

Originales

¿Es la hernioplastia con tapón de polipropileno según técnica de Lichtenstein la primera opción en el tratamiento de la hernia crural?

A. Arroyo Sebastián, D. Costa Navarro, R. Ferrer Riquelme, P. Serrano Paz, F. Pérez Vicente, I. Oliver García, P. García Peche, J. Andreu Gálvez, F. Candela Polo y R. Calpena Rico

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Resumen

Introducción. La utilización de la técnica del *plug* de Lichtenstein se ha convertido en el patrón de referencia del tratamiento de la hernia crural.

Pacientes y métodos. Revisamos 120 hernioplastias crurales operadas electivamente en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso del Hospital de Elche desde junio 1992 hasta mayo 1998. Se realizó al 100% de los pacientes hernioplastia de Lichtenstein con *plug* de polipropileno. El seguimiento medio ha sido de 68 meses.

Resultados. La edad media de los pacientes fue 50,3 años, siendo 85 mujeres (72%). La técnica anestésica empleada fue preferentemente local con sedación (90%). No hubo mortalidad operatoria. El tiempo quirúrgico medio fue de 32 min.

Las complicaciones fueron: 2 seromas (1,6%), 3 hematoma-sufusión subcutánea (2,5%). No se produjeron infecciones de la herida, rechazos de la prótesis ni recidivas.

Conclusiones. La hernioplastia con *plug* de polipropileno según la técnica de Lichtenstein ofrece unos resultados excelentes con índices de morbilidad y mortalidad muy bajos y con tasas de recidivas menores a las técnicas herniorrágicas clásicas, por lo que se convierte en la técnica de elección en defectos del anillo crural.

Palabras clave: *Hernia crural. Hernioplastia. Lichtenstein.*

(Cir Esp 2001; 69: 37-39)

Introducción

Múltiples técnicas quirúrgicas herniorrágicas por vía inguinal o crural han sido descritas históricamente como tratamiento ideal de la hernia crural, condicionadas por los altos índices de recidiva y por la complejidad técnica¹.

Lichtenstein² introdujo un concepto nuevo: la oclusión del orificio crural mediante un tapón de material protésico, reduciendo las tasas de recurrencia descritas anteriormente y con índices de morbilidad más bajos.

Correspondencia: Dr. A. Arroyo Sebastián.
Avda. Óscar Esplá, 35, esc. 4, 6.^o D. 03007 Alicante.
Correo electrónico: arroyocir@latinmail.com

Aceptado para su publicación en julio del 2000.

IS THE LICHTENSTEIN PROCEDURE INVOLVING A POLYPROPYLENE PLUG THE TECHNIQUE OF CHOICE IN FEMORAL HERNIA REPAIR?

Introduction. The present “gold standard” for the repair of femoral hernias is hernioplasty using the Lichtenstein plug.

Patients and methods. We review 120 cases of elective outpatient femoral hernia repair performed at the Elche Hospital between June 1992 and May 1998. A Lichtenstein polypropylene plug was employed in every case. The mean follow-up was 68 months.

Results. The average patient age was 50.3 years; 85 patients (70.8%) were women and 35 (29.2%) were men. Local anesthesia with sedation was used in 90% of cases.

There were no deaths. The mean duration of the procedure was 32 minutes. The complications included seroma (n = 2, 1.6%) and subcutaneous hematoma (n = 3, 2.5%). There were no cases of wound infection, rejection of the prosthesis or recurrence.

Conclusions. Hernioplasty using a polypropylene plug according to the Lichtenstein procedure is associated with an excellent outcome with regard to morbidity and mortality, with recurrence rates well below those associated with conventional techniques for hernia repair. Thus, the use of polypropylene prosthetic plugs for femoral ring hernioplasty has become commonplace and the standard of care.

Key words: *Femoral hernia. Hernia surgery. Lichtenstein.*

Presentamos nuestros resultados de la hernioplastia con *plug* de polipropileno según la técnica de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural.

Pacientes y métodos

Revisamos 120 pacientes intervenidos de hernia crural electivamente en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) del Hospital General Universitario de Elche en el período comprendido entre junio de 1992 (fecha de apertura de la unidad) y mayo de 1998. Fueron criterios de exclusión en la unidad los pacientes ASA-IV y las intervenciones con criterio de urgencia (hernia crural estrangulada).

Como técnica quirúrgica se practicó en el 100% de los pacientes la colocación de un *plug* de polipropileno en el canal

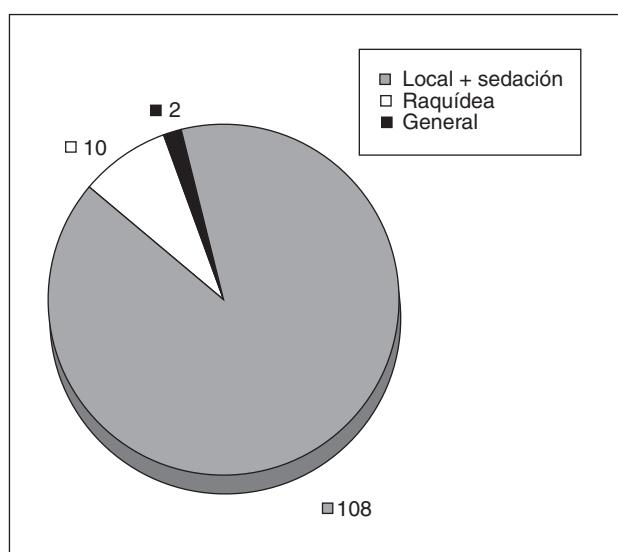


Fig. 1. Tipo de anestesia.

femoral según la técnica de Lichtenstein, fijando la prótesis con 4 puntos cardinales del mismo material alrededor del orificio crural. No colocamos ningún drenaje. Administramos profilaxis antibiótica con 2 g de amoxicilina-ácido clavulánico i.v. en todos los pacientes.

El seguimiento medio ha sido 68 meses (rango, 21-84 meses), con revisiones diarias durante la primera semana (unidad de hospitalización en el domicilio), al mes, al año y en el momento actual de la revisión.

Se analizan los siguientes datos: filiación del paciente, características de la hernia, técnicas quirúrgicas y anestésicas empleadas, tiempo quirúrgico, complicaciones inmediatas y tardías, tiempo de estancia en la unidad e ingreso-reingreso.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 50,3 años (rango, 17-84), siendo 85 mujeres (70,8%) y 35 varones (29,2%). La localización más frecuente fue la derecha (61,7%). En 110 pacientes (91,7%) el diagnóstico preoperatorio de hernia crural fue correcto, siendo las 10 restantes diagnosticadas incorrectamente de hernia inguinal por la exploración antes de la intervención. Tan sólo 5 hernias (4,1%) eran recidivadas.

La técnica anestésica empleada fue: anestesia local con sedación en 108 pacientes (90%), raquídea en 10 (8,3%) y anestesia general en dos (1,7%) (fig. 1); no hubo complicaciones anestésicas que requirieran el ingreso ni mortalidad operatoria.

El tiempo quirúrgico medio fue de 32 min (rango, 18-65). El tiempo transcurrido desde la finalización de la intervención hasta el alta de la unidad fue de 181,42 min (rango, 90-260 min). No se han registrado reingresos en los días siguientes a la intervención quirúrgica.

La morbilidad global (tabla 1) fue del 4,2%, siendo su distribución: 2 seromas (1,6%) y 3 hematomas-sufusiones subcutáneas (2,5%). No hubo infecciones de la herida.

Cabe destacar que no se han encontrado complicaciones a largo plazo, como rechazo de prótesis, recidivas, obliteración

TABLA 1. Complicaciones inmediatas-tardías

Complicaciones	N.º de pacientes	Porcentaje total
Seroma de la herida	2	1,6
Hematoma-sufusión s.c. de la herida	3	2,5
Infección de la herida	0	0
Neuralgia	0	0
Intolerancia a la prótesis	0	0
Recidiva	0	0
Mortalidad	0	0

de la vena femoral, migración protésica, neuralgia, etc., en el momento de la revisión.

Discusión

La hernia crural o femoral supone alrededor del 10% de todas las hernias de la pared abdominal, siendo más frecuentes en el sexo femenino. Es más habitual su aparición en el lado derecho que en el izquierdo, con una proporción de 2:1, condicionada por la ocupación del sigma que oculta el anillo femoral izquierdo y por la fijación del eje mesentérico intestinal. Destaca el gran número de ocasiones en que es difícil su diagnóstico, sobre todo en personas obesas^{1,3-8}.

Las técnicas herniorrágicas clásicas (método de Moschowitz, técnica de Lotheissen) han diversificado la vía de abordaje y el tipo de reparación para el cierre del anillo crural, obteniendo todas ellas índices de recurrencia cercanos al 10%, con gran dificultad técnica en muchas de ellas^{1,3,8-11}.

Por ello, la hernioplastia por vía crural ha tratado de solucionar los problemas anteriormente citados. Dos técnicas hernioplásticas han sido descritas principalmente en la bibliografía: el paraguas (*umbrella*), descrito por Bendavid¹², y el tapón (*plug*) de Lichtenstein². Ambas técnicas destacan por su sencillez y rapidez, obteniendo índices más bajos de morbilidad con respecto a las herniorrágias clásicas y, lo que es más importante, con índices de recidiva alrededor del 1% en la gran mayoría de las series publicadas en la bibliografía nacional e internacional^{1,4,7,13}.

Nuestra serie presenta resultados excelentes con la colocación de un tapón de polipropileno según la técnica de Lichtenstein en 120 pacientes con hernia crural operados de forma programada, con un índice de recidiva del 0% y una tasa de morbilidad muy baja, con un seguimiento medio mayor de 5 años. A su vez podemos observar las ventajas de la realización de esta técnica en UCSI con alta precoz sin morbimortalidad añadida, lo que conlleva el consiguiente beneficio económico y social.

Por último, destacamos el excelente resultado de la utilización de anestesia local más sedación para el tratamiento de la cirugía herniaria del canal femoral, en nuestra serie realizada en un 90%, que mitiga las complicaciones derivadas de la anestesia raquídea y general sin necesidad de modificar la técnica quirúrgica y sus resultados^{1,13-16}.

Podemos concluir que la hernioplastia con prótesis de polipropileno según la técnica de Lichtenstein ofrece unos resultados excelentes con índices de morbimortalidad muy bajos y con tasas de recidivas menores a las técnicas herniorrágicas clásicas, por lo que creemos, junto con otros autores, que es la técnica de elección en el tratamiento de los defectos del anillo crural^{1,2,4,7,13,15,17}.

Bibliografía

1. Porrero JL, Díez M, Martín Duce A, Lomas M. Experiencia con la técnica del plug de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural. *Cir Esp* 1993; 53: 97-99.
2. Lichtenstein IL, Shore JM. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a “plug” technique. *Am J Surg* 1974; 128: 439-444.
3. Glassow F. Femoral hernia. Review of 2105 repairs in a 17 year period. *Am J Surg* 1985; 150: 355-356.
4. Moreno-Egea A, Pérez-Abad JM, Lirón R, Aguilar J, Aguayo JL. Hernioplastia sin tensión con tapón de polipropileno en el tratamiento de la hernia crural (82 casos). *Cir Esp* 1998; 63: 102-104.
5. Nicholson S, Keane TE, Devlin HB. Femoral hernia: an avoidable source of surgical mortality. *Br J Surg* 1990; 77: 307-308.
6. Chamary VL. Femoral hernia: intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity and mortality. *Br J Surg* 1993; 80: 230-232.
7. Blázquez Lautre L, Soriano Gil-Albarellas P, Ochoa Labarta L, Herrera Cabezón J, Lera Tricas JM. Plug de Lichtenstein en la reparación de las hernias crurales. *Cir Esp* 1998; 63: 105-107.
8. Ponka JL, Brush BE. Problem of femoral hernia. *Arch Surg* 1971; 102: 417-423.
9. Moschcowitz AV. Femoral hernia: a new operation for radical cure. *NY State J Med* 1907; 7: 396.
10. McClure RD, Fallis LS. Femoral hernia: report of 90 operations. *Am J Surg* 1939; 109: 987-990.
11. Halverson K, McVay CB. Inguinal and femoral hernioplasty: a 22 year study of the author’s methods. *Arch Surg* 1970; 101: 127-132.
12. Bendavid R. New techniques in hernia repair. *World J Surg* 1989; 13: 52-531.
13. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. Prosthetic mesh plug repair of femoral and recurrent inguinal hernias: the American experience. *Ann R Coll Surg Engl* 1992; 74: 97-99.
14. Bendavid R. A femoral “umbrella” for femoral hernia repair. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165: 153.
15. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Critical scrutiny of the open tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1993; 165: 369-371.
16. Young DV. Comparison of local, spinal and general anesthesia for inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1987; 153: 560-563.
17. Barnes JP. Inguinal hernia repair with routine use of Marlex mesh. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165: 33-37.