

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein.

Open groin hernia: Lichtenstein procedure.

J.D. Turiño-Luque, I. Mirón-Fernández, J. Rivas-Becerra, A.J. Cabello-Burgos, C. Rodríguez-Silva,
A. Martínez-Ferriz, J. Santoyo-Santoyo

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

RESUMEN

La hernia inguinal es un problema de salud frecuente y su reparación constituye el procedimiento quirúrgico más frecuente para el cirujano general. La probabilidad de desarrollar una hernia inguinal, en nuestra vida, se cifra en el varón en el 27% frente al 3% en la mujer^{1,2}.

Las técnicas quirúrgicas se pueden clasificar en tres grupos: técnicas abiertas en las que se puede emplear material protésico (Lichtenstein, Gilbert, Rutkow-Robbins, etc.) o no (Bassini, Shouldice, Lotheissen-McVay, etc.), y técnicas laparoscópicas protésicas.

En la actualidad se considera la técnica de Lichtenstein como el *gold standard* en la reparación de la hernia inguinal primaria^{1,2}.

Palabras clave: hernia inguinal, Lichtenstein.

ABSTRACT

The inguinal hernia is a common health issue. Its repair represents the most common surgical procedures for the general surgeon. The lifetime rate of inguinal hernia is around 27% in males and 3% in females.

The surgical hernia repair is generally divided in three groups: open repair with a mesh (Lichtenstein, Rutkow-Robbins), open repair without the use of a mesh implant (Bassini, Shouldice, Lotheissen-McVay) and laparoscopic repair with a mesh.

Today, the Lichtenstein technique is considered the gold standard in the surgical repair of primary groin hernia.

Keywords: groin hernia, Lichtenstein.

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Turiño Luque JD, Mirón Fernández I, Rivas Becerra J, Cabello Burgos AJ, Rodríguez Silva C, Martínez Ferriz A, Santoyo Santoyo J. Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein. Cir Andal. 2018;29(2):160-162

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Se realiza una incisión de unos 5 cm desde la sínfisis del pubis en dirección a la parte inferior de espina iliaca anterosuperior (ligeramente horizontalizada). Tras disecar el tejido celular subcutáneo y fascia de Scarpa alcanzamos la aponeurosis del oblicuo mayor. Liberamos

el tejido celular subcutáneo hasta su reflexión para descartar la existencia de una hernia crural. Incidimos en la zona central de esta aponeurosis en dirección al orificio inguinal superficial separando ambas hojas aponeuróticas, tanto del cordón espermático como del plano muscular profundo. Una vez liberado el cordón espermático (o ligamento redondo en la mujer) y disecadas las fibras cremastéricas hasta la base del orificio inguinal profundo obtenemos una visión completa de la fascia transversalis hasta el ligamento de Cooper.

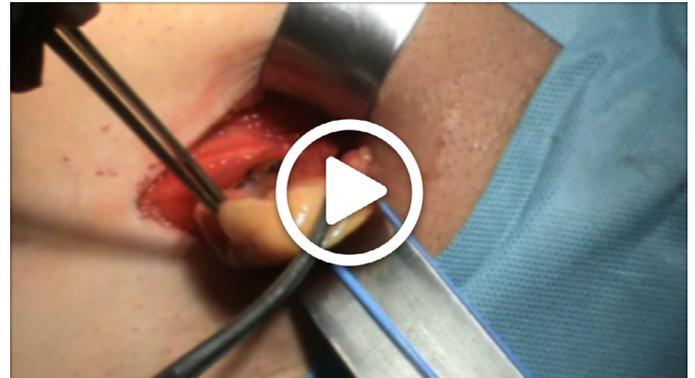
Exploraremos la fascia transversalis para descartar la existencia de una hernia inguinal directa (M). En caso de encontrar una debilidad en ésta (abombamiento sin saco herniario) o una hernia directa, procederemos a la reducción del mismo y refuerzo con puntos sueltos con material reabsorbible de larga duración entre musculatura oblicuo menor-transverso y porción más caudal del ligamento inguinal o a la reflexión de la propia fascia transversalis.

Seguidamente disecaremos el cordón espermático para detectar la existencia o no de una hernia inguinal indirecta (L). Incidimos sobre el cordón liberando sus estructuras nobles (conducto deferente, arteria y vena) con el fin de evitar lesiones iatrogénicas al testículo hasta identificar, adherido al mismo, una estructura blanquecina correspondiente al saco herniario. Realizamos una disección cuidadosa del mismo, podemos ayudarnos de una compresa, hasta su liberación completa a nivel del cuello del cordón (orificio inguinal profundo). En este momento podemos optar por su reducción completa por dicho orificio, o a su apertura y reducción del contenido a la cavidad cerrando posteriormente con punto transfixiante en su base con material reabsorbible de larga duración. Seguidamente cerraremos el defecto con puntos sueltos del mismo material apoyados sobre musculatura cremastérica y del oblicuo menor.

En la tercera fase procedemos a la colocación del material protésico de polipropileno para el refuerzo de la pared posterior y el orificio inguinal profundo. La malla debe extenderse desde la espina del pubis (sobrepasándola al menos 1 cm) hasta la aponeurosis del oblicuo mayor posteriormente. Debemos abrir la malla para conseguir dos bandas, la interna más ancha (2:1) con el fin de rodear el cordón espermático; si bien en la actualidad la mayoría de las prótesis vienen preformadas para ello. Fijaremos la banda lateral desde el pubis con sutura continua, o entrecortada, a lo largo del ligamento inguinal hasta sobrepasar el orificio inguinal profundo con material reabsorbible de larga duración, teniendo especial cuidado con vasos epigástricos y femorales a este nivel. El brazo medial lo fijaremos con puntos sueltos a la vaina del recto y al músculo oblicuo menor, con especial atención a las ramas genitales del nervio genitofemoral y abdominogenital para evitar una neuropatía por atrapamiento. Finalizaremos cerrando las dos bandas sobre el cordón espermático con un punto suelto, sin oprimir el mismo.

En la actualidad disponemos de prótesis autofijables (Adhesix™ Bard Davol Inc., ProGrip™ Medtronic) que hacen innecesaria la fijación de la malla a las estructuras referidas, consiguiendo una reducción del dolor crónico postoperatorio, una tasa de complicaciones y recurrencia bajas, considerándose igual de fiables para la reparación de la hernia inguinal³⁻⁶ que las mallas tradicionales.

Finalmente restauramos la integridad de la aponeurosis del oblicuo mayor con sutura continua de material reabsorbible, respetando el orificio inguinal superficial. Cierre del tejido celular subcutáneo y piel.



[Acceder al vídeo](#)

INDICACIÓN

Técnica ideal en la reparación de la hernia inguinal uni o bilateral primarias o recurrentes, si la primera intervención se realizó por vía laparoscópica⁷. Menos apropiada para hernias inguinales con grandes orificios herniarios donde sería aconsejable asociar un “plug” (técnica de Rutkow-Robbins).

VENTAJAS

La ausencia de tensión en la reparación del defecto mejora el dolor y disminuye el riesgo de recurrencia. Las nuevas mallas de bajo peso molecular (más elásticas) y especialmente las autofijables, disminuyen el riesgo de neuropatía por atrapamiento al no necesitar sutura para su anclaje a las estructuras anatómicas.

CONCLUSIÓN

La técnica sin tensión de Lichtenstein se posiciona como la técnica *gold standard* en la reparación de la hernia inguinal^{7,8}.

DISCUSIÓN

Consideramos que es una técnica rápida y sencilla, fácilmente reproducible, que permite de forma segura tratar este proceso en régimen ambulatorio⁹ pues requiere pocos cuidados postoperatorios, minimizando el riesgo de complicaciones precoces, sin drenajes y control del dolor por vía oral^{7,10}.

En nuestra experiencia y con las mallas autofijables creemos recomendable en las hernias directas el anclaje del material protésico con punto de material reabsorbible a nivel de pubis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nikkolo C, Vaasna T, Murruste M, Seepter H, Kirsimagi U, Lepner U. Three-Year Results of a Single-Centre Single-Blinded Randomised Study Evaluating the Impact of Mesh Pore Size on Chronic Pain after Lichtenstein Hernioplasty. *Scand J Surg.* 2016 Sep;105(3):141-6.
2. Ge L, Tian JH, Li L, Wang Q, Yang KH. Mesh fixation methods in open inguinal hernia repair: a protocol for network meta-analysis and trial sequential analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open.* 2015;5(11):e009369.
3. Tabbara M, Genser L, Bossi M, Barat M, Polliand C, Carandina S, et al. Inguinal Hernia Repair Using Self-adhering Sutureless Mesh: Adhesix: A 3-Year Follow-up with Low Chronic Pain and Recurrence Rate. *Am Surg.* 2016;82(2):112-6.
4. Hoyuela C, Juvany M, Carvajal F, Veres A, Troyano D, Trias M, et al. Randomized clinical trial of mesh fixation with glue or sutures for Lichtenstein hernia repair. *Br J Surg.* 2017;104(6):688-94.
5. Pierides G, Scheinin T, Remes V, Hermunen K, Vironen J. Randomized comparison of self-fixating and sutured mesh in open inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2012;99(5):630-6.
6. Nikkolo C, Vaasna T, Murruste M, Suumann J, Kirsimagi U, Seepter H, et al. Three-year results of a randomized study comparing self-gripping mesh with sutured mesh in open inguinal hernia repair. *J Surg Res.* 2016;209:139-44.
7. Simmons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2009;13(4):343-403.
8. Carbonell Tatay F, Feliu Palá X. Hernias de la región inguinocrural. In: Parrilla Paricio P, Landa García J, editors. *Cirugía AEC Manual de la Asociación Española de Cirujanos.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 203-18.
9. Papaceit J, Olona M, Ramon C, García-Aguado R, Rodríguez R, Rull M. [National survey of preoperative management and patient selection in ambulatory surgery centers]. *Gac Sanit.* 2003;17(5):384-92.
10. Porrero Guerrero B, Porrero Carro J, Cano Valderrama O, San Juan Bendito Dehesa A. Cirugía Mayor Ambulatoria en Cirugía General y Digestiva: Hernias inguino crurales, umbilicales y epigástricas. In: Porrero Carro J, Porrero Guerrero B, editors. *CMA Cirugía Mayor Ambulatoria Eficiencia en la Asistencia Sanitaria.* Madrid: Win2win worldwide; 2015. p. 307-37.