

Hernioplastia inguinal de Lichtenstein

Lichtenstein hernioplasty

J.M. Capitán-Vallvey¹, M.A. Madero-Morales¹, V.M. Ruiz-García¹, I. Capitán-del Río²

¹Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

²Hospital Campus de la Salud de Granada. Granada.

RESUMEN

La herniorrafia inguinal es la intervención quirúrgica más frecuente en el ámbito de la cirugía general. Las técnicas quirúrgicas de reparación de la hernia inguinal han venido variando con el advenimiento de nuevos procedimientos que han permitido la disminución de complicaciones posoperatorias, la disminución de las tasas de recurrencia, un menor tiempo de estadía hospitalaria y un menor tiempo de convalecencia, llevando así a un más rápido retorno a las actividades cotidianas de los pacientes. La técnica de hernioplastia sin tensión tipo Lichtenstein se basa en la colocación de una malla como reparación suficiente del defecto herniario, evitando cualquier otro gesto no encaminado a éste fin (no se utiliza la malla como refuerzo de otra sutura previa). Describimos la técnica citada, que actualmente es el *gold standard* en cirugía abierta de la hernia inguinal.

Palabras clave: hernia inguinal, malla, cirugía, Lichtenstein.

ABSTRACT

Inguinal herniorrhaphy is the most frequent surgical intervention in the field of general surgery. The surgical techniques of inguinal hernia repair have been changing with the advent of new procedures that have allowed the reduction of postoperative complications, the decrease in recurrence rates, a shorter length of hospital stay and a shorter convalescence time, thus leading to to a faster return to the daily activities of patients. The tension-free hernioplasty technique is based on the placement of a mesh as a sufficient repair of the hernia defect, avoiding any other gesture not aimed at this end (the mesh is not used as reinforcement of another previous suture). We describe the Lichtenstein technique, which is the gold standard in open inguinal hernia repair.

Keywords: groin hernia, mesh, surgery, Lichtenstein.

INTRODUCCIÓN

En 1987 Irving L. Lichtenstein, cirujano del Cedars-Sinai de Los Ángeles (California) publica su experiencia en 6.321 casos de cirugía de la hernia inguinal¹, mediante el empleo de mallas de polipropileno, frente a las técnicas anatómicas autoplásticas clásicas (Bassini, Nyhus, McVay, Shouldice).

CITA ESTE TRABAJO

Capitán Vallvey JM, Madero Morales MA, Ruiz García VM, Capitán del Río I. Hernioplastia inguinal de Lichtenstein. Cir Andal. 2018;29(2):166-167

XREF

Argumentando que la zona débil causa de la aparición herniaria radica en el triángulo de Hesselbach, únicamente cubierto por la fascia transversalis y, por tanto que la cirugía basada en la sutura de estructuras que se encuentran en planos diferentes causará tensión en las mismas, abrió una nueva era en la cirugía herniaria propugnando la “*hernioplastia sin tensión*” utilizando materiales protésicos.

Hasta ahora se ha considerado el procedimiento de elección para tratar las hernias inguinales del adulto².

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Una vez disecado el saco herniario, este no se reseca, reintroduciendo el saco por el orificio inguinal profundo. En la actualidad se suelen utilizar mallas preformadas, diseñadas con dos bandas y un orificio para el paso del cordón espermático. El borde inferior de la malla se fija mediante sutura continua al ligamento inguinal hasta el plano del orificio inguinal profundo. Los dos bordes interiores de ambas bandas se suturan entre sí y el ligamento inguinal. El borde superior de la malla se fija con varios puntos al tendón conjunto. Actualmente las suturas se sustituyen con frecuencia por adhesivos tisulares³.



[Acceder al vídeo](#)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras análisis de la literatura queremos recalcar una revisión Cochrane donde se encontraron veinte estudios que comparan la reparación con malla y sin malla, y dos estudios que comparan la malla plana con el tapón y malla. En trece estudios se volvieron a analizar los datos proporcionados por el autor del estudio, se recibieron resultados adicionales para cuatro estudios por parte del autor del estudio y en cinco estudios sólo se utilizó información publicada^{4,5}.

Hubo pruebas válidas de menor recurrencia de hernia después de la reparación con malla que después de la reparación sin malla. Hubo una indicación de que las personas tuvieron menos dolor persistente después de la reparación con malla pero los resultados sólo estuvieron disponibles para nueve de los veinte ensayos. Los métodos abiertos con malla se realizaron más rápido que los procedimientos Shouldice, pero tardaron menos que otros tipos de reparación sin malla. No se encontraron diferencias claras entre los métodos con malla y sin malla

para las complicaciones quirúrgicas y el entumecimiento persistente. En general, las personas tuvieron estancias hospitalarias más cortas y regresaron a su actividad normal más rápido después de la reparación con malla, pero este patrón no se observó en todos los estudios.

El empleo propugnado de anestesia local mediante infiltración por planos⁴, considera una excelente opción para este tipo de intervención y sobre todo en régimen de CMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lichtenstein IL. Herniorrhaphy. A personal experience with 6321 Cases. *Am J Surg.* 1987;153:553-559.
2. Rodríguez Vega FJ. Monografía Hernia inguinal. <http://www.sohah.org/wp-content/uploads/2013/04/monografia-hernia-inguinal.pdf>
3. Martínez S en Morales Conde S, Barreiro Morandeira F, Hernández Granados MP, Feliú Palá X: Cirugía de la Pared Abdominal. Guía Clínica de la A.E.C. 2ª ed. Arán ed. 2013. [ISBN: 978-84-92977-44-4].
4. Torregrosa Gallud A, Zaragoza Fernández C. En Carbonell Tatay F: Hernia Inguinocrural, capítulo 18, pp 233-238. 2001. [ISBN: 84-607-1850-6].
5. Scott NW, McCormack K, Graham P, Go PM, Ross SJ, Grant AM. Open mesh versus non-mesh for repair of femoral and inguinal hernia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(4):CD002197. Review.