

## REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL. TÉCNICA ABIERTA CON MALLA.

Dr. Norberto Ventisky

La técnica abierta con malla, tensión free – Lichtenstein (1), plug and patch – Rutkow (2) y suturaless – Gilbert (3) presenta baja incidencia de dolor postoperatorio, rápida inserción laboral (4) y menor incidencia de recidivas, tempranas por carecer de tensión en la línea de sutura y tardías por la producción de colágeno en la pared posterior cubierta por la malla (3).

Realizamos disección extrema del saco hasta el espacio preperitoneal sin apertura y con inversión del mismo hacia la cavidad abdominal.

La clasificación intraoperatoria que utilizamos fue la descrita por Gilbert (5). Modificada por Rutkow y Robbins

Tipo 1: OIP normal.

Tipo 2: OIP anormal, distorsionado y elongado < de 4 cm

Tipo 3: OIP > 4 cm

Tipo 4: Hernia de toda la pared posterior

Tipo 5: Hernia suprapúbica

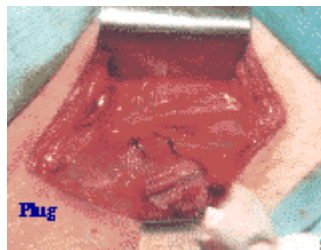
Tipo 6: Hernia mixta

Tipo 7: hernia crural

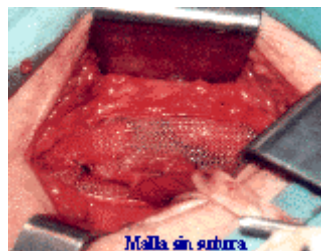
En 1995 comenzamos con Técnica libre tensión Suturaless. Utilizamos prótesis de polipropileno para confeccionar un cono proveniente de una malla de 5 x 5 cm que a partir de una hendidura en la línea media se pliega sobre sí misma adoptando la forma de cono.

El Plug es colocado en el sitio del defecto, ya sea OIP en hernias 1,2 y 3; pared posterior en tipo 4 y 5 y crural en tipo 7.

El Plug es fijado con puntos de poliglicólico.



La reparación se completa con una malla de 12 x 6 cm con un corte que deja paso al cordón espermático.



650 casos con 1,3 % de recidivas.

Técnica libre tensión, vía anterior con prótesis diseñada específicamente para hernia inguinal.

Fruchaud (6), propuso en 1956 que cualquiera que sea su emergencia, inguinal o crural, las hernias atraviesan la pared inguinal a través de la abertura musculopectínea y dentro de ésta, la fascia transversalis representa la capa que resiste la presión intraabdominal.

El espacio que se disecciona por detrás de la fascia, fue utilizado por Stoppa para colocar prótesis grandes para el tratamiento simultáneo de hernias bilaterales (6). Dentro del orificio miopectíneo, se describen tres triángulos, el triángulo de Hessert (7), el triángulo femoral que contiene al anillo crural, y el triángulo lateral que contiene al anillo inguinal profundo (8).



La 2da versión que realizamos con técnica libre tensión consiste en utilizar una prótesis compuesta por 2 mallas unidas por un conector (9). La malla inferior protege la pared posterior desde atrás, llegando más allá del ligamento de Cooper en su límite inferior, cubre hasta el músculo recto en la línea media y lateralmente sobrepasa el orificio inguinal profundo. La misma cumple con el principio de la técnica de Stoppa para hernias bilaterales, que consiste en cubrir el orificio miopectíneo con una malla preperitoneal sin necesidad de suturas y fija por la presión intraabdominal. Según el principio hidrostático de Pascal la presión de un líquido en un recipiente se mantiene en equilibrio en todos sus puntos. Por lo que la misma presión que produjo la hernia, se utiliza para la extensión y fijación de la malla inferior.

Unida al anterior, el conector se ubica dentro del defecto, a modo de Plug. La malla superior conserva el principio de la técnica de libre tensión con malla anterior.



150 casos sin recidivas hasta el momento pero con escaso tiempo de seguimiento.

Conclusión:

- 1) Solo malla anterior suturada. El OIP es tratado solo por el entrecruzamiento de las 2 alas de la malla que dejan paso al cordón espermático. Malla anterior que trata el triángulo medial.
- 2) Suturaless y Plug and Patch. Utiliza plug que se coloca dentro del defecto, ya sea dentro del OIP o pared posterior. Malla anterior que protege triángulo medial.
- 3) Malla en 2 planos Bilayer (PHS). Malla inferior para anillo crural en contacto con Ligamento de Cooper y protección posterior del triángulo lateral. Conector en sitio de defecto a modo de Plug y malla anterior para protección anterior de triángulo medial.

**Bibliografia:**

1. Lichtenstein I.: The tension free hernioplasty. *Am J Surg* 1989,157:188-193.
2. Rutkow I., Robbins A.: Tension free inguinal herniorrhaphy: a preliminary report on the mesh plug technique. *Surgery* 1993,114:3.
3. Gilbert A.: Suturaless repair of inguinal hernia. *Am J Surg* 1992,163:331.
4. Zieren J., Zieren H., Jacobi C., Wenger F., Müller J.: Prospective Randomized Study Comparing Laparoscopic and Open Tension-free Inguinal Hernia Repair with Shouldice's Operation. *The American Journal of Surgery*. 1998;175:330-333
5. Gilbert A.: An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am J Surg* 1989,157:3311.
6. Stoppa R.: The preperitoneal approach and prosthetic repair of groin hernias. In Nyhus L., Condon R., eds. *Hernia* ed 4. Philadelphia, JB Lippincott, 1995.
7. Hessert W.: Some observations on the anatomy of the inguinal region, with special reference to absence of the conjoined tendon. *Surg Gyn and Obstet* 1913: 566-568.
8. Gilbert A., Graham M., and Voigt W.: The lateral triangle of the groin. *Hernia* 2000,4:234-237
9. Gilbert A., Graham M., and Voigt W.: A bilayer patch device for inguinal hernia repair. *Hernia* 1999,3:161-166.