Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 5, Octubre 2004; págs. 453-457

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Seis años de estudio: 537 hernioplastias inguinales libres de tensión

Drs. CRISTIÁN BARDAVID S, HERNÁN GUZMÁN C, VIDAL ALBARRÁN R, PABLO BLAKE P, LEONARDO RODRÍGUEZ G, MUNIR ALAMO A, GONZALO ROSSEL D, JUAN JOSÉ GALLARDO R

Equipo de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital Dipreca, Santiago

RESUMEN

Se presentan los resultados con la técnica Lichtenstein para reparación de hernias inguinales, realizadas en 502 pacientes del hospital Dipreca. La serie está constituida por 454 hombres y 48 mujeres, con una edad promedio de 54,3 años (14 a 89 años). La ubicación fue derecha en 263 pacientes (52,4%), izquierda en 240 (47,8%). Del total de hernias, 475 hernias fueron primarias (88,5%) y 62 (11,5%) fueron recidivadas. El tamaño del defecto herniario se protocolizó, en tres grupos: "A", hasta 2 cm, (35,6%); "B", de 2 a 4 cm, (42,3%) y "C", mayor de 4 cm, (22,1%). Los resultados fueron: complicaciones postoperatorias (8,6%). Hubo 6 recidivas, con una tasa global de 1,1%, 0,4 % para las primarias y 6,5 % para las recidivadas. En un 9,6% se asocio una segunda cirugía. No hubo mortalidad.

PALABRAS CLAVES: ***Hernias, reparación, Litchtenstein***

SUMMARY

The results of Lichstenstein repair technique for inguinal hernia in 502 patients are presented.The series include 454 men an 48 women, with a mean age of 54.3 year old (14-89). The location of the hernia was at the right side in 263 (52.4%), and the left side in 240 (47.8%). From the total number of hernias, 475 (88.5%) were primary and 62 (11.5%) were recurrent. According the size of the defect, hernias were classified in three groups: "A" up to 2 cm (35.6%), "B" from 2 to 4 cm (42.3%) and "C" larger than 4 cm (22.1%). Postoperative complications were observed in the 8.6% of the patients, without mortality. Recurrences were observed in 6 cases (1.1%): 0.4% for primary repairs and 6.5% for previous relapses.

KEY WORDS: ***Hernias, repair, Lichstenstein***

INTRODUCCIÓN

La reparación de hernias inguinales continúa como una de las intervenciones quirúrgicas que realiza más a menudo el cirujano general, de ahí la gran importancia como problema de salud.

Fue durante el decenio de 1990 cuando se introdujo el concepto de Hernioplastia "Libre de tensión". Todas las modificaciones en las técnicas quirúrgicas en el último siglo, han compartido una común desventaja, que es la tensión en la línea de sutura, que a su vez constituye el principal factor etiológico de falla en una reparación herniaria.[1-5]

Modernas prótesis han sido usadas en cirugía en los últimos 40 años. Con el uso de materiales protésicos es posible eliminar la formal reconstrucción del piso del canal inguinal.[1]

La técnica más conocida y difundida de reparación libre de tensión es la Técnica de Lichtenstein.

Después de conocer las publicaciones internacionales de la técnica "Libre de tensión" que destacaban su fácil aplicabilidad y de resultados reproducibles, además con los conocimientos de haber realizado una experiencia importante con la Hernioplastia Laparoscópica que es otra libre de tensión, decidimos iniciar un estudio con ella.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó en forma retrospectiva una Base de datos del equipo de cirugía digestiva baja del Servicio de Cirugía del Hospital DIPRECA, obteniendo 502 pacientes en los cuales se realizaron 537 Hernioplastias inguinales, entre Junio de 1996 y Octubre de 2002.

Se utilizo una clasificación anatómica de la hernia, de acuerdo al tamaño del defecto, en A, B, C.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La Hernioplastía "Libre de tensión" fue realizada como la describió Lichtenstein, con un abordaje anterior sin realizar una formal reparación del defecto parietal, usando una malla de polipropileno diseñada por el cirujano en el momento de la cirugía, cubriendo con generosidad el defecto músculo aponeurótico del piso del conducto inguinal.

Rutinariamente se redujo el saco en forma pasiva, pero en los casos en que se reproducía en forma espontánea, él o sus estructuras vecinas, se realizó una plicatura del piso posterior, con puntos o jareta de Poliglactin 910, para mantenerlos en posición intraperitoneal. La malla fue diseñada por el cirujano con una dimensión mínima de 7 x 10 cm. A continuación el material protésico instalado en forma laxa en el estuche músculo aponeurótico de ambos oblicuos, para estabilizarlo se usó corchetes de titanio en el inicio de nuestra experiencia, y actualmente se fija con sutura corrida de polipropileno 2-0 con doble aguja.

Con respecto a la sospecha de un saco femoral asociado se efectuó una exploración del anillo femoral a través del piso posterior.

La deambulación se realiza precozmente de acuerdo a la posibilidad física del paciente y el reintegro a la actividad normal se autoriza a partir del décimo día post-operatorio, permitiendo ejercicios extremos después de tres semanas.

Se realizó antibiótico profilaxis en el 100% de los casos (Figura 1).

La edad de los pacientes osciló entre los 14 y los 89 años con un promedio de 54,3 años. De los 502 pacientes, 454 (90,4%) fueron varones y 48 (9,6%) mujeres (Figura 1). La distribución por grupos etarios mostró una predominancia en las décadas séptima y octava (Figura 2).

La ubicación fue derecha en 263 pacientes (52,4%), izquierda en 240 (47,8%) (Figura 3a). Hubo 76 hombres (15,1%) con hernias bilaterales (Figura 3b).

Del total de hernias, 475 hernias fueron primarias (88,5%) y 62 (11,5%) fueron recidivadas.

El seguimiento se realizó por examen físico, por cirujanos del equipo quirúrgico, al retirar los puntos, al mes, a los tres meses, a los seis meses y luego al año. Al cierre de esta revisión se efectuó una actualización telefónica del seguimiento y una revisión de la ficha clínica, la que no mostró recidiva. En los encuestados telefónicamente, hubo respuesta del 47% de los casos, en los que no se comunicó recurrencia.

RESULTADOS

En relación al defecto predominante de la pared posterior del canal inguinal, 264 (49,2%) son directas y 273 (50,8%) indirectas.

El material utilizado para la estabilización de la malla fue sutura de Polipropileno en 463 procedimientos (86,2%) y corchetes de titanio en los 74 casos iniciales (13,8%).

Un 35% de las cirugías fueron realizadas por cirujanos en formación.

Figura 1. Distribución por Sexo.

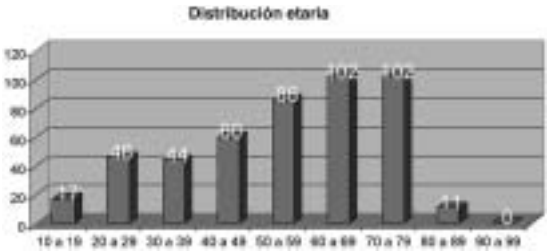

Figura 2. Distribución por grupos etarios.

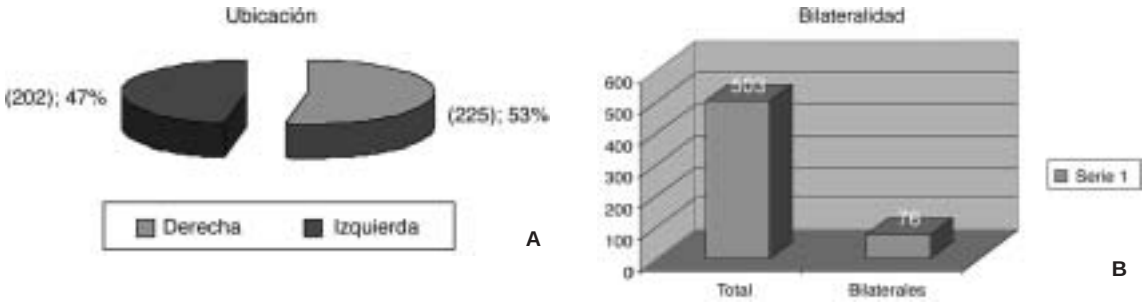

Figura 3. A) Ubicación de las hernias. B) Bilateralidad de las hernias.

El tiempo operatorio varió entre 20 y 120 minutos en las hernioplastias unilaterales (promedio 50,9 min) y entre 40 y 120 min, en las bilaterales (promedio 86,5 min).

El tamaño del defecto herniario se protocolizó, en tres grupos: A, hasta 2 cm (35,6%); B, de 2 a 4 cm (42,3%) y C, mayor de 4 cm (22,1%) (Figura 5).

La estadía post operatoria en ambos grupos varió entre 1 y 12 días, con un promedio de 2,36 para las unilaterales y 2,74 días para las bilaterales.

Hubo 43 complicaciones postoperatorias (8,6%): 12 equimosis de la región inguinal; 10 edemas escrotales, 10 hematomas de la herida operatoria, dos de los cuales debieron ser reintervenidos para su drenajes; 4 seromas; 2 algias inguinales transitorias; 2 parestesias; 1 hemorragia de la herida que cedió a la compresión; 1 hidrocele a tensión que no requirió drenaje y 1 colecistitis aguda resuelta quirúrgicamente al tercer día (Tabla 1).

En 48 pacientes (9,6%) se asoció una segunda cirugía. (Tabla 2).

Se usó drenaje aspirativo en 4 cirugías laboriosas, por grandes sacos inguinoescrotales abandonados.

No hubo infección de la herida operatoria, ni rechazo de la malla en la serie estudiada.

Hubo 6 recidivas, con una tasa global de 1,1%. Para las Hernias primarias fue de 0,4% y para las recidivadas 6,5% (Figuras 6 y 7).

No hubo mortalidad en la serie.

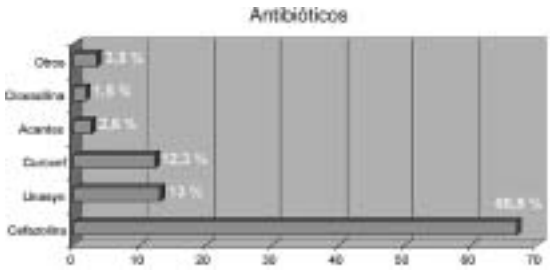

Figura 4. Antibióticos utilizados.

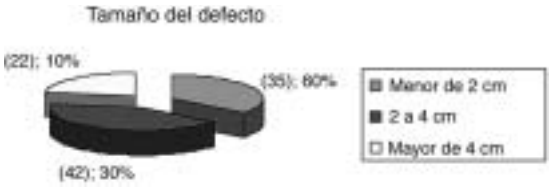

Figura 5. Tamaño del defecto herniario.

Tabla 1

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Complicación	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Equímosis escrotal	12	2,4
Edema escrotal	10	2,0
Hematoma	10	2,0
Seroma	4	0,8
Parestesia transitoria	2	0,4
Hemorragia herida	1	0,2
Hidrocele a tensión	1	0,2
Colecistitis aguda	1	0,2
Algia inguinal < 1 año	2	0,4
Total	43	8,6

Tabla 2

CIRUGÍA ASOCIADA

Cirugía	*Frecuencia*	*Porcentaje*
Hernioplastía Umbilical	21	4,2
Hernioplastía Incisional	10	2,0
Hernioplastía Crural	8	1,6
Colecistectomía por Lap.	9	1,8
No	454	90,4
Total	502	100

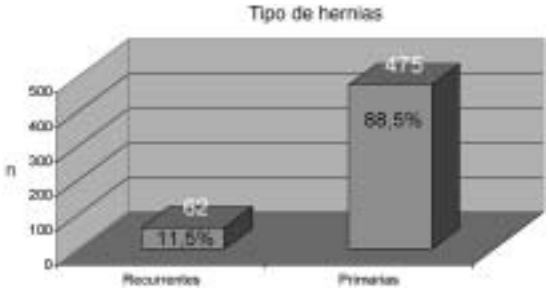

Figura 6. Tipos de hernias.

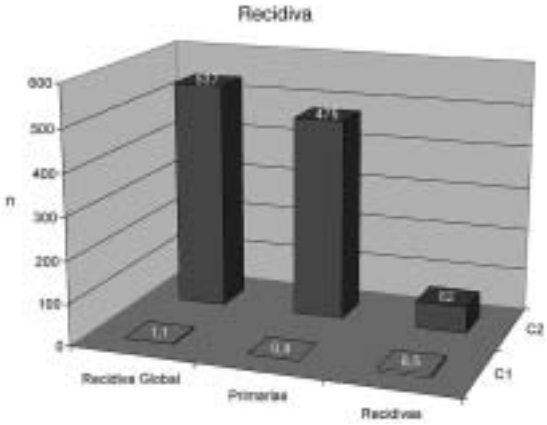

Figura 7. Recidiva.

DISCUSIÓN

Medio siglo atrás a la fascia transversalis se le daba un rol fundamental en la reparación herniaria, a continuación se demostró que es una estructura de diversa densidad y a menudo fina e incluso transparente, con poca fuerza intrínseca y por lo tanto no es un buen tejido para reconstruir la pared posterior dañada.[1,2]

Un problema constante de discusión en las últimas décadas fue como evitar la tensión creada cuando los tejidos de la periferia del defecto son aproximados para cerrar el anillo herniario comunicando cifras de recurrencia sobre el 10%.[6] Por las publicaciones de los autores con técnicas Libres de tensión se ha logrado bajar esta recurrencia a cifras menores de 1%. La técnica libre de tensión es simple y manejada en forma uniformada puede ser usada para reparar virtualmente cualquier tipo de hernias inguinales.[7,8]

Nuestros resultados obtenidos para las hernias primarias (0,4%) se ubican en el rango de resultados publicados por centros altamente especializados dedicados en forma exclusiva a la cirugía de la hernia. Estas cifras no debieran absorber grandes variaciones ya que al revés de lo que sucede con las reparaciones tradicionales sin uso de material, que las recurrencias aparecen incluso mas allá de 10 años después de la cirugía, situación vista en una experiencia personal de mas de 10 años con la técnica de Shouldice,[9] con el uso de mallas las recidivas son precoces y están dadas a nivel de la espina del pubis y a nivel del anillo inguinal profundo.[1,4,5,10] Ambas se presentaron en los primeros meses y se podría decir que corresponden a falla técnica en la instalación del elemento protésico.

Una situación que al parecer es diferente, se presenta en nuestra serie con los pacientes con hernias recidivadas, que también recurrieron en los primeros meses pero con una tasa 6,5% (4 casos), del análisis de estos, la mitad presentaba alteraciones importantes anatomofuncionales (uno, displasia de caderas y el otro doble recidiva anterior sin elementos anatómicos reconocibles durante la cirugía), la falla podría considerarse multifactorial.

Otra solución que agrega esta técnica al igual que todas las que utilizan material protésico para reemplazar la pared posterior dañada, es que generan una nueva pared firme que se mantiene en el tiempo, eliminando el factor de recurrencia determinado por el envejecimiento de los tejidos como el que producen otras patologías que alteran el metabolismo del colágeno aumentando la degradación o disminuyendo la síntesis de esta proteína.[1,3,5,6]

Queremos destacar que en nuestra experiencia con más de 500 reparaciones con la Técnica Libre de tensión hemos notado: Una técnica segura y rápida, de baja complejidad en su realización, con buena calidad de su postoperatorio y resultados reproducibles por cualquier miembro del equipo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lichtenstein IL,Shulman AG, Parviz K A, Montllor MM: The Tension-Free Hernioplasty. Am J Surg 1989; 157: 188-93.
2. Parviz KA, Shulman AG, Lichtenstein IL: The Lichtenstein Open “Tension-Free” Mesh Repair of Inguinal Hernias. Japan J Surg 1995; 25: 619-25.
3. Friis E, Lindahl F: The Tension-free Hernioplasty in a Randomized Trial. Am J Surg 1996; 172: 315-18.
4. Rutkow IM: The Recurrence Rate in Hernia Surgery. Arch Surg 1995; 130: 575-6.
5. Wantz GE: Experience with the tension-free hernioplasty for primary inguinal hernias in men. J Am Coll Surg 1996; 183: 351-6.
6. Abrahamson J : Causas y fisiopatología de la forma-

ción de hernia inguinal primaria y recurrente. Cirugía De Hernia Inguinal. Clín Quirúr Nort Am 1998; 6: 901-18.
7. Parviz KA, Shulman AG, Lichtenstein IL: Long-term result and current status of the Lichtenstein open tension-free hernioplasty. Hernia 1998; 2: 89-94.
8. Rutkow IM: Prefacio. Cirugía De Hernia Inguinal. Clín Quirúr Nort Am 1998; 6: XIII-XIV
9. Bardavid C: Hernias inguinales. Técnica de Shouldice. Rev Chil Cir 1993; 45: 264-71.
10. Bardavid C, Guzmán H, Albarrán V, Rodriguez L, Blake P, Saez R, Crisostomo H: Hernioplastía inguinofemoral laparoscópica. Rev Chil Cir 1994: 46: 185-90.
11. Hernioplastía inguinal con malla. Rev Chil Cir 1994: 46: 643-46.