

Cirugía por vía laparoscópica en la reparación de la hernia inguinal

Dres. Roberto Delbene¹, Juan E. Bruni², Diego Lentino³, Julio Domínguez⁴

Resumen

Entre marzo de 1992 y julio de 1993 fueron operados 58 pacientes, con promedio de edad de 36 años, portadores de hernia inguinal no complicada por vía laparoscópica, empleando la técnica de L. Schultz modificada. En 2 casos la patología herniaria del lado derecho se asoció con varicocele izquierdo, efectuándose en el mismo procedimiento ligadura sin sección de la vena espermática izquierda con buen resultado. En el seguimiento hasta el momento actual se pudo comprobar un solo caso de recidiva (1,7%) ocurrido a los 2 meses de la operación.

Encontrándose escasa morbilidad: disuria leve por la sonda vesical, palpación del cono de polipropileno y dolorimiento abdominal por el neumoperitoneo.

Palabras clave: Laparoscopia, hernia inguinal

Summary

Between March 1992 and July 1993 58 patients with an average age of 36 years who carried non-complicated inguinal hernias were operated on by means of laparoscopy with modified L. Schultz technique. In 2 cases herniary pathology on the right was associated to left varicocele; in the same procedure ligation without section of the left spermatic vein was performed with good results. In the follow-up which continuen up to the present, there was only 1 case of recidive (1,7%) wich occurred 2 months after the operation. There was low morbidity; slight disurin due to bladder catheter, palpation of the polypropilene cone and abdominal pain due to pneumoperitoneum.

Introducción

La reparación de la hernia inguinal no complicada por vía laparoscópica es un nuevo método en que se combinan las bondades de la técnica preperitoneal con la colocación de malla de polipropileno, potenciando de esta manera los beneficios, obteniéndose una baja recurrencia, mayor confort posoperatorio, escasa morbilidad y rápido reintegro a la actividad habitual del paciente.

Material y método

Se operaron 58 pacientes; 51 varones (87,7%) y 7 mujeres (12,3%); entre 20 y 70 años (el promedio fue de 36 años) portadores de hernia inguinal no complicada, discriminadas de la siguiente manera:

No se pudo efectuar el procedimiento en un caso debido a que el paciente había sido operado de apendicitis con peritonitis y presentaba múltiples adherencias dificultando la visión y el control del orificio herniario del lado derecho que era el patológico.

Morbilidad: En tres casos se presentó disuria leve producida por la colocación de la sonda vesical, en la actualidad hacemos que el paciente orine en forma inmediata antes de subir a quirófano con lo que evitamos la colocación de la sonda vesical, palpación del cono de la malla propilene en 7 casos (cuando lo que se colocaba tenía forma no de cono sino de cilindro).

En 7 casos se constató dolor leve producido por el neumoperitoneo.

En dos casos se asoció varicocele izquierdo en la reparación de hernia de lado derecho, produciéndose la reparación del varicocele en la misma operación mediante la ligadura sin sección de la vena espermática del lado izquierdo, con buen resultado.

Discusión

La herniorrafia laparoscópica tiene la ventaja de una reparación libre de tensión^(1,2) que no necesita

1. Docente autorizado de la UBA, médico de planta de la clínica Bazterrica

2. Jefe de cirugía general de la clínica Bazterrica

3. Jefe del servicio de cirugía general del Hospital Aeronáutico Central

4. Auxiliar del servicio de cirugía general del Hospital Aeronáutico Central

Clinica Bazterrica, Bs. As. Argentina

Presentado como tema libre al 44º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 5-10 de diciembre de 1993

Correspondencia: Juncal 3002 Cap. Federal. Buenos Aires, Argentina.

incidir músculos o disección de los elementos del cordón, que utiliza la malla como un "parche" que sella por dentro los orificios herniarios y zonas de debilidad^(3,4) y por lo tanto disminuye el dolor posoperatorio, se reducen las complicaciones habituales (hematomas, seromas, neuromas, etcétera) y como la malla es rápidamente invadida por fibroblastos se produce una amplia zona de fibrosis que cubre y refuerza la pared posterior inguinal. Los pacientes son dados de alta a las 24 horas y regresan a sus actividades en 48–72 horas.

Dicha técnica fue ganando un lugar de privilegio entre los recursos con lo que cuenta el cirujano en la actualidad para la reparación de la hernia inguinal.

Indirectas 52 (89,6%), directas 6 (10,3%).

De las 52 indirectas: 37 derechas (71,15%) en dos casos asociados a varicocele del lado izquierdo y 15 izquierdas (28,8%).

De las 6 directas: 4 derechas (66,6%) y 2 izquierdas (33,3%) estos pacientes fueron operados en el período comprendido entre marzo de 1992 y julio de 1993.

Se utilizó la técnica de L. Schultz⁽⁴⁾ modificada en la colocación del diámetro de los trócares laterales.

Anestesia general, profilaxis con antibióticos, sondaje vesical neumoperitoneo con CO₂. Posición de Trendelenburg, colocación de tres trócares, umbilical de 10–12 mm y dos laterales de 12 mm en borde externo de recto anterior a la altura del ombligo a cada lado de la línea media. Exploración de la pared abdominal interna inferior e identificación de los jalones anatómicos inguinales^(5–7). Eversión del saco herniario previa reducción del contenido traccionándolo hacia abajo y al medio, sección con tijera o electrobisturí de la hoja peritoneal del caso en su hemisferio superior evitando el "Triángulo de la muerte". Disección del tejido preperitoneal, orificio inguinal profundo y triángulo de debilidad^(3,6,8). Oclusión del orificio interno con un "cono" de malla de polipropileno de tamaño adecuado con su base hacia la cavidad abdominal, fijándolo con dos clips para evitar su movilización. Colocación de una malla de polipropileno para cubrir la pared posterior ingui-

nal afectada fijándola a tejidos firmes subyacentes con Endopath Staplers w/10 Titanium. Se cubre la malla con peritoneo para evitar lesiones por decúbito con la malla^(9,10).

Control de Hemostasia y evacuación el gas CO₂ del abdomen y del escroto. Sutura de las heridas y extracción de la sonda vesical.

Resultados

No se observaron complicaciones intraoperatorias, en ningún caso se encontró infección.

En esta serie se han operado tres hernias bilaterales, efectuando en cada caso el procedimiento anteriormente mencionado en forma independiente en cada una.

Los resultados alejados no se conocen pero los preliminares indicarían una baja recurrencia en casos seleccionados.

Bibliografía

1. Corbitt JD. Laparoscopic Herniorrhaphy, a preperitoneal tension free approach. "Challenges in Laparoscopic and Endoscopic Surgery", conferencia personal. Sages 1992.
2. Lichtenstein IL, Schulman AG. The Tensión Free Hernioplasty. *Am J Surg* 1989; 157:188–93.
3. Corbitt JD. Laparoscopic Herniorrhaphy. *Surg Laparosc Endosc Surg* 1991; 1 (1): 23–5.
4. Schultz L, Graber J, Pietrafitta J, Hickok D. Laser Laparoscopic Herniorrhaphy: A Clinical Trial, preliminary results. *Laparoendosc Surg* 1990; 1 (1).
5. Condon BE. The Anatomy of Inguinal Región and Its relationship to Groin hernia In: Nyhus LM, Condon Be "Hernia" 2^o ed. Philadelphia: Lippincot, 1978: 14–78.
6. Condon BE. Surgical Anatomy of the Transversus Abdomina and Transversalis fascia. *Ann Surg* 1971; 173:1.
7. Skandalakis J, Colborn G, Gray S. The Surgical Anatomy of the Inguinal Area, Parts 1 y 2. *Contemporary Surgery*, January–February, 1991.
8. Nyhus LM, Pollak R, Bombeck TC, Donahue PE. The preperitoneal Approach and prosthetic Buttress Repair for Recurrent Hernia. *Ann Surg* 1988; 208:733–7.
9. Kaufman Z, Engelbert M, Zager M. Fecal Fistula: a late complication of Marlex repair. *Dis Colon Rectum* 1989; 24:543–4.
10. Schneider P, Herrington JL, Grande AM. Marlex Mesh in Repair of a Diafragmatic Defect Later Froding Into the Distal Esophagus and stomach. *Am Surg* 1979; 45:337–9.