluye menos pasos que la técnica de Shouldice, se facilita más su enseñanza y su aprendizaje, y su ejecución implica menor tiempo.

En los casos descritos como grupo piloto se evaluó la seguridad de esta nueva técnica al realizar un seguimiento ciego de los casos en búsqueda de complicaciones tempranas, medias, tardías y recidiva temprana (a un año), lo cual no sucedió en ninguno de los casos, lo que indica que es una técnica

segura para ser evaluada en una cohorte mayor y por un tiempo más prolongado para buscar recidiva a los tres, cinco o diez años.

Por lo anterior, considero que esta simplificación es fácil de realizar, fácil de reproducir y en su realización se emplean menos pasos que en la técnica de Shouldice cumpliendo los principios propuestos por ésta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nyhus LM, Condon RE. *Hernia*. 3th ed. Philadelphia, Pennsylvania: JB Lippincott, 1989.
2. Nyhus LM, Klein MS, Bogers FB. Inguinal hernia. *Curr Probl Surg* 1991; 28 (6): 405-450.
3. Nyhus LM, Baker RJ. Surgery of hernia. In: *Mastery of surgery*. 2th ed. Boston, Massachusetts: Little Brown, 1992; 1557-1628.
4. Griffith CA. The Marcy repair revisited. *Surg Clin North Am* 1984; 64 (2): 215.
5. Wantz GE. The operation of Bassini as described by Attilio Catterina. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168 (1): 67-80.
6. Nyhus LM, Condon RE, Harkins HN. Clinical experiences with preperitoneal hernia repair for all types of hernia of the groin. *Am J Surg* 1960; 100: 234-244.
7. McVay CB, Anson BJ. A fundamental error in current methods of inguinal herniorrhaphy. *Surg Gynecol Obstet* 1942; 74: 746.
8. Shearburn EW, Myers RN. Shouldice repair for inguinal hernia. *Surgery* 1969; 66 (2): 450-459.
9. Devlin HB, Gillen PHA, Waxman BP, McNay RA. Short stay surgery for the inguinal hernia: experience of Shouldice operation, 1970-1982. *Br J Surg* 1986; 73 (2): 123-124.
10. Kux M, Fuchsjäger N, Schemper M. Shouldice is superior to Bassini inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1994; 168: 15-18.
11. Kingsnorth AN, Gray MR, Nott DM. Prospective randomized trial comparing the Shouldice technique and plication dan for inguinal hernia. *Br J Surg* 1992; 79: 1068-1070.
12. Glassow F. Inguinal hernia repair. A comparison of the Shouldice and Cooper ligament repair of the posterior inguinal wall. *Am J Surg* 1976; 131: 306-311.
13. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A, Poucher J, Hennet H et al and the French Association for Surgical Research. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: The gold standard?. A multicenter controlled trial in 1578 patients. *Ann Surg* 1995; 222 (6): 719-727.
14. Sisley JF, Scarborough CS, Morris RC, Jennings WD. Shouldice hernia repair: Results at a teaching institution. *Am Surg* 1987; 53: 495-496.

*Dirección para correspondencia:*

**Dr. Carlos R. Cervantes-Sánchez**

Hospital General de México

Cirugía General U-304

Dr. Balmis 148

Col. Doctores

06726 México D.F.

Tel: 5578-6752, ext. 1250

Fax: 5761-3541.

E-mail: cervancr@servidor.unam.mx

ccervans@mx.up.mx