



¿Es el grosor del *plug* de Lichtenstein un factor determinante de infección y rechazo de la prótesis?

Sr. Director:

La hernia crural (HC) representa el 10% de la patología quirúrgica de la pared abdominal, y para su tratamiento se han descrito más de 70 técnicas quirúrgicas. La técnica del *plug* diseñada por Lichtenstein se ha transformado en la de elección para la mayoría de cirujanos por su seguridad, sencillez, fácil reproducción y rápida ejecución.

Algunos han corresponsabilizado de la infección de herida quirúrgica (IHQ) y del rechazo en algunos casos de la malla de polipropileno al "grosor" del tapón, basándose en que el espesor de la prótesis, por su configuración cilíndrica, dificultaría el paso de macrófagos a su interior, favoreciendo la colonización por microorganismos y el acantonamiento de los mismos en su interior, conllevarían un proceso infectivo crónico^{1,2}.

Si bien el paso de contaminación-infección de la prótesis es el descrito y, en el caso de que se produjese, tendría influencia el "espesor" de la malla, pensamos que para que el proceso infectivo se inicie, los gérmenes han de trasladarse previamente a la malla o a los tejidos circundantes. En este sentido creemos que hay que tomar en tanta o más consideración otros factores que, como

sabemos, predisponen a la aparición de IHQ: edad avanzada, obesidad, tratamientos con quimioterapia o esteroides, diabetes, alcoholismo, cirrosis, anemia, etc., pudiéndose afirmar que a mayor puntuación ASA, mayor índice de IHQ (1,5% para ASA I y 7,1% para ASA V)³. La estancia preoperatoria también influye negativamente⁴, así como el tipo y momento del rasurado, la "buena práctica quirúrgica" (asepsia estricta, hemostasia cuidadosa, ausencia de espacios muertos, etc.)⁵, las intervenciones de urgencia (prevalencia del 5-7% respecto al 4-5% de la cirugía electiva)⁶, la presencia de cuerpos extraños⁵ y el tipo de cirugía (limpia: 2%; sucia-infectada: 10%)^{7,8}.

Por ello, antes de achacar al "grosor" de la prótesis esta corresponsabilidad, al parecer determinante, sería interesante conocer, en estas experiencias^{1,2}, si las hernioplastias fueron realizadas con estancia pre y postoperatoria, si se practicó o no profilaxis antibiótica y si se manipuló la malla con instrumental y guantes distintos a los utilizados hasta ese momento en la intervención, aspectos que en el acto quirúrgico "con prótesis", en nuestra opinión, tienen importancia, sobre todo en lo que se refiere a la IHQ y que podrían, en alguna medida, justificar nuestros diferentes resultados.

En nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) la HC se trata con la técnica del *plug* de Lichtenstein y en circuito ambulatorio. Practicamos profilaxis antibiótica con ácido clavulánico y amoxicilina, rasuramos al paciente inmediatamente antes de la intervención y utilizamos distinto instrumental y guantes para manipular, confeccionar e implantar la prótesis en el canal crural. Realizamos seguimiento telefónico y revisamos al paciente al mes, a los 6 meses y una vez al año hasta los cinco años. Entre mayo de 1998 y enero de 2003 hemos intervenido a 113 pacientes (100 hernias crurales unilaterales –97 primarias y tres recidivadas– y 13 con más de un proceso herniario –6 hernias crurales bilaterales, 5 hernias crurales e inguinales, 1 hernia inguinal bilateral y crural de un lado y 1 hernia crural con eventración–). Los índices de ingreso no deseado, reintegro, IHQ, rechazo

de malla y mortalidad han sido nulos. La morbilidad fue del 9,7% (11 casos), dos recidivas, tres equimosis, cuatro pacientes con dolor (tres moderado y uno intenso por englobamiento del nervio genitocrural), un seroma y una retención urinaria en un paciente con anestesia raquídea. Por contra, en la serie de Fernández et al² (157 hernias intervenidas con el *plug* de Lichtenstein) existieron 4 IHQ (2,6%), debiendo retirar 2 prótesis (1,3%), y en la de Durán¹ retiraron otras dos por proceso infectivo crónico, sin especificar cuál fue el índice de IHQ.

Por otro lado, esta técnica no es considerada tan efectiva cuando se utiliza para reparar una hernia inguinal recidivada, excepto en algunos casos muy individualizados, entre otras razones porque el diseño cilíndrico lo creamos adaptado y acorde a las dimensiones del canal crural (canal de 1,5-2 cm de longitud con dos orificios, un diámetro anteroposterior de 1-1,4 cm y otro transverso de 1,2-1,6 cm), pero no a las de la región inguinal.

Cristóbal Zaragoza, Raúl Villalba, Sergio Castaño, Miguel Vivó y Roberto García-Aguado

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA). Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Bibliografía

1. Durán JA, Escudero LE, Gelonch J, Viella P, Del Moral P, Quintanilla E. Infección de plug de polipropileno. Dos nuevos casos. Cir Esp 2000;68:511-2.
2. Fernández R, Fradejas F, Angulo F, Torbalina R, Moreno M. ¿No existe morbilidad con el plug de Lichtenstein? Cir Esp 1998;64:79-80.
3. Wong E. Surgical site infections. En Mayhall CG, editor. Hospital Epidemiology and Infection Control. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999; p. 189-207.
4. Cainzos M. Factores que predisponen a la infección de la herida operatoria. En: Álvarez F, editor. Complicaciones infecciosas en el postoperatorio de cirugía abdominal. Ergon SA, 2000; p. 33-44.
5. Sánchez I, Bouza E. Factores predisponentes a las infecciones por grampositivos en enfermos quirúrgicos. Cir Esp 2002;72(Supl 1):16-22.