

Cartas al director

Hernia crural y *plug* de Lichtenstein

Sr. Director:

La hernia crural es una afección de la pared abdominal relativamente frecuente en los servicios quirúrgicos, con una incidencia entre un 3,3 y un 9% según las distintas series consultadas^{1,2}. Durante varias décadas, hemos observado que las técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de las hernias de la pared abdominal tenían un defecto en común, el exceso de tensión en la línea de sutura. Afortunadamente, el tratamiento de esta patología ha experimentado un cambio radical en la última década impulsado por la aparición de nuevos materiales protésicos inertes, disminuyendo el número de técnicas quirúrgicas clásicas de herniorrafia, para ser sustituidas progresivamente por un procedimiento quirúrgico más sencillo y eficaz, la hernioplastia sin tensión. Esta técnica ya había sido descrita en la década de los setenta por Lichtenstein y Shore³, pero todavía no disponían de estos excelentes materiales protésicos.

En el estudio multicéntrico epidemiológico de hernias de la pared abdominal, efectuado por la Asociación Española de Cirujanos², la técnica quirúrgica más empleada por los cirujanos españoles en la hernia crural es la hernioplastia sin tensión, en detrimento de los procedimientos clásicos.

El propósito de este artículo es analizar nuestra experiencia, en el tratamiento de la hernia crural, con la técnica del *plug* de Lichtenstein.

En los últimos 2 años han sido intervenidos, de forma electiva y en un programa de cirugía de corta estancia, 48 pacientes con hernia crural primaria, 26 varones y 22 mujeres, con una edad media de 59 años. En 34 pacientes (71%) la hernia crural era derecha, en 14 pacientes (29%) izquierda y en 4 casos (8,3%) estaba asociada a una hernia inguinal. Se instauró profilaxis antibiótica y antitrombótica en todos los pacientes, administrando una sola dosis de cefalosporina de segunda generación y de heparina de bajo peso molecular, aproximadamente 2 h antes de la intervención quirúrgica. La técnica anestésica fue, en todos los casos, intradural. Todos los pacientes fueron intervenidos según la técnica descrita por Lichtenstein en 1974³. Utilizamos una prótesis de polipropileno en forma de rodillo, con un tamaño medio de 2 x 20 cm, que introducimos en el canal femoral para fijarla, a continuación, mediante 4 puntos de sutura (monofilamento irreabsorbible, 2/0) al ligamento inguinal y a la fascia del pectíneo, para finalmente realizar un cierre por planos.

Todos los pacientes comenzaron la deambulación y la tolerancia a ingesta oral el mismo día de la intervención.

La estancia media ha sido de 2,2 días. La morbilidad ha sido escasa, con 2 seromas que se solucionaron con punción evacuadora y un hematoma que se resolvió espontáneamente. Dos pacientes precisaron sonda de Foley, por retención urinaria, en las primeras 24 h. El seguimiento medio de los pacientes fue de

20 meses. Durante este período de tiempo, no hemos observado ningún caso de recidiva, ni de intolerancia a material protésico. En opinión de Lichtenstein⁴, las principales causas de recidiva son el tamaño insuficiente del *plug* y la fijación defectuosa del mismo. Es muy importante adecuar el tamaño del *plug* al defecto herniario y fijarlo adecuadamente al arco crural y la fascia del pectíneo.

En la última década, con la implantación de nuevos y cada vez mejores materiales protésicos (polipropileno, PTFE) hemos asistido a la consolidación del concepto de hernioplastia sin tensión de Lichtenstein, aceptado hoy día y puesto en práctica por la mayoría de los cirujanos españoles^{2,5-7}. Parece evidente que las técnicas tradicionales, sometidas a tensión en la línea de sutura al aproximar estructuras anatómicamente separadas, conllevan un mayor número de complicaciones, mayor demanda de analgésicos en el postoperatorio inmediato, retrasos en el alta, demora en la incorporación del paciente a sus actividades habituales y, lo que es más importante, una tasa significativamente mayor de recurrencia⁸⁻⁹. Welsh y Alexander, en su estudio de revisión sobre el tratamiento de la hernia crural, observaron una tasa de recurrencia del 5,4% con las técnicas clásicas y sólo un 1,1% con *plug*, Robbins y Rutkow⁸ una tasa de recurrencia del 0,5%, Porrero et al¹⁰ y Blázquez et al¹¹ un 0%. Por estas razones, creemos que la hernioplastia sin tensión (*plug* de Lichtenstein) es la técnica de elección del tratamiento de la hernia crural, asumiendo la principal desventaja del uso de material protésico, la intolerancia por reacción a cuerpo extraño y la infección que, en ocasiones, nos puede obligar a retirar la prótesis, comprometiendo la reparación herniaria y poner en duda la utilidad práctica de esta técnica quirúrgica.

G. González Sanz*, A. García Omedes*,
A. Tieso Herreros** y J.L. Pellicer Espigares***

*FEA de Cirugía General. **Jefe de Sección de Cirugía General.

***Jefe de Servicio de Cirugía General.

Hospital General del INSALUD. Soria.

Bibliografía

1. Welsh DRJ, Alexander MAJ. Reparación de Shouldice. Clin Quir North Am 1993; 2: 97-99.
2. Hidalgo M, Higuero F, Alvarez-Caperochpi J, Machuca J, Laporte E, Figueiroa J et al. Hernias de la pared abdominal. Estudio multicéntrico epidemiológico (1993-1994). Cir Esp 1996; 59: 399-405.
3. Lichtenstein IL, Shore JM. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a *plug* technique. Am J Surg 1974; 128: 439-444.
4. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. Causas, prevención y tratamiento de la hernia inguinal recurrente. Clin Quir North Am 1993; 3: 567-584.
5. Porrero JL, Díez M, Martín Duce A, Lomas A. Experiencia con la técnica del *plug* de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural. Cir Esp 1993; 2: 97-99.
6. Manzanet Andrés G, Marcote Valdivieso E, Adell Carceller R, Torner Pardo A, Canales López M, Giner Nogueras M. Tratamiento de las hernias inguinocrurales mediante la técnica de Lichtenstein. Cir Esp 1998; 64: 136-141.
7. Carvajal Balaguera J, Sánchez Estella R, Oliart S, Peña Gamarra L, Gómez Maestro, Bertomeu A et al. Técnica del *plug* de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural: análisis de una serie de 80 casos. Cir Esp 1997; 62: 125-127.
8. Robbins AW, Rutkow IM. Hernioplastia con taponamiento de redcelilla. Clin Quir North Am 1993; 3: 567-584.
9. 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.