

# Hernioplastia tipo Lichtenstein. Análisis preliminar

Dres. Jorge Santandreu <sup>1</sup>, Gustavo Vitancourt <sup>2</sup>, Luis Fígoli <sup>3</sup>,  
Luis Moure <sup>4</sup>, Eugenio Barrios <sup>5</sup>

## Resumen

*El análisis preliminar sobre una serie hospitalaria prospectiva sobre 74 hernioplastias tipo Lichtenstein muestra una muy baja morbilidad, un rápido reintegro laboral de los pacientes y nula incidencia de recurrencias, datos coincidentes con trabajos internacionales. Serie más extensa y de seguimiento alejado motivará futuras comunicaciones de los autores.*

**Palabras clave:** Hernia  
Técnicas quirúrgicas

## Summary

*The preliminary analysis of a prospective hospital series concerned with 74 Lichtenstein-type hernioplasties involves very low morbidity, a rapid occupational reentry by patients and nil incidence of recurrence; these data coincide with international reports. A more extensive series and long-related follow-up will underlie forthcoming communications by the present authors.*

## Introducción

La hernia inguinal es una de las enfermedades más ampliamente distribuidas y su resolución quirúrgica representa la operación más practicada por cirujanos generales en varios países, con

las consiguientes consecuencias a nivel sanitario y socioeconómico que ello implica<sup>(1)</sup>.

También corresponde a uno de los procedimientos más antiguos en cirugía y en el que múltiples técnicas a lo largo del tiempo han sido desarrolladas, lo que traduce, de hecho, la insatisfacción con los resultados obtenidos<sup>(2)</sup>.

Si bien el uso de materiales protésicos no es un elemento novedoso, sí se puede considerar el uso sistemático en la reparación primaria y su implante parietal anterior bajo el fundamento de "free tension", desarrollado en los últimos años en el Instituto Lichtenstein de Estados Unidos<sup>(3,4)</sup>.

Los fundamentos teóricos del procedimiento, sencillez técnica y los buenos resultados reportados por largas series internacionales, han motivado a los autores a la realización de una serie prospectiva en nuestro medio a nivel hospitalario.

Desde ya señalamos que se trata de un análisis preliminar dado lo limitado de la serie y fundamentalmente su corto lapso de seguimiento (máximo 18 meses), lo que motivará en un futuro una comunicación más acabada de este procedimiento.

## Material y método

Se conforma una serie protocolarizada, en un lapso entre noviembre de 1993 hasta febrero de 1995. Se realizaron 74 intervenciones en 66 pacientes de población hospitalaria; fueron excluidos, a priori, aquellos portadores de insuficiencia renal crónica a plan dialítico, diabéticos tipo II y corticodependientes.

Con respecto al sexo, 62 fueron hombres, 4 mujeres. El promedio de edad fue de 61 años con un máximo de 93 años y un mínimo de 34 años.

Se utilizó la clasificación de Nyhus<sup>(5)</sup>, para identificar la magnitud y la variedad de las hernias; fueron excluidos los tipo I (hernia inguinal

1. Asistente Cl. Q. 1.

2. Residente en Cirugía Clínica Quirúrgica 1.

3. Residente en Cirugía Clínica Quirúrgica 1.

4. Residente en Cirugía Clínica Quirúrgica 1.

5. Residente en Cirugía Clínica Quirúrgica 1.

Clínica Quirúrgica 1, Prof. Dr. Gonzalo Estapé

Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Montevideo

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de mayo de

1995

**Correspondencia:** Dr. Jorge Santandreu, Avda. Italia 3902/605.

C.P. 11.400, Montevideo, Uruguay.

indirecta con orificio interno indemne). La serie incluye dos hernias tipo IV (recidivas).

En 8 pacientes (12%) se realizó la hernioplastia en forma bilateral.

El procedimiento fue realizado bajo anestesia local en 45 pacientes (68%), de los cuales 31 (46%) se practicó en forma ambulatoria<sup>(6)</sup>; anestesia regional a 14 pacientes (21%) y general a 7 pacientes (11%).

Detallamos la técnica quirúrgica que consiste en:

- incisión de piel, cuidadosa hemostasis del celular;
- apertura del oblicuo mayor entre ambos pilares;
- identificación y preservación de la rama genital del nervio genitocrural y del abdominogenital;
- elevación del cordón, liberación del saco previa apertura de la vaina fibroquemastérica;
- si el saco es grande, ligadura en la base y sección con abandono del remanente; si es pequeño, se repliega a la profundidad;
- preparación de malla de polipropileno (Marlex) de 15 por 6 cm, adecuando su forma a la región anatómica. Se incide transversalmente la malla para permitir el paso del cordón creando dos colas;
- se fija en sentido medial a la vaina del recto, a la aponeurosis del oblicuo menor o al músculo por arriba, con puntos separados, y al ligamento inguinal por abajo mediante sutura continua. Las colas se cruzan entre sí y se envuelven alrededor del cordón, tras lo cual se fijan al ligamento de Poupart por fuera del orificio inguinal interno;
- el material de sutura utilizado es el polipropileno 3-0 (Prolene);
- cierre del oblicuo mayor con sutura continua de material reabsorbible.

Se realizó en forma sistemática cefradina 1 g intravenoso (i/v) en el preoperatorio.

En el posoperatorio se indicaron analgésicos menores (dipirona) vía oral (v/o).

Se indicó deambulacion precoz y reintegro a la actividad laboral habitual como máximo a los 7 días de la intervención.

## Resultados

Los resultados fueron evaluados con un seguimiento protocolizado, que oscila entre un máximo de 18 meses y un mínimo de 3 meses.

No existieron complicaciones intraoperatorias y fue bien tolerado en los pacientes ambulatorios.

Durante el posoperatorio hubo tres casos de

equimosis que se resolvieron espontáneamente. No hubo colecciones hemáticas ni seromas. No se registraron infecciones en ningún caso.

Existe un caso de neuralgia posoperatoria de entidad leve, prolongada, que no invalidó al paciente en su actividad y que está siendo tratada con analgésicos menores.

El resto de los pacientes no requirió analgesia más allá del período de 48 horas propuesto.

Todos los pacientes retomaron su actividad habitual en el lapso de 7 días aconsejado.

La induración de la zona intervenida se presentó en casi 80% de los pacientes y no determinó morbilidad.

Relativizamos la ausencia de recurrencias dado el corto período de seguimiento y esto será motivo de posteriores comunicaciones.

## Discusión

Este procedimiento de hernioplastia analizado está sustentado por un fundamento teórico en recientes conceptos biológicos, anatómicos y funcionales. De hecho, se ha constatado una debilidad tensil adquirida en fascias y aponeurosis de pacientes portadores de hernia<sup>(7)</sup>, cuyo sustrato biológico es una disminución de hidroxiprolina y por lo tanto colágeno en dichos tejidos<sup>(8)</sup>. De allí que parecería poco convincente la reparación de un tejido parietal con tejidos debilitados<sup>(9)</sup>.

El uso en varias técnicas de herniorrafia del tendón conjunto resultaría un tanto difícil, dada la rareza (menos de 10%) de su presentación como estructura anatómica real; a su vez, requiere de una aproximación artificial de los bordes del tejido lo que genera una zona de sutura bajo tensión, independientemente de que se haga una incisión de descarga, de allí el concepto de hernioplastia "free tension"<sup>(10)</sup>.

Parecería lógico que la reparación herniaria debiera hacerse con un material resistente y que respetara el concepto de "free tension", todo lo cual se logra con el procedimiento de hernioplastia tipo Lichtenstein<sup>(11,12)</sup>.

Además reúne una serie de aspectos de indudable utilidad, los que hemos comprobado, como ser una técnica sencilla, de rápida realización, fácilmente reproducible, realizable en forma ambulatoria y que no altera las estructuras anatómicas parietales.

Frente al temor en nuestro medio al uso de mallas por sus eventuales riesgos, fundamentalmente infecciosos, destacamos que en nuestra serie, si bien no es extensa, no se presentaron infecciones, coincidentemente con resultados internacionales<sup>(13,14)</sup>.

Otro aspecto a destacar es la rápida reinserción laboral, sin limitaciones en nuestra serie,

con los evidentes beneficios socioeconómicos que conlleva.

La relación costo–beneficio, con el uso de la malla no se altera significativamente, si se consideran los beneficios ya analizados pues el costo de la malla es de aproximadamente U\$S 20,00 (veinte dólares americanos).

Finalmente, la esencia en la evaluación de todo proceso reparativo herniario es la tasa de recurrencias, pero dado lo limitado de la serie y el corto seguimiento no podemos extraer conclusiones comparativas. Nos remitimos a la experiencia internacional donde en un trabajo comparativo hecho por Shulman<sup>(12)</sup>, luego de analizar más de 4.000 hernioplastias tipo Lichtenstein refiere una incidencia de 0,2% de recidiva; es ésta una de las cifras más bajas reportadas en cuanto a recidivas herniarias<sup>(15,16)</sup>.

## Conclusiones

Del estudio de esta serie nos permitimos inferir algunas conclusiones sobre el procedimiento:

- Sencillo, rápido y fácilmente reproducible.
- Ambulatorio.
- Morbilidad insignificante.
- Reintegro laboral precoz.
- Relación costo–beneficio favorable.
- Muy bajo índice de recidivas.

## Bibliografía

1. **Rutkow I et al.** Aspectos demográficos, de clasificación y socioeconómicos en la reparación de la hernia en EE.UU. *Clin Quir Norte Am* 1993; 73: 443.
2. **Suiffet W.** Evolución conceptual y técnica de la cirugía de la hernia inguinal. *Rev Cir Uruguay* 1966; 36: 191.
3. **Amid P et al.** Current State of the Lichtenstein open tension–free hernioplastia. *Contemp Surg* 1993; 43: 229.
4. **Lichtenstein I et al.** Causas, prevención y tratamiento de la hernia inguinal recurrente. *Clin Quir Nort Am* 1993; 73: 567.
5. **Nyhus et al.** Anatomic basis for hernioplastia; a classification. *Surg Lap Endosc* 1994; 1: 123.
6. **Matteucci P.** Cirugía ambulatoria. *Rev Cir Uruguay* 1991; 61: 168.
7. **Read R.** Transversalis fascia: a reanalysis. *Surg Lap Endosc* 1994; 4: 390.
8. **Read R.** Collagen synthesis and direct inguinal herniation. *Surg Lap Endosc* 1994; 4: 392.
9. **Concon R.** The biology and anatomy of inguinofemoral hernia. *Sem Lap Surg* 1994; 1: 75.
10. **Gadacz T et al.** Technology of prosthetic material. *Sem Lap Surg* 1994; 1: 123.
11. **Mac Fayden B et al.** Inguinal herniorraphy: complication and recurrences. *Sem Lap Surg* 1994; 1: 128.
12. **Shulman A et al.** The safety of mesh repair for primary inguinal hernias. *Am Surg* 1992; 58: 255.
13. **Amid P.** Biomaterial and abdominal wall hernia surgery. *Surg Lap Endosc* 1994; 4: 397.
14. **Condon R.** The anatomy of the groin: the basis for anatomical repair of groin hernia. *Surg Lap Endosc* 1994; 4: 399.
15. **Crocci F, Gastambide C.** Hernias inguinales. Actualizaciones en cirugía. Montevideo: Librería Médica, 1985: 25.
16. **Morondi J et al.** Reparación sin tensión de la hernia inguinal del adulto. Op. De Lichtenstein. Congreso Argentino de Cirugía 1994; 65: 22.