

Hernioplastía inguinal con el uso de cono y malla de polipropileno. Experiencia inicial

Acad. Dr. Jorge Cervantes-Castro,* Acad. Dr. Guillermo Rojas-Reyna,** Dr. Carlos Florez***

Resumen

Se presenta la experiencia inicial con el uso del cono y malla de polipropileno para la hernioplastía inguinal. Se trató de 86 pacientes operados en un periodo de 3 1/2 años. De los pacientes 33.8% fue tratado en la Unidad de Cirugía Ambulatoria. Se utilizó anestesia local en 8 (9.3%), epidural en 63 (73.2%) y general en 15 (17.4%). Hubo tres complicaciones menores. Un paciente a quien además de hernioplastía inguinal bilateral se le resecó un quiste del epidídimo y varicocele izquierdo presentó retracción testicular y requirió revisión por urólogo. No se han detectado recurrencias. El procedimiento es sencillo, bien tolerado, con un costo moderado. En el corto tiempo de seguimiento no se han detectado recurrencias.

Palabras clave: hernioplastía inguinal sin tensión, cono y malla en hernioplastía.

Summary

The authors present their initial experience with the use of the mesh and plug technique for surgery of inguinal hernias. There were 86 patients operated procedure on a 3 1/2 year period. The operation was done as an out-patient in 33.8% of the cases. Local anesthesia was used in 8 (9.3%), epidural in 63 (73.2%) and general in 15 (17.4%). There were three minor complications, as forms: One patient, who in addition to bilateral hernioplasty, had resection of varicocele and a cyst of the epididymus, developed a painful retraction of the left testicle that required surgical revision by a urologist. In the short follow-up period, no recurrences have been detected. The procedure is safe, well tolerated, inexpensive, and well accepted by the patients.

Key words: Tension free inguinal herniorrhaphy, Mesh & plug herniorrhaphy.

Introducción

Desde que Eduardo Bassini inició la era moderna de la cirugía para la corrección de hernia inguinal el 24 de diciembre de 1884 en Padua, Italia, han aparecido numerosas técnicas quirúrgicas para tratar dicha patología, lo que sin duda indica que no existe aún una que sea mundialmente aceptada por todos los cirujanos como la más sencilla, práctica, efectiva, libre de complicaciones y con buenos resultados a largo plazo para resolver el problema de la hernia inguinal, una de las patologías quirúrgicas más comunes en el campo de la cirugía general.

El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia inicial de los autores (JC, GR) con el uso del método del cono y malla de polipropileno para hernioplastía inguinal en el adulto.

Material, método y resultados

Se revisaron los expedientes de todos los pacientes sometidos a hernioplastía inguinal con el uso del cono y malla de polipropileno por los autores en el Hospital ABC en un período de 3 años y medio, comprendido del 1 de julio de 1997 al 31 de diciembre del 2000.

Fueron 86 pacientes, 76 hombres y 10 mujeres, con edades de 18 a 87 años, con un promedio de 54.22 años. Se trató de 52 (60.46%) hernias del lado derecho y 33 (38.37%) del izquierdo y uno bilateral. El tipo de hernia fue indirecta en 30, directa en 40, mixtas (directa e indirecta) en 13 y femoral en tres. Hubo tres casos de hernias recurrentes. No hubo operaciones de urgencia. Se utilizó un cono y malla en 82 casos, doble cono con una malla en 3 y doble cono con doble malla en uno (Figura 1). El cono y la malla se fijaron con puntos interrumpidos de prolene, como lo indica el protocolo de su uso.

La técnica de colocación de la prótesis es sencilla. El cono se coloca en el orificio herniario, directo o indirecto, con el vértice hacia adentro, anclándolo con 4 o 5 puntos a los tejidos vecinos (Figura 2) y la malla se utiliza

* Profesor Titular de Cirugía, UNAM. Hospital ABC.

** Profesor Adjunto de Cirugía, UNAM. Hospital ABC.

*** Residente de Cirugía, Hospital ABC.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Jorge Cervantes Castro
Hospital ABC
Observatorio y Sur 136 - Consultorio 508
01120. México, D. F.
Tel. (52) 52 72-34 10
Fax (52) 55 16-99 70
E-mail: MDjccervantes@hotmail.com

Recibido para publicación: 02-04-01.

Aceptado para publicación: 17-05-01.

para cubrir toda el área inguinal, cuidando de colocar el cordón en el orificio de la malla y ésta también se fija con algunos puntos interrumpidos (Figura 3). Para terminar, la aponeurosis del oblicuo externo se reconstruye de manera anatómica sobre el cordón y la malla.

Se usó anestesia local en 8 (9.30%), epidural en 63 (73.25%) y general en 15 (17.44%).

El tiempo operatorio varió de 30 a 100 minutos con un promedio de 40 minutos. Se utilizaron antibióticos profilácticos en todos los casos.

Veintinueve (33.72%) pacientes fueron operados como externos en el Departamento de Cirugía Ambulatoria y 57 (66.27%) hospitalizados 24 horas, generalmente por así requerirlo el seguro de gastos médicos.

No hubo complicaciones transoperatorias ni casos de reoperaciones en el mismo período de hospitalización.

No se observaron casos de infecciones de herida cuando los pacientes fueron revisados en el consultorio una semana después. Se detectó también en el postoperatorio un problema de seroma en la herida en 3 casos, (3.4%) que ameritaron aspiración del mismo. No hubo hematomas de la herida. En cinco casos se detectaron zonas de equimosis en el área de la incisión y en el pubis, ninguno ameritó tratamiento. No hubo casos de rechazo del material protésico empleado en la hernioplastía.

Un paciente a quien se le había practicado corrección de quiste de epidídimo izquierdo y varicocele, además de hernioplastía bilateral con cono y malla, desarrolló un problema de retracción dolorosa del testículo izquierdo. Fue reoperado dos meses después de la cirugía original por un urólogo, quien corrigió la retracción testicular pero hubo hemorragia escrotal en el postoperatorio inmediato, fue necesario una

nueva intervención por el urólogo. El paciente quedó con atrofia testicular de 30% en ese lado.

El costo promedio del hospital para la cirugía del paciente ambulatorio fue de \$9,740.00 pesos y en los pacientes que requirieron internamiento de 24 h. fue de \$11,640.00 pesos.

En el período de seguimiento, que es indudablemente corto, no han detectado casos de recurrencias de la hernia.

Discusión

A partir de los trabajos originales de Bassini⁽¹⁾, la operación por él descrita alcanzó enorme popularidad en todo el mundo y en la actualidad son aún numerosos los cirujanos

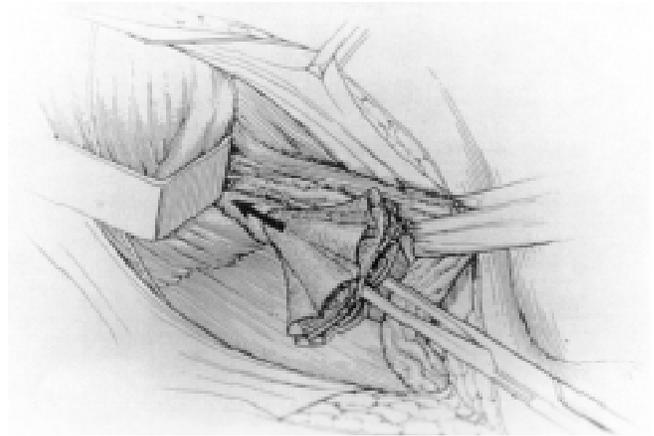


Figura 2. Colocación del cono en el defecto herniario de la pared abdominal.

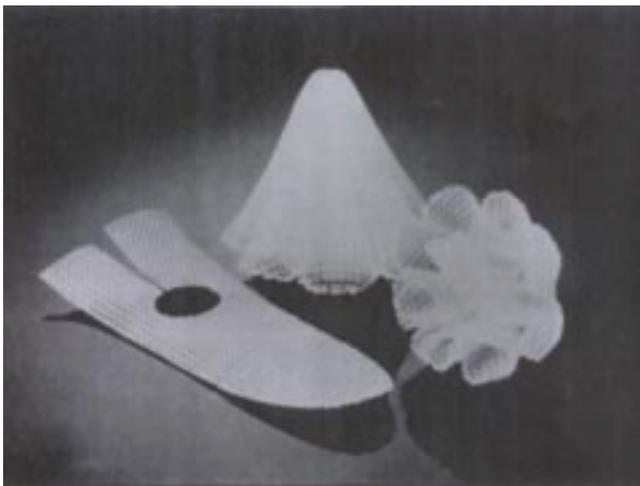


Figura 1. Aspecto del cono y malla de polipropileno. El orificio de la malla es para el cordón inguinal.

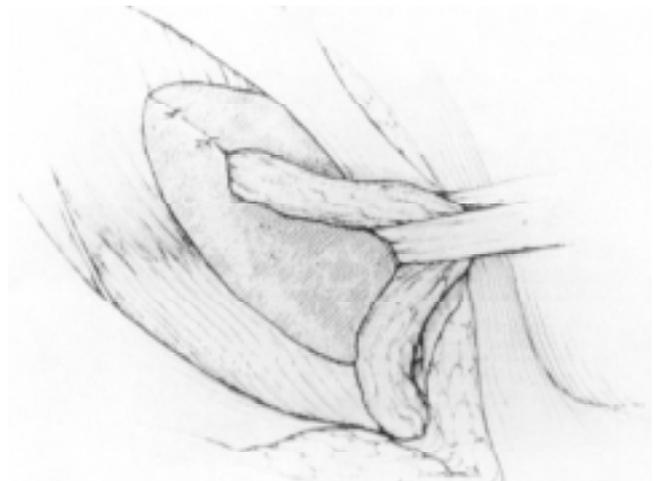


Figura 3. Malla sobre la región inguinal, que cubre el cono y las estructuras del cordón inguinal. La aponeurosis del oblicuo externo se sutura sobre la malla.

nos que usan esta tradicional técnica para corregir la hernia inguinal, uniendo el tendón conjunto al ligamento inguinal, operación que con más de 116 años de efectuarse, ha demostrado su utilidad; sin embargo, debido a sus cifras de recurrencias, que varían en la literatura entre 5 a 10%, numerosos cirujanos han introducido diversos métodos buscando la operación perfecta, así, destacamos las técnicas de McVay⁽²⁾, Lichtenstein⁽³⁾, Shouldice⁽⁴⁾ y Nyhus⁽⁵⁾, para nombrar sólo algunas de las más utilizadas durante los últimos 50 años, todas ellas con resultados buenos, según lo publicado, pero todas también con índices de recurrencias variables.

Actualmente la cirugía de las hernias inguinales puede dividirse en tres grandes grupos:

- a) Hernioplastía con tensión (Bassini, McVay, Schouldice, etc).
- b) Hernioplastía sin tensión (Lichtenstein, Gilbert-Rutkow).
- c) Hernioplastía laparoscópica (Cirugía de mínima invasión).

Habiendo tenido los autores de este trabajo amplia experiencia en la cirugía tradicional, con el uso de los métodos comunes de Bassini, McVay, Nyhus y con limitada experiencia en la hernioplastía laparoscópica, decidieron iniciar el estudio de una nueva técnica que por su sencillez y buenos resultados reportados en la literatura ofrece la posibilidad de una reparación satisfactoria, con buena aceptación de los pacientes, mínima morbilidad y costo reducido⁽⁶⁻⁸⁾.

A partir del mes de julio de 1997, se inició este estudio, utilizando el cono y malla de polipropileno (Bard) (Figura 1) en todos los casos de hernioplastía inguinal en el adulto.

Los resultados que se obtuvieron a la fecha son satisfactorios, porque la morbilidad ha sido mínima, con sólo tres casos de seroma de la herida, que requirieron aspiración durante la visita al consultorio y un caso de retracción testicular que indudablemente no fue causado por la cirugía de la hernia, sino por la resección de un quiste del epidídimo y corrección de varicocele, procedimientos que se le efectuaron al paciente además de su hernioplastía bilateral. Haber practicado movilización extensa del testículo al llevarlo hasta la incisión inguinal para reseca el quiste del epidídimo, seguramente originó el problema de retracción testicular, que lo llevó a solicitar la consulta urológica con las consecuentes reintervenciones y la atrofia parcial del testículo. Esta complicación no se le puede atribuir a la hernioplastía, pero como ocurrió en esta serie, se informa como tal.

No se han detectado recurrencias y el índice de aceptación de los pacientes a esta nueva técnica ha sido muy satisfactorio.

No hay datos para comparar en nuestra práctica los pacientes sometidos a hernioplastía tradicional (Bassini, McVay y Nyhus), contra los operados con la técnica del cono y malla,

pero nuestra impresión es que el procedimiento es más sencillo y que se logra una marcada solidez de la reparación, a juzgar por la cantidad de tejido fibroso que se detecta en el área operada cuando el paciente acude a revisión en el consultorio.

El tiempo de seguimiento es aún insuficiente para hablar con seguridad del índice de recurrencias y ver nuestras cifras comparadas con las de la literatura.

Resumen

Se presenta la experiencia inicial en cirugía de la hernia inguinal con el uso del cono y malla de polipropileno, siguiendo la técnica original de Gilbert y Rutkow, habiendo operado en este periodo 86 hernioplastías con resultados muy satisfactorios.

El procedimiento es sencillo, fácil de aprender y fácil de enseñar a los residentes. Se puede efectuar en un tiempo corto, bajo anestesia local o regional, con un mínimo de complicaciones y con aceptación amplia por los pacientes. El costo es discretamente mayor si se le compara con los procedimientos que no utilizan malla, pero la promesa de un mejor resultado a largo plazo es el principal beneficio que se busca.

Si comparamos esta técnica con la hernioplastía laparoscópica, el método tiene sin duda grandes ventajas, debido a que la puede efectuar cualquier cirujano en quirófanos normales, sin equipo sofisticado, con anestesia local o regional y su costo es considerablemente menor al de la hernioplastía laparoscópica⁽⁹⁻¹¹⁾. Nuestros datos están de acuerdo con resultados publicados en la literatura internacional^(12,13) y nacional⁽¹⁴⁾ referentes a la hernioplastía inguinal utilizando esta técnica sin tensión del cono y malla de polipropileno, que ofrece una alternativa segura para corregir el problema más común en la práctica del cirujano general.

Referencias

1. Stoppa R, Wantz, GE, Munegato G, Pluchinota A. Hernia Healers. An illustrated history. 1998, Paris, Arnette.
2. Halvenston K, McVay CB. Inguinal and femoral hernioplasty. Arch Surg 1970; 101: 127-135.
3. Lichtenstein IL, Shore JM. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a plug technique. Am J Surg 1974; 128: 439-444.
4. Glassow F. Inguinal Hernia Repair: A comparison of the Shouldice repair and Cooper ligament repair of the posterior inguinal wall. Am J Surg 1976; 131: 136-141.
5. Nyhus LM, Harkins HN. Hernia. Philadelphia. JB Lippincot 1964: 14-57.
6. Gilbert, AI. Inguinal hernia repair: Biomaterials and suturless repair. Perspect Gen Sur 1991; 2: 113-119.
7. Rutkow IM, Robbins AW. Mesh plug hernia repair: a follow-up report. Surgery, 1995; 117: 397-398.
8. Robbins AW, Rutkow IR. Mesh plug hernioplasty: The minimally invasive operation. Cir Gen 1998; 20(1): 12-16.

9. Brooks DC. A prospective comparison of laparoscopic and tension-free open herniorrhaphy. *Arch Surg* 1994; 129: 361-366.
10. Cervantes J, Rojas G, Guadarrama E. Hernioplastía inguinal abierta vs laparoscópica: Estudio comparativo de tiempo quirúrgico, días de hospitalización y costos. *Cir Gen* 1998; 20(4): 300-303.
11. Stoker DL, Spiegelhater DJ, Singh R, Wellwood JM. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair. Randomized prospective trial. *Lancet* 1994; 343: 1243-1245.
12. Rutkow IM, Robbins AW. Demographic, classificatory and socio-economic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin N Amer* 1993; 73: 413-426.
13. Gilbert AI. Sutureless repair of inguinal hernia. *Am J Sur* 1992; 163: 331-335.
14. Cisneros Muñoz HA, Mayagoitia González JC, Suárez Flores D. Hernioplastía inguinal libre de tensión con técnica de "Mesh-Plug." *Cirujano General*, 2001; 23(1): 21-24.