

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Resultados en 196 hernioplastias con técnica de Lichtenstein

Drs. SUSANA BENÍTEZ S, CARLOS HERMANSEN T, ENRIQUE RODRÍGUEZ S,
PATRICIO ANDRADES C, DENNIS VALENZUELA B, JORGE SALAMANCA B,
RODRIGO MIGUIELES C, WERNER AGUILAR L, Int. ALAN TAYLOR

Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau

RESUMEN

La Hernioplastia con técnica de Lichtenstein (HL) ha tenido gran difusión por los buenos resultados que se han obtenido, por lo que fue incorporada a nuestro servicio el año 1997. El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados de esta técnica. Se revisan los antecedentes de 178 pacientes operados por Hernia Inguinal mediante HL, entre enero y diciembre de 1998. La muestra está constituida por 147 hombres (83%) y 31 mujeres (17%), con una edad promedio de 59 años y rango de 15 a 86. Se operaron un total de 196 hernias, de las cuales, directas fueron 83 (42%), indirectas 78 (40%), inguinoescrotales 12 (6%) y mixtas 12(6%). En 11 pacientes (6%) la hernia era recidivada. En 115 (64%) casos se utilizó anestesia local, en 49 (28%) regional y en 14 (8%) general. La estadía intrahospitalaria promedio fue de 1,38 días y el 24% se operó en forma ambulatoria. Las complicaciones precoces más frecuentes fueron: 7 seromas y 6 infecciones de la herida operatoria. El seguimiento fue de 62%, con un rango de 3 años y 6 meses a 4 años y 6 meses. Las complicaciones tardías fueron 1 neuralgia y 3 recidivas.

PALABRAS CLAVES: *Hernia inguinal, herniorrafia, técnica de Lichtenstein*

SUMMARY

The Lichtenstein's technique (LT) for hernia repair has become popular due to its good results. We adopted this technique in 1997. The goal of this report is to present the results of LT. The medical records of 178 patients submitted to inguinal hernia repair with the LT between January and December 1998 were reviewed. The series is composed of 147 males (83%) and 31 females (17%, with an average age of 59 years (range 15-86). A total of 196 hernias were repaired; of them, 83 (42%) were direct, 78 (40%) were indirect, 12 (6%) were inguino-scrotal and 12 (6%) were mixed. In 11 patients (6%), the hernia was a recurrence. Local anesthesia was used in 115 (64%) cases, regional anesthesia was used in 49 (28%) cases and general anesthesia was used in 14 (8%) of the cases. Average hospital stay was 1.38 days. In 24% of the cases surgery was performed as an outpatient procedure. The most frequent early complications were 7 seromas and 6 operative wound infections. Follow up was complete in 62% of the cases with a range of 3.5 to 4.5 years. Late complications were 1 neuralgia and 3 recurrences.

KEY WORDS: *Inguinal hernia, herniorrhapy, Lichtenstein technique*

INTRODUCCIÓN

La hernioplastia de Lichtenstein (HL) ha tenido una difusión masiva en los últimos años por los buenos resultados que se han obtenido.^{1,2} La técnica de reparación herniaria libre de tensión utilizando malla iniciada en el Instituto de Hernias del mismo nombre en la década de los ochenta en Los Angeles, California, ha permitido solucionar de una manera efectiva una de las patologías de mayor frecuencia en Cirugía General como es la hernia inguinal. Con bajos índices de recidiva (1%) y complicaciones precoces y tardías, la HL a diferencia de otras técnicas comparables en cuanto a resultados favorables, ofrece la ventaja de ser una técnica sencilla altamente reproducible por cirujanos generales.³ Es por ello que en 1997 se decidió incorporar la HL a nuestro Servicio.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados a corto plazo de la reparación de hernias inguinales mediante la técnica de Lichtenstein.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio prospectivo entre enero y diciembre de 1998 de 178 pacientes con hernia inguinal sometidos a HL como técnica de reparación. De estos 178 pacientes, se encontró que 18 de ellos tenían a su vez una hernia inguinal bilateral que se optó por reparar en un tiempo llegando al total de 196 HL. La muestra está constituida por 147(83%) hombres y 31(17%) mujeres con una edad promedio de 59 años y un rango entre los 15 y 86 años. La técnica quirúrgica utilizada se estandarizó de acuerdo al procedimiento descrito por los cirujanos del *Lichtenstein Hernia Institute*.¹⁻⁴

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realiza la operación bajo anestesia general, regional o local. En el caso de utilizar anestesia local el paciente se encuentra previamente sedado, de preferencia con dosis variables de Midazolam, monitorizados y controlados por un Anestesiólogo. El primer paso es la administración por parte del mismo Cirujano de una mezcla en proporciones iguales de lidocaína al 1% y bupivacaína al 0,5% a lo largo de la línea incisional en cuatro capas (5 ml subdérmica, 3 ml intradérmica, 10 ml subcutánea profunda y 10 ml subaponeurótica) y 2-3 ml a la espina del pubis y al saco herniario (Figura 1). En segundo lugar, se procede a realizar una incisión

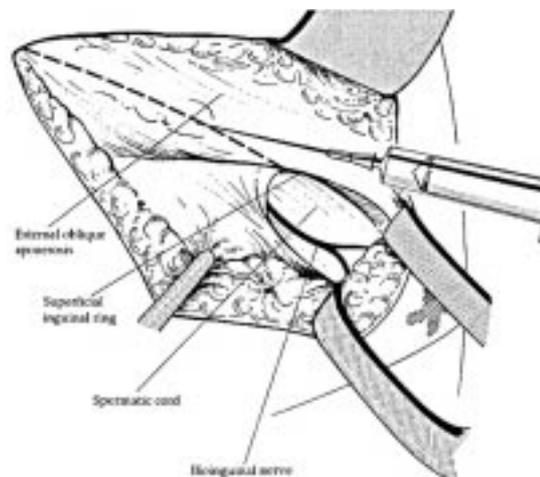


Figura 1. Técnica de anestesia local.

en la piel de 5 cm desde la sínfisis púbica siguiendo un plano paralelo al conducto inguinal. Una vez abierta la piel se incide la aponeurosis del oblicuo mayor y se disecciona en forma roma el plano avascular entre la hoja superior de la aponeurosis del oblicuo mayor y el plano muscular por debajo, compuesto por el oblicuo menor y el transversario dejando un espacio amplio donde posteriormente se instalará la malla. En este plano es importante identificar el nervio ilioinguinal que se intenta preservar. A continuación en el borde inferior de la hoja aponeurótica del oblicuo mayor se disecciona el cordón y el cremáster hasta la sínfisis púbica sobrepasándola en al menos 2 cm. Las fibras del cremáster se van dividiendo longitudinalmente hasta visualizar el anillo inguinal profundo y se va separando el saco herniario de los elementos del conducto inguinal. Una vez liberado, el saco herniario se invagina sin ligadura, a excepción de las hernias inguinoscrotales gigantes en las que se prefiere ligadura y abandono distal del saco herniario a fin de evitar lesiones iatrogénicas. En el caso de hernias directas de gran tamaño se realiza una garetta invaginante del saco herniario con sutura reabsorbible. Una vez completada la etapa de disección se prepara la malla de Polipropileno de 8 x 16 cm recortando los bordes y dejándolos romos. Luego, se introduce sobre el piso del conducto inguinal y se fija 1,5 a 2 cm sobre la sínfisis púbica con sutura no absorbible de Polipropileno 2.0 que se continúa en forma continua fijándola a la cintilla iliopúbica o ligamento inguinal hasta llegar al punto del orificio inguinal superficial. Se confeccionan las colas cortando la malla y dejando un tercio de ésta para la cola inferior y dos tercios para la superior. Se

entrecruza la cola superior sobre la inferior fijándolas al ligamento inguinal con la misma sutura y dejando pasar el cordón para crear un neorillo. Se dejan 5 cm de malla más allá del neorillo inguinal superficial recortando el exceso e introduciendo el remanente por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor. Finalmente, se ponen dos o tres puntos de fijación de Polipropileno 2.0 al transversario u oblicuo menor y se cierra la aponeurosis del oblicuo mayor sobre el cordón con el mismo material de sutura. El tejido celular subcutáneo es suturado con material reabsorbible, terminando con sutura intradérmica de la piel con nylon 3.0. (Figuras 2 y 3).

Posterior a la operación se realiza control ambulatorio semanal hasta el alta definitiva. El seguimiento se realizó en forma telefónica mediante una encuesta que en forma rápida evalúa las condiciones actuales de cada paciente con el objetivo de identificar a aquellos con sospecha de complicaciones y citarlo a control clínico. Los datos obtenidos se analizan con planilla Excel.

RESULTADOS

De un total de 196 HL se encontró un 83 (42%) de hernias directas, 78 (40%) indirectas, 12 (6%) mixtas, 12 (6%) inguinoescrotales y 11 (6%) recidivadas. En relación al tipo de anestesia utilizada se operó bajo anestesia local al 64% (115) de los pacientes, 28% (49) con regional y 8% (14) con general. El control semanal postoperatorio se realizó en el 100% hasta los treinta días. En los casos de complicación se prolongó el tiempo de control hasta lograr la mejoría.

El seguimiento alejado se realizó telefónicamente en 110 (62%) de 178 pacientes con un mínimo de 3 años y 6 meses y un máximo de 4 años y 6 meses y que en promedio fue de 4 años desde

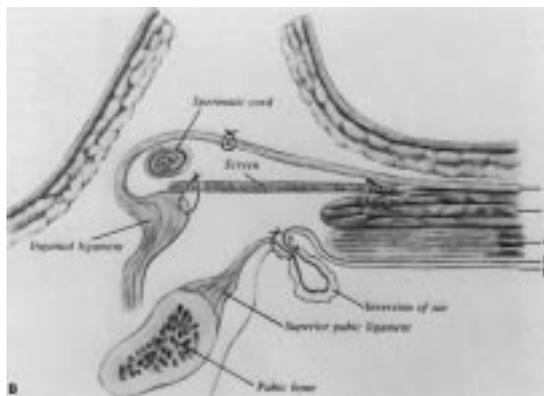
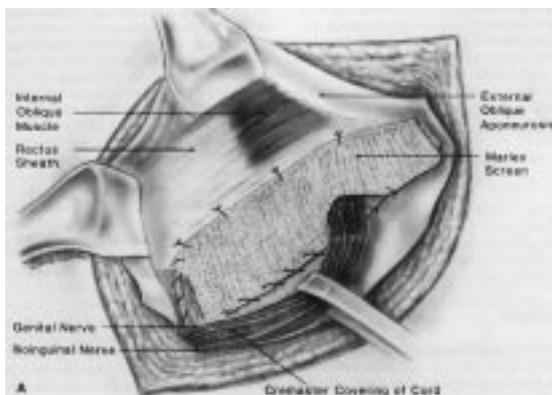
el momento de la intervención. Se detectaron 17 complicaciones precoces en los 196 procedimientos realizados que corresponde a un 8.6%. Hubo 7 seromas, 6 infecciones de herida operatoria, 3 hematomas y 1 hemorragia. Las complicaciones tardías se presentan en 4 de 110 pacientes descontando 86 HL en los 68 (38%) pacientes que no se lograron encontrar por vía telefónica y, por ende, controlar. En las complicaciones tardías se describe una neuralgia (0,9%) y 3 recidivas (2,7%). De las hernias recidivadas dos fueron inicialmente directas y una indirecta con todas las recurrencias ubicadas en la sínfisis púbica. Hasta la fecha todas las recidivas han sido reoperadas, sin nueva recurrencia.

Los cirujanos en formación realizaron 100 (51%) HL y los del equipo 96 (49%). Los primeros tuvieron 4 (4%) complicaciones precoces y 2 (2%) tardías, mientras que los cirujanos de mayor experiencia presentaron 11 (11,5%) precoces y 2 (2%) tardías.

Se operaron 43 (24%) pacientes en forma ambulatoria y 153 (76%) permanecieron hospitalizados. El total de días hospitalizado fue en promedio 1,38, con 0,63 de preoperatorio y 0,75 de postoperatorio.

DISCUSIÓN

En la evolución del tratamiento de las hernias, la introducción del concepto basado en un trastorno degenerativo del tejido conectivo de la pared inguinal como fundamento fisiopatológico de la etiología de esta patología, ha dado cabida al desarrollo de técnicas que utilizan material protésico no absorbible, que además de sustituir el tejido autólogo alterado, se traduce en una reparación libre de tensión del defecto herniario.⁵



Figuras 2 y 3. Instalación de la malla.

Sumado a estas teorías, la HL ha demostrado ser una técnica sencilla, con resultados reproducibles similares a los originales, en diferentes centros mundiales, independiente de la experiencia del cirujano que la realiza.³

En nuestra experiencia inicial, destaca el alto porcentaje de complicaciones precoces y una recidiva (2,7%) mayor a lo esperado según lo publicado en la literatura,^{1,3} que, incluso, podría ser más alto de haber logrado controlar a la totalidad de los pacientes. Sin embargo, sigue estando muy por debajo de cifras de recidiva de otras técnicas de reparación herniaria.⁶⁻⁸ Esto se explicaría debido a la facilidad técnica de la HL y su alto grado de reproducibilidad en condiciones estandarizadas como las aplicadas en este trabajo.

Basamos nuestro seguimiento en el control telefónico de acuerdo a la mayoría de las series extranjeras, notando que a pesar de un seguimiento no tan alejado en donde es esperable ubicar con mayor facilidad a nuestros pacientes, este método en nuestro medio resulta ineficaz. Este resultado desfavorable es debido fundamentalmente a la condición socio-económica de nuestra población hospitalaria que no le permite el acceso permanente al servicio telefónico.

La cantidad importante y elevado porcentaje (100 y 51% respectivamente) de HL realizadas por cirujanos en formación es alentadora, sobretodo a la luz de sus resultados.

CONCLUSIÓN

Es posible concluir que en nuestra experiencia inicial hubo un alto porcentaje de complicaciones

precoces y de recidivas comparados con lo descrito en la literatura.

El control precoz y tardío por vía telefónica exclusiva es un método ineficaz y no recomendable en nuestro medio hospitalario.

Es bueno destacar el alto porcentaje de HL realizado por cirujanos en formación en nuestro Servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: Critical Scrutiny of the open tension-free hernioplasty. *Am J Surg* 1993; 165: 368-71.
2. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. *Ann Surg* 1996; 223: 249-52.
3. Amid PK, Lichtenstein IL: Long-term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty. *Hernia* 1998; 2: 89-94.
4. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: Local anesthesia for inguinal hernia repair step-by-step procedure. *Ann Surg* 1994; 220: 735-7.
5. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL: Biomaterials for abdominal wall hernia surgery and principles of their applications. *Langenbecks Arch Chir* 1994; 379: 168-71.
6. Bendavid R: La Chirurgia dell'Ernia Inguinale. *Acts of Congress, International Congress in the Honor of E. Bassini, Padua, November 1986*; 28-9.
7. Nyhus LM, Condon RE. *Hernia*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.
8. Nyhus LM, Baker RJ, Fischer JE: *Mastery of Surgery*. 3rd ed. Little, Brown & Co, 1997.