

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Hernioplastia inguinal abierta: Rutkow-Robbins.

Open groin hernia: Rutkow-Robbins.

F.J. Jiménez-Vega, A.I. Gómez-Sotelo, A. García-Vico, P.A. Gallardo-García, A.J. Fernández-Zulueta, J. Marín-Morales

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

RESUMEN

Dentro de las reparaciones de la hernia inguinal mediante cirugía abierta, la técnica que combina tapón y malla denominada Rutkow-Robbins es una de las principales cirugía realizadas en nuestro medio, con buenos resultados en cuanto a recidiva (baja tasa) e índice de recuperación. La técnica combina los principios de la reparación de Gilbert (tapón) reparando el propio orificio inguinal en el espacio preperitoneal, combinado con la reparación anterior tipo Lichtenstein con malla plana.

Palabras clave: hernia inguinal, cirugía, malla, Rutkow-Robbins, tapón.

ABSTRACT

Within the repairs of the inguinal hernia by open surgery, the plug-and-mesh technique called Rutkow-Robbins is one of the main surgery performed in our environment, with good results in terms of recurrence (low rate) and recovery rate. The technique combines the principles of Gilbert repair (plug) by repairing the inguinal opening itself in the preperitoneal space, combined with the anterior Lichtenstein repair with flat mesh.

Keywords: groin hernia, surgery, mesh, Rutkow-Robbins, plug.

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Jiménez Vega FJ, Gómez Sotelo AI, García Vico A, Gallardo García PA, Fernández Zulueta AJ, Marín Morales J. Hernioplastia inguinal abierta: Rutkow-Robbins. Cir Andal. 2018;29(2):157-159

INTRODUCCIÓN

La reparación de la hernia inguinal es la intervención que practican con más frecuencia los cirujanos generales. El uso de materiales protésicos para la reparación de la hernia inguinal está ampliamente difundido siendo el polipropileno el material más frecuentemente utilizado por casi todos los grupos quirúrgicos. Estos materiales protésicos han permitido disminuir la tensión de la reparación herniaria y disminuir drásticamente el índice de recidivas¹.

Los procedimientos más frecuentemente usados para corregir las hernias inguinales por vía abierta son el de Lichtenstein o hernioplastia sin tensión basada en la colocación de una malla como reparación del defecto herniario y el de Rutkow-Robbins en el que se usa un tapón que se aloja y sutura en el orificio inguinal interno (plug) y además una cubierta de material protésico sin suturas, sobre el suelo del conducto inguinal.

En nuestro **vídeo** describimos paso a paso la técnica de Rutkow-Robbins.

La técnica anestésica que ofrece más ventajas y menor molestia postoperatoria al paciente es la local en su variedad de locorregional más sedación².

Previo preparación aséptica de la piel, se practica una incisión de 4-6 cm sobre el tercio medial de la línea imaginaria que une el pubis con la espina iliaca anterosuperior, paralela al pliegue inguinal.

Se disecciona el tejido celular subcutáneo y se cauterizan o ligan pequeñas ramas epigástricas superficiales, si existiesen.

Continuamos seccionando la fascia de Scarpa con tijera o bisturí eléctrico, llegando a la aponeurosis del oblicuo mayor y, abriéndola

hasta alcanzar el anillo inguinal externo. Hay que tener cuidado de preservar el nervio abdominogenital menor, que aparecerá por debajo de la misma cruzando el músculo. Disecamos el cordón espermático y se pasa una cinta o penrose por debajo del mismo para referenciarlo. En este momento ya podemos diagnosticar una hernia directa, si la hubiere.

En el caso de las hernias indirectas, una vez liberado y bien disecado el cordón espermático, lo abrimos en dirección de las fibras del cremáster, longitudinalmente, cercano al orificio inguinal interno. Buscaremos en su interior el saco indirecto y lo disecaremos separándolo de los elementos del cordón. Es muy importante una disección meticulosa y amplia hasta el cuello herniario quedando hasta que éste quede completamente libre. Se considera que una disección es completa cuando vemos la almohadilla de grasa preperitoneal, una vez liberado el saco indirecto y cualquier lipoma adyacente, se reintroduce a través del orificio inguinal profundo a la cavidad abdominal.

Una vez reducido el saco se pasa un tapón de malla de polipropileno a través del orificio inguinal profundo con la punta del mismo por delante (como un paraguas plegado), colocándolo por debajo y detrás de los pilares del orificio. El tapón se fija con 2-3 puntos sueltos de material reabsorbible a los tejidos adyacentes al orificio. Si las hernias son mayores o inguinoescrotales, el tapón debe ser siempre fijado con múltiples puntos sueltos, a los márgenes del anillo interno.

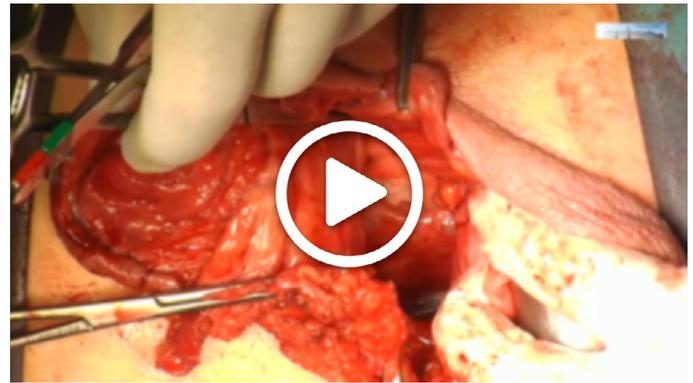
Una vez colocado el tapón en su lugar, se coloca (tanto en las hernias indirectas como directas) una segunda malla de polipropileno plana. Esta malla se posiciona, sin fijación, en la superficie anterior del canal inguinal en la pared posterior, desde el pubis hasta sobrepasar el anillo interno; la porción superior de dicho parche tiene una abertura para el paso del cordón espermático. Esta sección de la malla se sutura sobre ella misma, por encima de la salida del cordón, funcionando como un pseudoanillo interno.

Esta segunda malla actúa como profilaxis futura de una hernia directa. Una vez colocadas ambas prótesis, se hace una sutura continua absorbible de la aponeurosis del oblicuo mayor. Se pueden aproximar el celular subcutáneo y la fascia de Scarpa con puntos sueltos y se cierra la piel.

En las hernias directas (como el caso de nuestro [vídeo](#)), el saco se levanta con una pinza y es circunscrito con el bisturí eléctrico en su base o cuello, para exponer la grasa preperitoneal. El saco se invagina hacia dentro, colocándole un tapón por encima, de la misma forma que el que introducíamos en el anillo inguinal interno para el tratamiento de las hernias indirectas, fijando el tapón en el borde del tejido previamente disecado. En hernias en pantalón, mixtas, con defectos separados, es posible colocar dos o más tapones. El resto de los pasos son los mismos.

INDICACIONES

La reparación de Rutkow-Robbins está indicada para todas las variables de hernia inguinal, primarias y recurrentes e incluso para las femorales. Las hernias multi recidivadas pueden tener hasta un 10% de recurrencia con esta técnica, por lo que para estos casos deben plantearse otras alternativas como un abordaje preperitoneal posterior con reforzamiento protésico (Nyhus), un refuerzo gigante



[Acceder al vídeo](#)

protésico preperitoneal anterior del saco visceral como los descritos por Stoppa o Wantz, o una reparación por vía laparoscópica preperitoneal.

CONCLUSIONES

La hernioplastia con tapón y malla es una técnica sencilla y fácilmente reproducible que ha conseguido una importante disminución de la tasa de recurrencias y del número de otras complicaciones como las inguinoneuritis, las afecciones testiculares o los sinus por intolerancia de puntos⁴.

Puede realizarse de forma ambulatoria y permite una pronta incorporación a la vida sociolaboral.

Estudios clínicos randomizados no han encontrado diferencias en cuanto a recidiva o complicaciones entre esta técnica y la reparación de Lichtenstein⁶.

En comparación con la reparación laparoscópica preperitoneal (TEP), ésta sí ha demostrado diferencias estadísticamente significativas a su favor en cuanto a la incidencia global de complicaciones postoperatorias y la más temprana vuelta a la actividad habitual, sin embargo son técnicas equiparables en cuanto al tiempo operatorio, la recurrencia o el dolor crónico⁷. A favor de la reparación abierta está un menor coste, la posibilidad de realizar la intervención bajo anestesia local o la mayor experiencia en el aprendizaje de otras técnicas con los mismos principios, como las descritas por Stoppa o Nyhus.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porrero Carro JL, Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra C. Evidencias científicas en el tratamiento de la hernia inguinal. *Cir Esp.* 2002;72;157-9.
2. Robbins AW, Rutkow IM. Reparación con tapón de malla y cirugía de la hernia inguinal. *Clin Quir Nort* (ed. española). 1998;6: 951-966.
3. Dalenbäck J, Andersson C, Anesten B, et al. Prolene Hernia System, Lichtenstein mesh and plug-and-patch for primary inguinal hernia repair:

- 3-year outcome of a prospective randomised controlled trial. The BOOP study: bi-layer and connector, on-lay, and on-lay with plug for inguinal hernia repair. *Hernia* 2009;13:121-9;discussion 231.
4. Robbins AW, Rutkow IM. The mesh-plug hernioplasty. *Sur Clin North Am* 1993;73:501.
 5. Pikoulis E, Daskalakis P, Psallidas N, Koravokiros I. Marlex mesh PerFix plug hernioplasty retrospective analysis of 865 operations. *World J Surg.* 2005;29:231-4.
 6. Frey DM, Wildisen A, Hamel CT, Zuber M, Oertli D, Metzger J. Randomized clinical trial of Lichtenstein's operation versus mesh plug for inguinal hernia repair. *British Journal of Surgery* 2007;94:36-4.
 7. Zhu X, Cao H, Ma Y, Yuan A, Wu X, Song Guo M. Totally extraperitoneal laparoscopic hernioplasty versus open extraperitoneal approach for inguinal hernia.