

# Plug de Lichtenstein para el tratamiento de la hernia crural

## *Lichtenstein plug for the treatment of femoral hernias*

Osmar Cuenca<sup>1</sup>, Carlos Rodríguez<sup>2</sup>

### RESUMEN.

**Introducción:** La hernia crural, supone el 10 % de todas las hernias de la pared abdominal, es causa frecuente de oclusión intestinal. Con el advenimiento de materiales protésicos, tiene una solución técnicamente sencilla.

### Material y Método

**Objetivo:** Evaluar resultados de esta técnica en el tratamiento de la hernia crural.

**Lugar de aplicación:** Hospital de Clínicas. Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas UNA., de enero de 1.998 a febrero del 2.005.

**Diseño:** Estudio observacional descriptivo.

**Población:** 20 pacientes portadores de hernia crural, de presentación aguda y crónica.

**Método:** Fueron intervenidos 20 pacientes portadores de hernia crural, 12 se presentaron complicados y 8 de presentación crónica, todos fueron intervenidos con la técnica del Plug de Lichtenstein, elaboración de un tapón de polipropileno con un trozo de 2 x 20 cm. para cerrar el defecto parietal crural, pudiendo variar esta medida si se secciona o no el ligamento de Gimbertnat. En tres casos se realizaron resección intestinal con anastomosis.

**Resultados:** La mayoría de las intervenciones realizadas por residentes del servicio (n=12). Complicaciones locales 4: 2 hematomas y 2 infecciones de herida operatoria, que no requirieron tratamiento quirúrgico. Seguimiento óptimo a 12 meses para 13 pacientes sin observar recurrencias. 1 óbito, en paciente añosa por complicaciones pulmonares.

**Conclusión:** Técnica de fácil aplicación con mínima morbilidad y bajo índice de recurrencia.

### SUMMARY.

**Introduction:** Crural hernia, supposes 10% of all the hernias of the abdominal wall, it is a frequent cause of intestinal occlusion. The coming of prosthetic material simplify its surgery.

### Material and Method.

**Objective:** to Evaluate results of this technique in the treatment of the hernia crural.

**Application place:** Clinic Hospital. Second Chair of Surgery. From January of 1.998 to February of 2.005.

**Design:** Observational descriptive study.

**Population:** 20 patient payees of hernia crural, of sharp presentation and chronicle.

**Method:** 20 patients with femoral hernia with acute and chronic presentation, 12 with complications and 8 elective, the Plug of Lichtenstein was used in all of them, with the construction of a plug with polipropilene mesh to close the crural defect. In 3 cases a bowel resection with anastomosis was done.

**Results.** Most of the surgeries were done by surgical residents (n=12). Local complications 4: hematomas 2, surgical site infection 2, in this cases no surgical intervention was required. The follow up was 12 month for 13 patients without recurrence. One death in an old patient with pulmonary complications.

**Conclusion:** Technique of easy application with minimum morbidity and low recurrence rate.

<sup>1</sup>Jefe de Sala e Instructor. Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica FCM-UNA

<sup>2</sup>Jefe de Departamento. Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica FCM-UNA

## INTRODUCCIÓN

La hernia crural ocupa el tercer lugar de frecuencia dentro de la patología herniaria, supone el 10 al 15 % de todas las hernias de la pared abdominal.

Es más frecuente en mujeres, por encima de los 50 años, generalmente obesas por lo que su diagnóstico puede ser dificultoso. De rara presentación en jóvenes y pacientes pediátricos, por lo que se la considera en su gran mayoría como adquiridas, aunque su origen también puede ser congénito, relacionado a la persistencia de un divertículo peritoneal frente al embudo crural de Richter, que no completó su obliteración normal o a una prolongación de la fascia transversalis, desencadenando su formación por los factores ya conocidos de aumento de presión abdominal que actúa en una zona ya debilitada.

Generalmente asintomática, pero es causa frecuente de oclusión intestinal, hecho favorecido por la rigidez del anillo que atraviesa, por lo que siempre tiene indicación quirúrgica.

Es de presentación unilateral en un 90% de los casos, con predilección del lado derecho.

De manera tradicional, las hernias crurales se reparan mediante la aproximación del ligamento inguinal a la aponeurosis del pectíneo (Bassini), del ligamento inguinal al ligamento de Cooper (Bassini-Kirschner), de la cintilla ileopectínea al ligamento de Cooper (Moschcowitz) o del tendón conjunto al ligamento de Cooper (Lotheissen - Mac Vay).

Todas estas técnicas se acompañan de tensión inevitable sobre el sitio reparado, siendo la recurrencia un acontecimiento frecuente por encima del 10% de los pacientes operados.

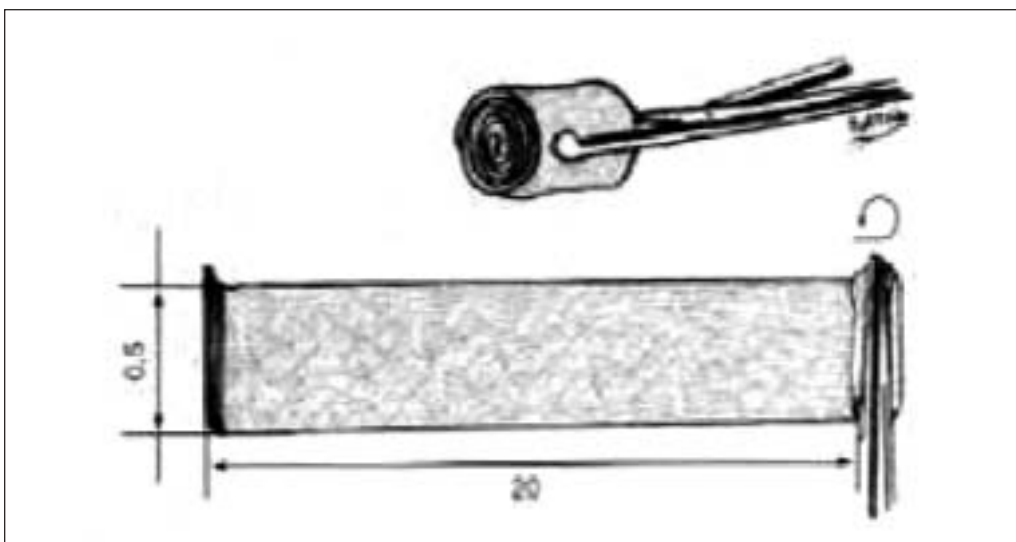
Lichtenstein inicia su técnica del plug o tapón para el tratamiento de la hernia crural y recidivada en el año 1.968, publicando sus resultados en 1.974, dando origen al concepto de hernioplastia sin tensión, basándose el mismo en la reparación de los defectos herniarios sin realizar suturas tensionantes y utilización de material protésico.

Popularizándose con el tiempo y presentando grandes ventajas para el cirujano (fácil reproducción, índice de recurrencia inferior al 1%) y para el paciente (rápida inserción laboral, menor dolor en el post operatorio)

En la actualidad con la introducción del concepto de hernioplastia sin tensión, el uso de materiales protésicos, sin sutura de tejidos, ha facilitado el tratamiento de esta patología, teniendo una solución técnicamente sencilla, fácilmente reproducible, y con bajo índice de recurrencia.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo, sobre 20 pacientes portadores de hernia crural, de presentación aguda y crónica, operados en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, Departamento de pared abdominal del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, en un período de tiempo comprendido de enero de 1.998 a febrero del 2.005.





Todos los pacientes fueron sometidos a reparación quirúrgica con la técnica del plug o tapón de Lichtenstein, utilizando material protésico de polipropileno, material de sutura no absorbible para fijación del mismo.

Todos recibieron profilaxis antibiótica, con 1 gm cefazolina, variando el esquema antibiótico en casos de las complicadas, si se presentaba isquemia del contenido (epiplón o asas delgadas) combinando con un anaerobicida a dosis terapéuticas. La anestesia de elección fue la raquídea.

- Técnica quirúrgica.
- Abordaje crural
- Disección e invaginación del saco

En caso de complicadas, apertura del saco, evaluación y tratamiento del contenido.

Elaboración de plug de polipropileno con trozo de 2 x 20 del mismo material

El diámetro del plug puede variar si se secciona el ligamento de Gimbernat

Taponamiento del septum crural

Fijamiento del plug con material de sutura no absorbible 2-0

## RESULTADOS.

Fueron intervenidos 20 pacientes, la mayoría de los casos (n=12), por residentes del servicio, con

la supervisión de médicos del staff.

Amplio predominio del sexo femenino.

Se presentaron complicados con estrangulación en 12 casos, y en 3 de ellos se realizó resección y anastomosis por isquemia intestinal, los restante 8 casos no se presentaron complicados.

En todos se aplicó la técnica del plug de Lichtenstein. Tiempo operatorio promedio 72 minutos.

Complicaciones locales en número e 4: 2 hematomas y 2 casos de infección de herida operatoria, que no requirieron tratamiento quirúrgico.

Se realizó con éxito seguimiento a 13 pacientes por un período de 12 meses sin observar recurrencia.

Un óbito de paciente añosa por complicaciones pulmonares.

## DISCUSIÓN.

La técnica del plug de Lichtenstein para el tratamiento de la hernia crural representa una alternativa válida debido su sencillez, mayor confort en el post operatorio, bajo índice de recurrencia, en comparación a otras técnicas conocidas.

## CONCLUSIONES.

- 1- Técnica de fácil aplicación con mínimo de morbilidad.
- 2- Tanto la técnica, como los resultados, son fácilmente reproducidos por el cirujano general o en formación..
- 3- La aplicación de este método para las hernias complicadas con estrangulación no representa un aumento en las complicaciones locales conocidas y permite tratar la urgencia y reparar, de manera definitiva, el defecto parietal en un sólo tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abrahamson J. Factors and mechanism leading to recurrence of hernias. In: Bendavid (ed). Protheses in abdominal Wall Hernia, 1° Ed. Georgetown, Texas. Rg Landes. 1995
2. Ascencio A. Hernia inguinal y umbilical en el niño. En: Porrero Cirugía de la pared abdominal Barcelona. Ed. Masson 30: 208-214.
3. Askew O. Hernias aponeuróticas. En: Hernias. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. Madrid. Ed Interamericana. 2: 221. 1984.
4. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein. Tensión free repair of umbilical, epigastric and incisional hernias. Contemporary Surgery. 44: 177-180 1994.
5. Buroni J. Hernias de la pared abdominal. En: Cirugía de Progrado. López- Libreros Editores Ed La Prensa Bs.As Argentina- Pag. 507.
6. Celdrán A. Hernioplastia en H: reparación libre de tensión para el tratamiento de la hernia umbilical. En: British Journal of Surgery. Madrid. Ed Doyma 13: 469. 1995.
7. Celdrán Uriarte. Hernia umbilical. En: Porrero Cirugía de la pared abdominal Barcelona. Ed. Masson 29: 202-206.
8. Cuenca O. Hernia umbilical y otras afecciones parietales. En: Cirugía fundamentos y Terapéutica. Efacim 32: 253-260. 2001.
9. Figueiras F. Hernia umbilical. En: Hernias de la pared abdominal. Lázaro da Silva. Clinica Brasileira de Cirugía: AñoIII Vol. 13: 37-47. 1997
10. Hamel R. Hernia umbilical. En: Hernias Nyhus-Condon 3° Edición. Bs As Ed. Panamericana 22: 347. 1995.
11. Mayo WJ. An Operatió for the radical cure of umbilical hernia. Ann Surg. 34: 276-280. 1901
12. Utrera González A. Hernia umbilical- epigástrica. Técnica del espiral. En: Porrero Cirugía de la pared abdominal Barcelona. Ed. Masson 31:215-218.

# FOSFO-DOM

Soluciones para una correcta preparación intestinal.



Dilución de Fosfo-Dom, aceptable para los pacientes, para una correcta preparación del intestino.

La dilución de cada dosis de Fosfo-Dom puede realizarse en ginger ale, jugos suaves de lima-limón o jugo de manzana para mejorar notablemente el gusto de la solución y su aceptación por parte del paciente.

Simple para mezclar, respetando el total de la dosis recomendada, logrando una limpieza completa y permitiendo una visión perfecta de la zona.

Un alto porcentaje de pacientes refirieron su aceptación en las pruebas piloto realizadas.

Cada dosis, frasco de 45 ml, puede dividirse en tres tomas de 15 ml cada una, diluidas e ingeridas con intervalos de 10 minutos.

**Soluciones a favor de sus pacientes.**



Vicpresidente Sánchez 994, Asunción, Paraguay  
Telefax 021-214 577

