

Cirujano General

Volumen
Volume 24

Número
Number 3

Julio-Septiembre
July-September 2002

Artículo:

Herniorrafía inguinal libre de tensión
con la técnica de Lichtenstein.

Experiencia en 72 pacientes

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

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*

Herniorrafia inguinal libre de tensión con la técnica de Lichtenstein. Experiencia en 72 pacientes

Tension-free inguinal herniorrhaphy using the Lichtenstein technique: Experience in 72 patients

Dr. Raudel García Pulido,

Dr. Pedro A. Casanova Pérez,

Dr. Hugo I. Fournier Villa

Resumen

Objetivo: Conocer la efectividad de la técnica de herniorrafia tipo Lichtenstein para evitar la recidiva de la hernia.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, sin grupo control y sin análisis estadístico.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 72 pacientes, adultos, con hernia inguinal de los grupos 3 y 4 de la clasificación de Nyhus, operados ambulatoriamente bajo anestesia local, durante un periodo de un año. A todos se les practicó la técnica de Lichtenstein. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, tipo de hernia más frecuente, tiempo quirúrgico, retorno a labores habituales, morbilidad y recidiva.

Resultados: El grupo etéreo más afectado fue el ubicado entre los 46 y 60 años, predominó en hombres (94%), el tipo de hernia más frecuente fue el 3B con 52 pacientes, seguido del 3A con 14, el tiempo operatorio promedio fue de 50 minutos en la herniorrafia unilateral (66 enfermos) y de 95 minutos en las bilaterales (seis pacientes). Se presentó complicación postoperatoria en siete enfermos (8.9%); han retornado a trabajar a las 2 semanas. El seguimiento a corto plazo, 18 meses, no ha revelado recidiva.

Conclusión: En el corto plazo no ha habido ninguna recidiva, la morbilidad es baja y la reintegración laboral rápida.

Palabras clave: Hernia inguinal, plastia inguinal tipo Lichtenstein, prótesis
Cir Gen 2002;24: 209-212

Abstract

Objective: To know the effectiveness of the Lichtenstein type herniorrhaphy to avoid hernia recurrence-
Setting: Second level health care hospital.

Design: Observational, descriptive study, without control group and no statistical analysis.

Patients and methods: We studied 72 adult patients with grade 3 and 4 inguinal hernias, according to the Nyhus classification, surgically treated as ambulatory patients under local anesthesia. All surgeries were made with the Lichtenstein technique. We analyzed the following variables: gender, age, most frequent type of hernia, surgical time, return to normal activities, morbidity, and recurrences.

Results: The most affected age group was the one between 46 and 60 years, men predominated (94%), the most frequent type of hernia was 3B in 52 patients, followed by 3A in 14 patients. Average surgical time was of 50 min for unilateral herniorrhaphy (66 patients) and of 95 min for bilateral herniorrhaphy (6 patients). Postoperative complications occurred in seven patients (8.9%); return to normal activities took 2 weeks. Short-term follow-up, 18 months, has not revealed any recurrences.

Conclusion: No recurrence has occurred in the short-term, morbidity is low, and return to working activities is fast.

Key words: Inguinal hernia, Lichtenstein type inguinal plasty, prosthesis.
Cir Gen 2002;24: 209-212

Departamento de Cirugía General del Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud. Cuba

Recibido para publicación: 4 de julio de 2001

Aceptado para publicación: 31 de julio de 2001

Correspondencia: Raudel García Pulido, Calle 4 No. 3315 33 y 35 Apto. 5. Reparto Construcción Industrial. Nueva Gerona. Isla de la Juventud. Cuba, 25100, Teléfono: 26257, correo electrónico: raudel@ahao.ijv.sld.cu

Introducción

La hernia inguinal es un problema común en el mundo, con una frecuencia de 15 por cada 1,000 habitantes. El número total de herniorrafias por año realizadas en EUA es de 700,000, éste fue el procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado en 1991 y probablemente existen 800,000 pacientes por año en ese mismo país que eligen no ser operados por hernias. Esto constituye un serio problema socioeconómico para esa nación.^{1,2}

Se estima que en el mundo se operan cerca de 20 millones de pacientes al año portadores de hernia inguinal.³ En nuestro país no contamos con esta información, algunos autores la estiman como la causa más frecuente que motiva tratamiento quirúrgico.⁴⁻⁶

La era moderna de las herniorrafias inguinales comenzó en 1884 con Edoardo Bassini. A pesar de las numerosas modificaciones a la operación original de Bassini, la tasa de recurrencias general oscila alrededor del 10%.⁷ Además de la técnica quirúrgica, el tipo de hernia, la tensión en la línea de sutura y las recidivas previas son factores que afectan la tasa de recurrencia.⁸

En nuestro medio, el tipo 3A, 3B y 4 de la clasificación de Lloyd M. Nyhus constituye el mayor porcentaje de las recurrencias por arriba del 10%, a pesar del uso de técnicas como la de Shouldice y McVay que en otras series presentan un fracaso menor del 2%.^{9,10}

La tensión en la línea de sutura es uno de los factores que se han invocado en el alto índice de recidiva que exhiben las técnicas usadas tradicionalmente; por tal motivo es consenso actual el uso de las llamadas técnicas libres de tensión, y más específicamente, aquéllas que utilizan prótesis para tratar hernias inguinales voluminosas y reproducidas; a propósito, estas últimas cuando se tratan con aproximación primaria tienen una recurrencia que oscila entre el 5% y el 35%.¹¹

Aunque varias son las técnicas libres de tensión que utilizan prótesis, sobresale la de Lichtenstein, de abordaje anterior del canal inguinal, como la que ha resistido las críticas más fuertes. Como ventajas evidentes se mencionan mayor simplicidad, escasas complicaciones postoperatorias, retorno temprano al trabajo y recidiva menor del 2%, incluso en hernias inguinales tipo 4.^{12,13}

El objetivo de este estudio fue evaluar la técnica de Lichtenstein en el tratamiento de pacientes con hernias inguinales tipo 3 y 4 de Nyhus, con la meta de reducir la recidiva a cifras aceptables actualmente.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en 72 pacientes adultos portadores de hernia inguinal del grupo 3 y 4 de la clasificación de Nyhus, operados ambulatoriamente con anestesia local y sedación, en el periodo comprendido de enero de 1999 a enero de 2000.

Todos los pacientes fueron operados con la técnica de Lichtenstein que consta de los siguientes pasos.^{12,14}

Incisión oblicua del canal inguinal.

Apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor.

Identificación y protección del nervio ilioinguinal.

Apertura longitudinal del cremáster sin sección.

Tratamiento de los sacos indirectos mediante invaginación, y de los directos grandes con plicatura de fascia transversalis sin incluir la aponeurosis del transversario y el tracto iliopúbico.

Colocación de un "plug" en el anillo inguinal profundo.

Fijación de un parche protésico con medida individualizada en el piso inguinal; por debajo del ligamento de Poupart y por encima de la aponeurosis del transversario, asegurando que la malla rebase 2-3 cm por fuera de la espina del pubis; se crea una hendidura externa para cerrar el anillo interno y reforzar el llamado triángulo lateral. Cierre por planos de la región.

Todos los pacientes recibieron antibioticoprofilaxis con cefazolina a dosis de un gramo iv una hora antes del procedimiento quirúrgico. El material protésico utilizado fue el mersilene y el marlex, indistintamente, sumergidos previamente en una solución de gentamicina al 3%. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, tipo de hernia inguinal de acuerdo con la clasificación de Nyhus, tiempo quirúrgico, retorno a labores habituales, morbilidad y recidiva. Se realizó seguimiento por consulta externa a los 7 días y anualmente.

Resultados

En nuestra muestra existió un marcado predominio del sexo masculino, explicado por el hecho de trabajar con pacientes del grupo 3 y 4 de la clasificación de Nyhus, donde es menos frecuente encontrar pacientes del sexo opuesto. El grupo etáreo más afectado fue el que comprende los pacientes entre los 46 y 60 años. En cuanto a la localización herniaria, el lado derecho fue el más afectado en 44 pacientes (61%), se detectó bilateralidad en seis enfermos (8%).

En el **cuadro I** observamos que el tipo de hernia más frecuente fue el 3B con un 72%, y, dentro de éste, la mayoría por presentar saco inguinoescrotal.

El tiempo quirúrgico de las herniorrafias inguinales unilaterales osciló alrededor de 50 minutos y en las bilaterales de 95 minutos como promedio. El retorno a las labores habituales en promedio fue de 17 días.

Se presentó complicación postoperatoria en siete pacientes (8.9%), (**Cuadro II**), dentro de éstas destacan: una lesión del deferente, una orquitis isquémica en un paciente con hernia tipo 4B y varios años de evolución, y un seno externo debido a reacción alérgica al material protésico (mersilene) que se reintervino, realizando extracción de la malla y reparación de la pared posterior con técnica de superposición de estructuras de fascia transversalis.

Hasta la fecha el seguimiento promedio es de 1,6 años en todos los pacientes, y no se han presentado recurrencias postoperatorias.

Discusión

Muchos de los principios quirúrgicos básicos de las reparaciones herniarias, concebidos y practicados desde hace más de un siglo han pasado a la posteridad.

Haciendo un análisis didáctico y reflexivo en cuanto a este tema, recordemos que ya en 1890 Edoardo Bassini, refería:¹⁵ "Teniendo en cuenta todo lo que se ha escrito

Cuadro I
Distribución del tipo de hernia según
la clasificación de Nyhus

Tipo de hernia	Número	%
3 A	14	20%
3 B	52	72%
4 A	3	4%
4 B	3	4%
Total	72	100

Cuadro II
Frecuencia de complicaciones postoperatorias

Complicaciones	Número (%)
Hematoma de la herida quirúrgica	1 (1.3)
Hematoma del testículo	2 (2.6)
Granuloma de la herida quirúrgica	1 (1.3)
Orquitis isquémica	1 (1.3)
Lesión del deferente	1 (1.3)
Seno externo	1 (1.3)
Total	7 (8.9)

hasta el momento sobre el tratamiento radical de la hernia inguinal puede resultar un tanto arriesgado intentar publicar más cosas acerca de este tema". Pero en tal sentido estaba errado el maestro, y así lo reafirmó Nyhus¹⁶ en 1989 al comentar "No se ha dicho la última palabra en la historia de la anatomía de las hernias y de la reparación quirúrgica de los defectos herniarios".

Contrariamente a lo que referían nuestros clásicos,¹⁷ las técnicas actuales tienden a utilizar incisiones menos extensas; desde 1982 está descrito el abordaje laparoscópico en el tratamiento de las hernias inguinales,¹⁸ y hoy se habla de herniorrafia inguinal mínimamente invasiva, no laparoscópica, preperitoneal y sin sutura.¹⁹ La disección amplia y esqueletización correcta de los elementos del cordón como requisito indispensable en la profilaxis de la recidiva, es una contraindicación actual en las técnicas libres de tensión; la vieja creencia de que la ligadura alta del saco es un paso elemental en toda herniorrafia (lo que constituye un principio heredado de Bassini) ha quedado obsoleta, esto solamente permite la aparición de la llamada "peritonitis en miniatura" o iatrogénica que es responsable de muchas de las molestias postoperatorias.²

El éxito de muchas de las técnicas de mediados de siglo se aduce a la utilización de la fascia transversalis o elementos derivados de ésta; sin embargo, publicaciones recientes señalan a la fascia transversalis como la capa más profunda, más fina y menos importante en la prevención de la herniación, y que utilizar ésta de forma básica para alguna reparación sería como construir un laberinto de una madriguera.²⁰ En tal sentido

podríamos afirmar que el uso de las técnicas con mallas constituye la opción lógica para evitar la recurrencia. Ya lo profetizaba Theodore Billroth, en 1878, "Si pudiéramos construir tejidos artificialmente, de la densidad y resistencia de fascias y tendones, el secreto de la cura radical de las hernias podría ser descubierto".² Pero no fue hasta 1950 que Francis Usher informó del uso de las mallas de polipropileno en la reparación de hernias incisionales,²¹ lo cual alcanza la mayor popularidad en nuestros días a través de las técnicas libres de tensión. En EUA más del 80% de las herniorrafias utilizan material protésico.³

Otro paradigma de la revolución más actual en la era moderna, constituye que el aprendizaje y realización de una sola técnica para reparar cualquier tipo de hernia, ya sea primaria o recurrente, posibilita obtener mejores resultados, así dejaríamos de ser alumnos de todo y maestros de nada. Por lo tanto, se pone en contradicción la filosofía que ha prevalecido por tiempos, de que la técnica a elegir depende del tipo de hernia y de las variaciones anatomofuncionales de la región.²

También se contradice el reposo absoluto y por largo tiempo en el postoperatorio cuando algunos autores no prescriben restricción alguna y la mayoría de los pacientes se incorporan a sus labores habituales en los primeros siete días.^{2,3,19} De igual forma, la anestesia local infiltrativa con agentes de acción prolongada se ha convertido en el método de elección, ya que entre otras cosas, posibilita una deambulacion más precoz, menor riesgo quirúrgico y disminución marcada del dolor postoperatorio al bloquear moléculas nociceptivas locales liberadas durante la incisión.²²

Las reparaciones anteriores permitían traumatización innecesaria, lo que incrementaba "el dolor y el sufrimiento", frase que había convertido las operaciones de la hernia en un feo epíteto para la luz pública;² las técnicas actuales comienzan a borrar este desagradable aforismo.

Nuestro trabajo, basado en esta visión actual, refleja, hasta ahora, buenos resultados en nuestro municipio. La mayor simplicidad, la recuperación más rápida, y la recidiva nula son datos de nuestra serie que nos hacen mantener esta línea de investigación.

Conclusión

Los pacientes del grupo 3 y 4 de la clasificación de Nyhus, tratados mediante la técnica de Lichtenstein, presentaron: baja morbilidad postoperatoria, retorno temprano a las labores habituales y ninguna recurrencia a corto plazo.

Referencias

1. Rutkow IM, Robbins AW. The mesh plug technique for recurrent groin herniorrhaphy: a nine-year experience of 407 repairs. *Surgery* 1998; 124: 844-7.
2. Robbins AW, Rutkow IM. Mesh plug repair and groin hernia surgery. *Surg Clin North Am* 1998; 78: 1007-23.
3. Gilbert A. Multicenter report in prolene hernia system. 3er Congreso Iberoamericano de Cirujanos (SILAC): *Curso precongreso*. Nov 2000.

4. Rodríguez AA, González IA, Robert García JJ, Rodríguez-Loeches Fernández J. Hernia inguinal. Estudio de 502 pacientes. *Rev Cub Cir* 1988; 27: 9-21.
5. Collado OJ. Resultados del tratamiento quirúrgico con la técnica de Shouldice. *Rev Cub Cir* 1994; 33: 15-24.
6. Utrera Mauri E, Fuentes Valdés E, Hernández González A. Hernia inguinal primaria: Resultado del tratamiento quirúrgico. *Rev Cub Cir* 1990; 29: 470-86.
7. Corbitt JD. Laparoscopic herniorrhaphy. A preperitoneal tension-free approach. *Surg Endosc* 1993; 7: 550-5.
8. Goderich JM. Herniorrafia inguinal primaria: Artificio técnico y factores de recidiva. [Tesis doctoral] *S Cuba* 1990.
9. Machado KH. *Hernia inguinal primaria*: Resultado de su tratamiento quirúrgico en un trienio en la Isla de la Juventud. [Trabajo para optar por el título de especialista de I grado en Cirugía General] 1996. Hospital General Docente "Héroes del Baire". Isla de la Juventud.
10. Welsh DR, Alexander MA. The Shouldice repair. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 451-69.
11. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The "plug" repair of 1,402 recurrent inguinal hernias. 20-year experience. *Arch Surg* 1990; 125: 265-7.
12. Lichtenstein IL, Shulman AG. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. *Int Surg* 1986; 71: 1-4.
13. Egjev VN, Chizhov DV, Rudakova MN. Lichtenstein's hernioplasty in inguinal hernias. *Khirurgiia (Mosk)* 2000; 1: 19-21.
14. Abrahamson J. *Hernias*. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Maingot's abdominal operations. 10th ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997; 479-579.
15. Bassini E. Veber dic Behand lung des leis tenbroches. *Arch for Klinische Chirurgie* 1890; 40: 429-76.
16. Skandalakis JE, Colborn GL, Androulakis JA, Skandalakis LJ, Pemberton LB. Bases embrionarias y anatómicas de la herniorrafia inguinal. *Clin Quir Norteam* 1993; 73: 843-81.
17. Welsh DR. Inguinal hernia repair: a contemporary approach to a common procedure. *Mod Med* 1974; 49-74.
18. Edwards CC, 2nd, Bailey RW. Laparoscopic hernia repair: the learning curve. *Surg Laparosc Percutan Tech Endosc* 2000; 10: 149-53.
19. Kugel RD. Minimally invasive, nonlaparoscopic, preperitoneal, and sutureless, inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1994; 178: 298-302.
20. Bendavid R, Howarth D. Transversalis fascia rediscovered. *Surg Clin North Am* 2000; 80: 25-33.
21. Usher FC, Ochsner J, Tuttle LD. Use of marlex mesh in the repair of incisional hernias. *Am Surg* 1958; 24: 969.
22. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Local anesthesia for inguinal hernia repair step-by-step procedure. *Ann Surg* 1994; 220: 735-7.