

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Herniorrafia inguinal abierta: técnica de Shouldice.

Shouldice herniorrhaphy

J.L. Porrero-Carro¹, B. Porrero-Guerrero²

¹Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Santa Cristina. Madrid.

²Servicio de Cirugía Genral y Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

RESUMEN

La herniorrafia de Shouldice es una técnica de reparación anatómica de los tejidos desarrollada en Toronto durante los años cincuenta¹ aunque no comienza publicar resultados hasta los años sesenta. Ha sido descrita por multitud de autores²⁻⁴, dado que se trata de una técnica compleja con multitud de detalles que se deben realizar de forma sistematizada para obtener los resultados deseados.

El bajo índice de recurrencias de esta técnica la convierte en la *gold standard* de la reparación anatómica de la hernia y la ha llevado a ser uno de los procedimientos más atractivos de la hernia inguinal^{5,6}. El grupo de Toronto y los cirujanos que la realizan apoyan la anestesia local y sedación como opción anestésica a este procedimiento.

La descripción de la técnica se puede dividir en dos grandes apartados: disección y reparación. El conocimiento de cada paso y cada detalle en la herniorrafia de Shouldice es básico para conseguir los excelentes resultados publicados.

Palabras clave: herniorrafia, Shouldice, hernia inguinal.

ABSTRACT

The Shouldice technique is an anatomical tissue repair technique developed in Toronto during the 1950s¹ although it does not begin to publish results until the 1960s. It has been described by a multitude of authors²⁻⁴, since it is a complex technique with a multitude of details that must be carried out systematically to obtain the desired results.

The low rate of recurrences of this technique makes it the gold standard of anatomical repair of the hernia, and has made it one of the most attractive procedures of inguinal hernia^{5,6}. The Toronto group, and the surgeons who perform it, support local anesthesia and sedation as an anesthetic option to this procedure.

The description of the technique can be divided into two main sections: dissection and repair. The knowledge of each step and each detail in the Shouldice technique is essential to achieve the excellent results published.

Keywords: herniorrhaphy, Shouldice, inguinal hernia.

TIPO DE TÉCNICA

La herniorrafia de Shouldice se puede realizar con diferentes técnicas anestésicas, pero la anestesia local y sedación o la mascarilla laríngea con bloqueo anestésico siguen siendo las más asociadas a esta técnica. El inicio del procedimiento quirúrgico comienza con una

CITA ESTE TRABAJO

Porrero Carro JL, Porrero Guerrero B. Herniorrafia inguinal abierta: técnica de Shouldice. Cir Andal. 2018;29(2):170-173

XREF

adecuada colocación del paciente: posición de Trendelenburg, brazos en cruz y adecuada fijación de las extremidades inferiores en el caso que el procedimiento se realice con anestesia local. El procedimiento se inicia con:

1. Infiltrar la piel con anestésico local a 2 cm por debajo y medial a la espina iliaca anterosuperior, primero un habón y luego hasta el pubis con una aguja de punción espinal, en el trayecto donde se va a realizar la incisión cutánea⁴.
2. Incisión de la piel, en el tercio superior de la herida abordamos la aponeurosis del oblicuo externo por debajo de la cual se procede a la infiltración de anestésico para bloquear los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico^{7,8}.
3. Apertura de la aponeurosis del músculo oblicuo externo hasta el orificio inguinal superficial e individualizamos el cordón cerca de la espina del pubis. Se depositan a este nivel varios ml de anestésico. Con esto conseguimos bloquear las fibras simpáticas del cordón y rama genital del nervio genitofemoral.
4. Resección de la musculatura cremastérica. Se realizan dos colgajos del músculo cremáster desde el orificio inguinal profundo hasta la espina del pubis, se ligan y seccionan los mismos. El colgajo lateral incluye los vasos espermáticos externos y la rama genital del genitofemoral (Figura 1).

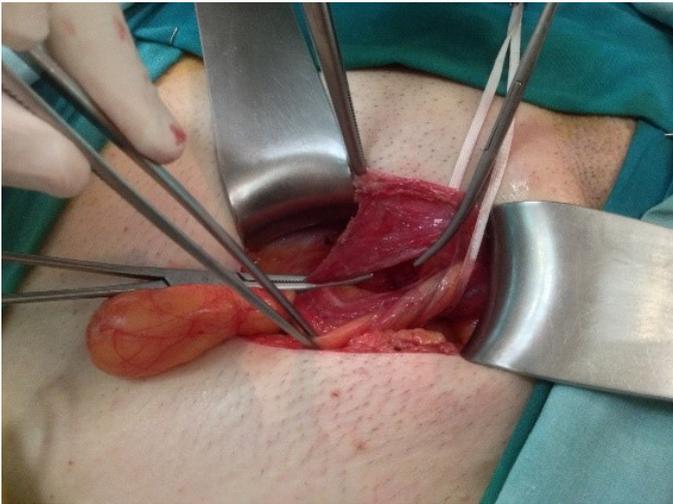


Figura 1

5. Disección exhaustiva del saco del resto de los elementos del cordón hasta el orificio inguinal profundo para que nos permita la reducción del mismo.
6. Apertura de la fascia cribiforme para explorar el orificio crural, de esta forma nos aseguramos que no dejamos una hernia sin explorar^{6,8}.
7. El punto clave de esta técnica es la apertura de la fascia transversalis, se debe realizar a 1 cm por encima del ligamento inguinal y a lo largo de la línea que va desde el orificio inguinal profundo a la proximidad del pubis. El colgajo medial corresponde al arco aponeurótico del transverso del abdomen, y el lateral al tracto iliopúbico. Tener en cuenta en este punto la vena marginal que se encuentra interna al colgajo lateral para no lesionarla en el momento de la reparación (Figura 2).



Figura 2

8. La reparación se inicia con una sutura monofilamento irreabsorbible 2/0 continua de ida y vuelta desde el pubis, aproximando de esta forma el tracto iliopúbico al arco aponeurótico del transverso del abdomen, hasta el orificio inguinal profundo. A nivel del orificio inguinal profundo se incluye el muñón del cremáster, previamente seccionado, en la sutura a modo de "corbata" para proteger el orificio. Con la misma sutura continua se vuelve y finaliza en la espina del pubis. Esta primera sutura es la que confiere resistencia a la reparación anatómica de la hernia inguinal (Figuras 3 y 4)^{4-6,8,9}.



Figura 3

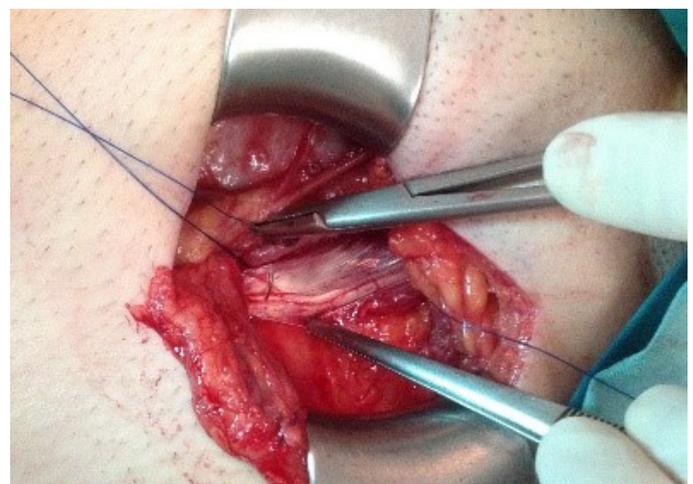


Figura 4

9. La segunda línea de sutura aproxima el músculo oblicuo interno al ligamento inguinal con ida y vuelta y mismo hilo que la primera, se considera una plastia muscular y redistribuye las líneas de fuerza (Figura 5 y 6)^{5,9}.



Figura 5



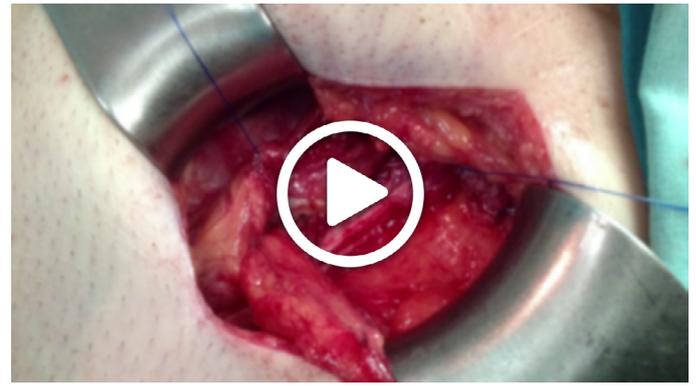
Figura 6

10. El cordón se deja en posición subaponeurótica, cerrando la fascia del oblicuo externo con material reabsorbible. En este punto dejamos 2-3 cm abiertos de sutura para crear un nuevo orificio inguinal superficial.

11. Cierre de tejido subcutáneo con puntos sueltos de material reabsorbible y cierre de piel con grapas.

INDICACIONES

Hernias inguinales primarias ya sean mediales o laterales (EHS), incluso este procedimiento puede ser realizado en pacientes con hernias inguinales recidivadas en casos seleccionados.



[Acceder al vídeo](#)

CONTRAINDICACIONES

No existen unas contraindicaciones absolutas pero existen casos en los cuales no es la técnica más recomendada: pacientes con arco aponeurótico con una inserción muy elevada (puede quedar a tensión la reparación anatómica), pacientes obesos y en aquellos casos de hernia estrangulada o encarcerada.

VENTAJAS

La ventaja real, hoy día, de esta técnica es no utilizar material protésico lo cual evita los casos de rechazo a cuerpo extraño y reduce las tasas de infección. Menor incidencia del dolor inguinal crónico.

INCONVENIENTES

Técnica que requiere un conocimiento muy amplio de la región inguinal y una destreza clara en el manejo de la zona. Es una técnica muy cirujano dependiente. No se considera una técnica fácil de aprender ni realizar.

CONCLUSIONES

La herniorrafia de Shouldice es un procedimiento para el tratamiento de la hernia inguinal que requiere una técnica quirúrgica minuciosa con multitud de detalles y pasos a seguir para conseguir unos resultados excelentes.

DISCUSIÓN

En la actualidad la técnica de herniorrafia de Shouldice como procedimiento quirúrgico para la reparación de la hernia inguinal está en desuso debido a la tendencia mayoritaria de utilización de material protésico pero sigue siendo una técnica que debemos conocer y estudiar. Requiere un conocimiento anatómico exacto de la región inguinal y un conocimiento de todos los pasos que realiza el

grupo de Toronto en su descripción de la técnica, esta es una de las razones por las cuales se buscó una reparación menos complicada y más reproducible de la hernia como es la hernioplastia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ryan EA. An analysis of 313 consecutive cases of indirect sliding inguinal hernias. *Surg Gynecol Obstet.* 1956;102:45-48.
2. Moran RM, Blick M, Collura M. Double layer of transversalis fascia for repair of inguinal hernia: results in 104 cases. *Surgery.* 1968;63:423-426.
3. Glassow F. Inguinal hernia repair using local anesthesia. *Ann R Coll Surg Engl.* 1984;66:382-386.
4. Porrero Carro, JL. Herniorrafia de Shouldice. Consideraciones generales y aspectos técnicos. En *Cirugía de la pared abdominal*, ed Masson. 1997:60-66.
5. Wantz GE. The Canadian repair of inguinal hernia. En Nyhus LM, ed. *Hernia* (3a ed) Philadelphia: J B Lippincott. 1989:236-248.
6. Obney N. Shouldice technique for repair of inguinal hernia. *Bull NY Acad Med.* 1979;55:863-866.
7. Ponka JL. Seven Steps to local anesthesia for inguinal femoral hernia repair. *Surg Gynecol Obstet.* 1963;115-120.
8. Bendavid R. L'operation of Shouldice. En: *Techniques chirurgicales Appareil Digestif. Encycl Med Chir.* 1987;40112,4.11.12, 5p.
9. Lazorthes F, Browne AF. Cure de hernia inguinal selon la technique de Shouldice. *J Chir* 1984; 121: 765-770.