

Técnica de Lichtenstein en la hernia inguinal primaria y recidivada

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

*FEA. **Jefe de Sección. ***Jefe de Servicio. Hospital General del INSALUD. Soria.

Resumen

Introducción. La utilización de material protésico en el tratamiento de la hernia inguinal es cada vez más frecuente. Presentamos nuestra experiencia con la hernioplastia abierta sin tensión de Lichtenstein mediante malla de polipropileno.

Pacientes y métodos. Se analizan 233 hernioplastias de Lichtenstein efectuadas en 189 pacientes. La técnica anestésica fue regional en el 95% de los pacientes, general en el 3% y local en un 2%.

Al comienzo de la serie, se introdujo una pequeña variante técnica para reforzar la *fascia transversalis* en caso de observar debilidad de la misma.

Resultados. No hubo mortalidad operatoria. El tiempo quirúrgico medio fue de 45 min y la estancia hospitalaria media de 3 días. La morbilidad global fue de un 9%. Han sido reintervenidos 3 pacientes (1,5%), dos por hematoma y uno para retirar la malla por infección persistente. No se ha detectado ninguna recidiva tras un período de seguimiento mínimo de 4 meses (4-17 meses) del 96% de los pacientes ni tampoco durante el mismo. La sutura continua de la *fascia transversalis* dificultó el inicio de la deambulación de los primeros pacientes de la serie.

Conclusiones. La hernioplastia de Lichtenstein con malla de polipropileno es una técnica sencilla, que aporta unos excelentes resultados en morbilidad y recidiva, y proporciona una rápida recuperación de los pacientes por la ausencia de tensión en la línea de sutura. Reforzar la *fascia transversalis* con una sutura continua puede dificultar el inicio de la deambulación en los pacientes.

Palabras clave: *Hernia inguinal. Hernioplastia sin tensión. Malla de polipropileno.*

(*Cir Esp* 2001; 69: 124-127)

LICHTENSTEIN'S TECHNIQUE IN PRIMARY AND RELAPSING INGUINAL HERNIA

Introduction. The use of prosthetic material in the treatment of inguinal hernia is increasingly common. We present our experience with Lichtenstein's open tension-free mesh patch hernioplasty.

Patients and methods. We analyzed 233 Lichtenstein hernioplasties performed in 189 patients. Anesthetic was regional in 95% of the patients, general in 3% and local in 2%. At the beginning of the series, a slight technical variation was introduced to reinforce the *fascia transversalis* in case it became weakened.

Results. Perioperative mortality was nil. Mean operating time was 45 minutes and mean hospital stay was 3 days. Overall mortality was 9%. Further surgery was required in 3 patients (1.5%), 2 for hematoma and 1 to remove the mesh because of persistent infection. No relapses were detected during or after a 4-month follow-up (range: 4-17 months) of 96% of the patients. In the first few patients in the series, ambulation was initially difficult due to the continuous sutures of the *fascia transversalis*.

Conclusions. Lichtenstein's mesh patch hernioplasty is a simple technique that produces excellent results in terms of morbidity and relapse. Because the sutures are tension-free the patients recover quickly. Using continuous suture to reinforce the *fascia transversalis* may hinder commencement of walking.

Key words: *Inguinal hernia. Herniorraphy. Polipropylene mesh.*

Introducción

El tratamiento de la hernia inguinal ha evolucionado de manera sorprendente en la última década. Las técnicas clásicas de reparación de la hernia inguinal (Bassini, Halsted, Mc Vay) están siendo sustituidas progresivamente por nuevas técnicas,

Correspondencia: Dr. G. González Sanz.
La Gasca, 5, 2.º dcha. 50006 Zaragoza.

Aceptado para su publicación en julio del 2000.

TABLA 1. Casuística

	N.º de casos	Porcentaje
Hernia indirecta	137	57,8
Hernia directa	88	37,7
Hernia mixta	8	4,5
Total	233	100

abiertas o laparoscópicas, que consiguen una reconstrucción anatómica del conducto inguinal libre de tensión.

La aparición de nuevos materiales protésicos y de sutura, que son perfectamente tolerados por el organismo, está contribuyendo de manera muy notable al abandono de las técnicas clásicas en el tratamiento de la hernia inguinal¹. No debemos olvidar que el verdadero protagonista de este cambio fue Lichtenstein², que retomó el concepto de hernioplastia sin tensión y presentó unos excelentes resultados en una serie de 1.000 pacientes, con mínimas complicaciones postoperatorias y ninguna recurrencia tras un seguimiento entre uno y 5 años.

El motivo de la presente publicación es presentar nuestra experiencia, con la técnica de hernioplastia abierta sin tensión de Lichtenstein, en el tratamiento de la hernia inguinal primaria y recidivada. En un principio, decidimos adoptar una pequeña variante técnica que posteriormente abandonamos, al observar que provocaba sensación de tirantez y dificultaba inicialmente la deambulación de los pacientes.

Pacientes y métodos

Entre octubre de 1998 y diciembre de 1999 se han realizado, de forma electiva, 233 hernioplastias abiertas sin tensión de Lichtenstein en 189 pacientes. El 92,5% eran varones y sólo un 7,5% eran mujeres.

Las hernias bilaterales fueron tratadas en el mismo acto quirúrgico.

Todos los pacientes fueron intervenidos por el mismo equipo, formado por dos cirujanos generales.

Premedicación

Se instauró profilaxis antibiótica monodosis con una cefalosporina de segunda generación, y profilaxis antitrombótica, con una dosis de heparina de bajo peso molecular, a todos los pacientes.

Técnica anestésica

En el 95% de los casos se utilizó anestesia intradural o epidural, anestesia general en el 3% y local en el 2%.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica fue idéntica a la descrita por Lichtenstein, salvo una modificación técnica en los primeros pacientes de la serie.

Se utilizó malla de polipropileno en todos los casos; para fijar la malla al ligamento inguinal y al músculo oblicuo menor o su aponeurosis se empleó monofilamento irreabsorbible de dos ceros.

TABLA 2. Complicaciones

	N.º de casos	Porcentaje
Seroma	6	2,5
Hematoma	5	2,1
Edema escrotal	4	1,7
Infección herida	2	0,85
Infección urinaria	2	0,85
Cefalea	2	0,85
Total	21	8,85

En los primeros pacientes de nuestra serie, si observábamos debilidad en la *fascia transversalis*, antes de fijar la malla sobre la pared posterior de canal inguinal, realizábamos una plicatura de la *fascia* con una sutura continua de monofilamento reabsorbible de tres ceros, desde el pubis hasta el orificio inguinal profundo.

Los sacos indirectos, una vez liberados, fueron reintroducidos dentro del abdomen sin ligarlos y los sacos directos grandes fueron invaginados con puntos sueltos de monofilamento reabsorbible.

En caso de persistencia se procedió a la sección del saco en su parte media y se abandonó el extremo distal.

Los lipomas preherniarios fueron todos resecaos.

Revisiones

Se realizaron en la consulta de cirugía general, la primera al mes de la intervención quirúrgica, la segunda a los 6 meses y posteriormente cada año.

Resultados

Han sido intervenidos 189 pacientes, con una edad media de 60 años. El 57,8% eran hernias indirectas, el 37,7% directas y el 4,5% hernias asociadas directas e indirectas. En el 23,2% de los casos las hernias eran bilaterales. El número de hernias recidivadas intervenidas fue de 17 (7,2%), todas habían sido tratadas previamente con técnicas clásicas, preferentemente Bassini y Mc Vay, menos un paciente que presentaba una recidiva púbrica de la técnica de Lichtenstein (tabla 1).

Existían enfermedades asociadas importantes en 23 pacientes (12%), como cardiopatía isquémica, EPOC, TEP y obesidad.

La morbilidad global fue del 9%, siendo su distribución la siguiente: seroma en 6 casos, hematoma en cinco, edema escrotal en cuatro, infección de herida en dos, infección urinaria en dos y cefalea en dos (tabla 2). Han sido reintervenidos 3 pacientes (1,5%), dos en el postoperatorio inmediato por hematoma y un paciente para retirar la malla por infección persistente.

Todos los pacientes iniciaron tolerancia oral y comenzaron la deambulación el mismo día de la intervención quirúrgica. Hubo problemas con 2 pacientes que presentaron cefalea y náuseas, precisando reposo en cama durante 24-48 h, abundante ingestión de líquidos y analgesia con paracetamol, con lo que remitió por completo su sintomatología. Asimismo, observamos al inicio de nuestra serie que aquellos pacientes a los que habíamos plicado la *fascia transversalis* con una sutura continua desde del pubis hasta el orificio inguinal profundo referían "sensación de tirantez" y mayor dificultad para iniciar la deambulación, lo que motivó que abandonáramos dicha variante técnica.

La estancia media fue de 3 días, pero hay que tener en consideración que la mayoría de los pacientes (75%) ingresaron el día anterior a la intervención quirúrgica.

No se ha detectado ninguna recidiva, pero el período de seguimiento todavía es muy corto para valorar este dato. El seguimiento mínimo ha sido de 4 meses (rango, 4-17 meses).

Discusión

Han transcurrido más de 40 años desde las primeras descripciones del uso de diferentes materiales protésicos para el tratamiento de la hernia inguinal^{3,4}. Su utilización era selectiva, para asegurar las reparaciones efectuadas con técnicas tradicionales y estaban indicadas en hernias directas grandes, por deslizamiento y recidivadas. Actualmente, nadie puede discutir que en los últimos años hemos presenciado un cambio impactante en el tratamiento de la hernia inguinal, fundamentalmente apoyado en el desarrollo de excelentes materiales protésicos y que son aplicados en numerosos problemas quirúrgicos.

Gracias a este progreso, en 1989 Lichtenstein et al² describen su experiencia con la hernioplastia abierta sin tensión con malla de polipropileno y defienden su utilización para todo tipo de hernias inguinales. Cinco meses más tarde su experiencia ya era fuertemente criticada⁵. Posteriormente, en 1992, se publica el trabajo de cinco centros hospitalarios⁶ que con la misma técnica quirúrgica aportan excelentes resultados y, 3 años más tarde, los resultados de 16.000 hernioplastias de Lichtenstein efectuadas por 72 cirujanos con un porcentaje de recidiva del 0,5% y una incidencia de infección del 0,6%⁷. Más recientemente, en 1998, Kark et al⁸ publicaron una serie de 3.175 hernioplastias, con un 0,4% de recurrencia y un período de seguimiento de entre 18 meses y 5 años.

En nuestro país, la sección de sutura y cicatrización de la Asociación Española de Cirujanos publicó, en 1995, un estudio multicéntrico epidemiológico del tratamiento de las hernias de la pared abdominal. En dicho estudio, de 3.888 hernias inguinales intervenidas el 62% habían sido tratadas con procedimientos clásicos y únicamente un 38% con material protésico. En este último caso, la técnica quirúrgica preferida por los cirujanos españoles fue la hernioplastia sin tensión de Lichtenstein (98%)¹. Actualmente, son cada vez más los centros sanitarios españoles que han aceptado la hernioplastia sin tensión como técnica de elección para el tratamiento de la hernia inguinal⁹⁻¹¹, mientras que en otros centros su indicación sigue siendo selectiva, en función de determinados criterios anatómicos o clínicos^{12,13}.

Sabemos que durante muchos años los cirujanos generales han preferido evitar los materiales protésicos debido a los malos resultados obtenidos, principalmente problemas infecciosos o de intolerancia. Gracias a las nuevas generaciones de mallas este problema parece estar resuelto y las comunicaciones sobre intolerancia por reacción a cuerpo extraño o infección, que en ocasiones obligan a retirar la prótesis poniendo en peligro la reparación herniaria, son mínimas^{1,10,13,14}. Nosotros nos hemos visto obligados únicamente a retirar una malla, en un paciente joven, debido a una infección persistente que no remitió con tratamiento antibiótico.

En el Servicio de Cirugía General del Hospital de Soria no somos selectivos en la indicación de la hernioplastia de Lichtenstein y es la técnica generalmente aceptada para el tratamiento de la hernia inguinal. Estamos de acuerdo con otros au-

tores en que el debilitamiento de la *fascia transversalis* debido a alteraciones del colágeno por deficiencias de la hidroxilación de la prolina es un factor etiológico importante en las hernias inguinales del adulto y que la utilización de tejidos defectuosos, bajo tensión, es inadecuada y que es más lógico y efectivo emplear una técnica sin tensión con material sintético^{10,11,15}. Nuestra experiencia ratifica los buenos resultados obtenidos por Lichtenstein et al^{2,15}, con unas cifras de morbilidad muy aceptables y un porcentaje nulo de recidivas. Al desarrollar la técnica, siempre ponemos una especial atención en superponer la malla al tejido aponeurótico que está sobre el hueso púbico y en ajustar bien las dos bandas de la malla al orificio inguinal profundo. Una superposición insuficiente de la malla al tubérculo del pubis es un defecto técnico que puede provocar la recidiva.

En los primeros 25 pacientes de nuestra serie que presentaban hernia inguinal indirecta y que además tenían cierta debilidad en la *fascia transversalis* decidimos realizar, antes de fijar la malla, una sutura continua con monofilamento reabsorbible desde el pubis al orificio inguinal profundo para reforzar la pared posterior del conducto inguinal, pero observamos que los pacientes presentaban dificultad para iniciar la deambulación, y al preguntarles el motivo referían claramente una "sensación de tirantez", lo que motivó que suprimiéramos dicha práctica.

Queremos destacar que fue preciso reintervenir a un paciente, tras 2 meses de postoperatorio, por presentar una nueva tumoración en la región inguinocrural, sin poder discernir en la exploración clínica si existía una recidiva pública. Dicha tumoración correspondía a una hernia crural. Una etiología raramente mencionada de la hernia crural es la iatrogenia por reparación de una hernia inguinal previa mediante herniorrafia^{10,16}, por lo que consideramos que nos pasó desapercibida en la primera intervención y no la atribuimos a la hernioplastia. Compartimos con Moreno Egea et al¹⁷ la importancia que tiene descartar la presencia de una hernia crural asociada en el transcurso de la cirugía de las hernias inguinales. La exploración del orificio crural puede evitar una nueva intervención quirúrgica solucionando ambas hernias en el mismo acto operatorio.

El tiempo quirúrgico medio ha sido de 45 min y la estancia media hospitalaria en nuestra serie ha sido de 3 días, pero la gran mayoría de los pacientes ingresaron el día anterior a la intervención quirúrgica, dada la dispersión geográfica de la población de referencia que atiende nuestro hospital. Esto se está intentando solventar mejorando la programación de los ingresos y con la inminente puesta en funcionamiento de un programa de cirugía mayor ambulatoria.

Todos los pacientes, salvo dos que no han acudido a las revisiones, se han mostrado satisfechos con el resultado de la intervención y, en general, se han mostrado sorprendidos por el inicio temprano de la deambulación, la comodidad postoperatoria y el hecho de poder reanudar su actividad laboral en un corto período de tiempo.

La utilización de material protésico para la reparación de las hernias de la región inguinal es cada vez más aceptada por todos los cirujanos generales. La hernioplastia de Lichtenstein es un procedimiento técnicamente sencillo que facilita una rápida recuperación de los pacientes, gracias a la ausencia de tensión en la línea de sutura, y aporta unos excelentes resultados, por lo que creemos que debe ser la técnica de elección en la hernia inguinal primaria y también en la recidivada, si la calidad de los tejidos lo permite.

La tensión provocada por reforzar la pared posterior del canal inguinal, con una sutura continua desde el pubis al orificio inguinal interno, puede dificultar inicialmente la deambulación de los pacientes.

Bibliografía

1. Hidalgo M, Higuero F, Álvarez-Caperochipi J, Machuca J, Laporte E, Figueroa J et al. Hernias de la pared abdominal. Estudio multicéntrico epidemiológico (1993-1994). *Cir Esp* 1996; 59: 399-405
2. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Monitor MM. The tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1989; 157: 188-193.
3. Horwich M. Hernia repair using nylon tricot implant. *Br J Surg* 1958; 45: 320-322.
4. Usher FC. Hernia repair with Marlex mesh. *Arch Surg* 1962; 84: 325-328.
5. Kurzer M, Belsham P, Kark A. The Lichtenstein repair. En: Monturano T, Livewell D, editores. *The surgical clinics of North America*. Filadelfia, Saunders Co., 1998; 1025-1046.
6. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The safety of mesh repair for primary inguinal hernias: results of 3019 from five diverse surgical sources. *Am Surg* 1998; 58: 256-261.
7. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. A survey of non-expert surgeons using the open tension-free mesh patch repair from primary inguinal hernias. *Int Surg* 1995; 80: 35-36.
8. Kark AE, Kurzer MN, Belsham PA. Three thousand one hundred seventy-five primary inguinal hernia repairs: advantage of ambulatory open mesh repair using local anaesthesia. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 447-456.
9. Castaño Conesa S, Zaragoza Fernández C, Villalba Caballero S, Asensi Pérez J, Fuster Diana CA, Trullenque Perí R. Hernioplastia sin tensión con malla de polipropileno. Modificación personal de la técnica de Lichtenstein. *Cir Esp* 1995; 57: 38-41.
10. Manzanet Andrés G, Marcote Valdivieso E, Adell Carceller R, Torner Pardo A, Canales López M, Giner Noguera M. Tratamiento de las hernias inguinocurales mediante la técnica de Lichtenstein. *Cir Esp* 1998; 64: 136-141.
11. Fernández Sellés C, Albaina L, Vila J, González Sáez L, Gómez Mata C, García Brao MJ et al. Estudio prospectivo de 104 casos de hernioplastia inguinal con malla de Prolene. *Cir Esp* 1992; 51: 170-174.
12. Moreno-Egea A, Girela E, Aguayo JL. Valor del examen físico en el diagnóstico y tratamiento actual de la hernia inguinal. *Cir Esp* 1999; 65: 323-325.
13. Moreno-Egea A, Carrasco L, Lirón R, Pérez-Abad JM, Pellicer E, Martín JG et al. Indicaciones de la hernioplastia sin tensión en el tratamiento de la hernia inguinal primaria (273 casos). *Cir Esp* 1997; 62: 120-124.
14. Capozzi JA, Berkenfield JA, Cheaty JK. Repair of inguinal hernia in the adult with Prolene mesh. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167: 124-128.
15. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Estado actual de la hernioplastia abierta sin tensión de Lichtenstein. *Cir Esp* 1994; 55: 81-84.
16. Glassow F. Femoral hernia following inguinal herniorrhaphy. *Can J Surg* 1970; 13: 27-28.
17. Moreno Egea A, Pérez Abad JM, Lirón R, Carrasco L, Martínez D, Martín JG et al. Descripción de una nueva hernioplastia sin tensión para el tratamiento de las hernias inguinocurales. Técnica de hernioplastia combinada. *Cir Esp* 1998; 63: 454-456.