

Actualización: cinco años después del número de pared, ¿qué ha cambiado?

Tipos de reparaciones actuales (anatómicas y protésicas)

Types of hernioplasties and herniorrhaphies (anatomics and prosthesis techniques)

J.L. García-Moreno, E. Ruiz-Lupiáñez, J.M. Suárez-Grau

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Básico de Río Tinto. Las Minas de Río Tinto. Huelva.

RESUMEN

Vamos a realizar un resumen de las técnicas que consideramos vivas actualmente, las novedades desarrolladas en los últimos años, así como la actitud terapéutica de nuestro grupo de trabajo, que intentamos que sea lo más ajustada a las indicaciones de la EHS y de la EAES.

Palabras clave: hernia, Lichtenstein, TEP, TAPP, Shouldice, Rutkow-Robbins, PHS.

ABSTRACT

We are going to make a summary of the techniques that we consider currently alive, the novelties developed in recent years, as well as the therapeutic attitude of our work group, which we try to be according the indications of the EHS and the EAES.

Keywords: hernia, Lichtenstein, TEP, TAPP, Shouldice, Rutkow-Robbins. PHS.

CITA ESTE TRABAJO

García Moreno JL, Ruiz Lupiáñez E, Suárez Grau JM. Tipos de reparaciones actuales (anatómicas y protésicas). Cir Andal. 2018;29(2):91-93

XREF

TIPOS DE REPARACIONES ACTUALES

Vamos a realizar un resumen de las técnicas que consideramos vivas actualmente, las novedades desarrolladas en los últimos años, así como la actitud terapéutica de nuestro grupo de trabajo, que intentamos que sea lo más ajustada a las indicaciones de la EHS y de la EAES. Así, las distintas técnicas las podemos clasificar en cirugía abierta y cirugía endoscópica.

CIRUGÍA ABIERTA

En la que se aborda el canal inguinal por vía anterior. Estas técnicas han sido empleadas en exclusividad hasta el advenimiento del abordaje endoscópico. Podemos dividir las en reparaciones anatómicas y reparaciones protésicas.

Reparaciones anatómicas

El tratamiento de la hernia se realiza extirpando el saco herniario y cerrando el defecto parietal mediante suturas.

Solo nos referiremos a las empleadas actualmente en nuestro grupo.

- Extirpación simple del saco, ligándolo por su cuello. Se reserva para el tratamiento de la hernia inguinal en el niño.
- **Técnica de Bassini:** en ella extirpamos el saco herniario y reforzamos el conducto inguinal suturando, a puntos sueltos, el tendón conjunto al ligamento inguinal.
- **Técnica de Shouldice:** en ella el refuerzo se realiza mediante una doble sutura continua del arco transversal al tracto ileopúbico, en la ida, y del mismo arco transversal al ligamento inguinal en la vuelta. Está indicada en reparaciones herniarias del adulto donde está contraindicado el empleo de prótesis y ante la negativa del paciente a utilizar material protésico. Es la técnica de elección para la herniorrafia.

Reparaciones protésicas

El tratamiento de la hernia se realiza invaginando el saco herniario y posterior colocación de una prótesis para reforzar la pared inguinal. Existen varias técnicas en cuanto a la localización de la prótesis y la vía por donde se aborda.

Entre las principales destacaremos las preperitoneales de Nyhus, Stoppa y Rives, y las realizadas por vía anterior tales como las de Lichtenstein, Rutkow-Robbins o PHS.

El índice de recurrencia y dolor postoperatorio es similar entre las técnicas PHS, Rutkow-Robbins y Lichtenstein. En la actualidad se están abandonando las técnicas Rutkow-Robbins y PHS dado que se colocan las mallas tanto en el plano anterior como en el espacio preperitoneal, lo cual conlleva un exceso de material protésico y además añade dificultad para la reintervención en caso de recidiva, dado que al abordar ambos espacios (anterior y preperitoneal) no tenemos un plano virgen sobre el abordar la reparación herniaria.

La tendencia actual en la fijación de la malla es a utilizar métodos de fijación en los que los pegamentos biológicos y sintéticos cada vez tienen un mayor protagonismo por el ahorro de tiempo quirúrgico asociado, y sobre todo al demostrarse una menor tasa de dolor crónico que con las suturas derivado de la menor agresión a los tejidos y menor probabilidad de atrapamiento nervioso.

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

En la que se accede al saco herniario por vía posterior mediante abordaje mínimamente invasivo. Tiene la ventaja de un menor dolor postoperatorio, una recuperación más rápida a las actividades habituales del paciente y la colocación de una malla que cubre y refuerza los defectos, directo, indirecto y crural en un solo procedimiento.

Podemos dividirlos en dos tipos:

Técnicas extraperitoneales

Se aborda el espacio preperitoneal sin entrar en cavidad abdominal. En nuestro grupo empleamos:

- **TEP:** se disecciona todo el espacio preperitoneal, el saco y lipomas herniarios, y se parietalizan los elementos del cordón, dejando espacio suficiente para la colocación de la malla.

En nuestro grupo es la técnica de elección en varones con actividad física importante, deportistas o en pacientes en edad laboral, con hernias tipo L1, L2, M1, M2, C1, C2 y F reductibles, tanto uni como bilaterales no recidivadas y que no tengan realizada cirugía previa que se distorsione el espacio preperitoneal (cesárea, prostatectomía, etc.).

- **eTEP:** la disección del espacio preperitoneal es mucho mayor que en el TEP. En nuestro grupo se realiza ocasionalmente en pacientes con hernias inguinoescrotales y en pacientes obesos.

Técnicas Intraabdominales

En ellas se aborda el espacio preperitoneal a través de la cavidad abdominal para reducir el saco herniario y colocar la prótesis en posición preperitoneal, o bien se coloca la prótesis intrabdominalmente sin disecar el saco herniario. En nuestro grupo empleamos:

- **TAPP:** previa sección del peritoneo parietal disecamos el espacio preperitoneal, saco y los elementos del cordón para colocar la prótesis de forma similar a la descrita en el TEP, procediendo a cerrar la apertura peritoneal con sutura continua reabsorbible sin nudos (V-Loc™), aunque también se pueden utilizar tackers.

En nuestro grupo es la técnica de elección en mujeres, en varones con alta sospecha de bilateralidad y en hernia recidivada siempre que no se emplease previamente una abordaje del espacio preperitoneal con colocación de prótesis (PHS, Rives, TEP, etc.).

Tanto en TEP como en TAPP la tendencia es bien a no realizar fijación de la malla en hernias pequeñas/medianas, o bien a fijar la malla con pegamentos bien biológicos o sintéticos para disminuir el dolor postoperatorio asociado a la colocación de tackers.

- **IPOM:** en esta técnica, una vez abordada la cavidad abdominal, se procede a colocar directamente sobre el peritoneo una prótesis que cubre todo el espacio inguino-femoral, fijándola con tackers al ligamento de Cooper y la pared abdominal.

Se usa excepcionalmente por su elevada tasa de recidiva, se reserva para casos en los que el TEP o TAPP se producen roturas del peritoneo no reparables, que no permiten una cobertura adecuada de la prótesis preperitoneal, o en pacientes en los que no es posible aplicar una de las técnicas, abierta o endoscópica, previamente descritas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín Morales J, Galindo Galindo A, Claro Alves B, Fernández Zulueta A, Gallardo García A, De Quinta Frutos R, Marrero Cantera S. ¿Existen aun indicaciones para la reparación anatómica de la hernia inguinal? *Cir Andal.* 2011;22:26-28.

2. Molina P, Poelman MM, et al. EAES Consensus Development Conference on endoscopic repair of groin hernias. *Surg Endosc.* 2013;27:3505-3519. [DOI: 10.1007/s00464-013-3001-9].
3. Simons MP, et al. European Hernia Society Guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2009;13:343-403. [DOI: 10.1007/s10029-009-0529-7].
4. Carbonell Tatay F. Hernia inguinocrural. *Hernia inguinocrural.* [ISBN: 84-607-1850-6EC]. Ethicon Valencia, 2001.
5. Suárez Grau JM, Bellido Luque JA, García Moreno JL. Chapter 12. Inguinal Hernia Repair: Current Techniques. *Abdominal Wall Defects: Prevalence, Surgical Management Strategies and Clinical Care Outcomes.* [ISBN: 978-1-62948-672-7]. NOVA Publishers New York 2013.
6. Morales Conde S, Barreiro F, Hernández Granados P, Feliú X. *Cirugía de la Pared Abdominal*, 2ª edición, AEC, Madrid. 2013.
7. Simmons MP, et al. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* 2018;;22(1):1-165.