

Multimed 2019; 23(1)

ENERO-FEBRERO

Artículo original

Utilidad de la técnica de Lichtenstein y RutkowRobbins en el tratamiento de la hernia inguinal

Usefulness of the technique of Lichtenstein and Rutkow Robbins in the treatment of inguinal hernia

Esp. I Cir. Gral. Yaima Susana Rey Valeis.^{1*}

Ms.C. Urg. Méd. Moraima Vallés Gamboa.¹

Esp. I Cir. Gral Fernando Karel Fonseca Sosa.¹

Esp. I Cir. Gral. Elismay Quesada Martínez.¹

Esp. I Cir. Gral. Reinier Antonio Núñez Sire.¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Email: yreyv@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la práctica de nuevas técnicas y métodos en la cirugía entraña un complejo proceso cuyo resultado puede modificarse con la experiencia, el desempeño y la dedicación de los cirujanos. Las clasificaciones de las hernias inguinales han permitido agrupar las alteraciones anatómo-funcionales de la región en grados para guiar el tratamiento quirúrgico.

Objetivo: exponer los resultados de la realización individualizada de las hernioplastias de Lichtenstein y RutkowRobbins.

Método: se realizó un estudio descriptivo transversal prospectivo, el universo de estudio estuvo constituido por 150 pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, entre enero y diciembre de 2017. Se conformaron dos grupos: uno donde se utilizó la técnica de Lichtenstein y en otro se utilizó la técnica de Rutkow y Robbins. Se analizaron variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados: predominó la hernia tipo II, IIIb y IIIa, fueron más frecuentes en el sexo masculino y de localización derecha. La hernioplastia de Lichtenstein resultó la técnica más utilizada. Se encontraron diferencias muy significativas entre ambas técnicas. La hernioplastia de Lichtenstein se realizó en un tiempo quirúrgico menor que la hernioplastia de Rutkow - Robbins. Las complicaciones encontradas fueron independientes de la técnica utilizada.

Conclusiones: la hernioplastia de Lichtenstein resultó la técnica más utilizada y se realizó en un tiempo quirúrgico menor que la hernioplastia de Rutkow - Robbins. Se encontraron diferencias muy significativas entre ambas técnicas.

Palabras clave: Hernia inguinal, Mallas Quirúrgicas; Técnicas de Cierre de Heridas.

ABSTRACT

Introduction: the practice of new techniques and methods in surgery involves a complex process whose result can be modified with the experience, performance and dedication of surgeons. The inguinal hernia classifications have allowed grouping the anatomic-functional alterations of the region in degrees to guide the surgical treatment.

Objective: to present the results of the individualized realization of the hernioplasties of Lichtenstein and Rutkow Robbins.

Method: a prospective, cross-sectional descriptive study was carried out. The study universe consisted of 150 patients surgically treated for inguinal hernia at the Celia Sánchez Manduley Hospital, Manzanillo, between January and December 2017. Two groups were formed: one where the Lichtenstein technique and in another the technique of Rutkow and Robbins was used. Qualitative and quantitative variables were analyzed.

Results: the hernia type II, IIIb and IIIa predominated, they were more frequent in the male sex and of right location. Lichtenstein hernioplasty was the most used technique.

Significant differences were found between both techniques. The Lichtenstein hernioplasty was performed at a shorter surgical time than the Rutkow - Robbins hernioplasty. The complications found were independent of the technique used.

Conclusions: Lichtenstein hernioplasty was the most used technique and was performed at a shorter surgical time than the Rutkow - Robbins hernioplasty. Significant differences were found between both techniques.

Key words: Hernia Inguinal; Surgical Mesh; Wound Closure Techniques.

Recibido: 15/10/2018.

Aprobado: 20/11/2018.

Introducción

La hernia inguinal es una enfermedad tan vieja como el mismo hombre.⁽¹⁾ La primera descripción de una técnica quirúrgica se le atribuye a Celsius.^(2,3) El primero en proponer la reparación de la pared posterior del canal inguinal fue el cirujano francés Lucas Championniere en 1881, sin dejar de mencionar la contribución de Eduardo Bassini (1844-1924).^(3,4) A partir de los trabajos de Bassini, la revolución en la técnica quirúrgica de la hernia y sus modificaciones posteriores, no se hicieron esperar; éstas pasan a sus contemporáneos: Lucas Championniere (1881), Lotheissen (1898) y McVay (1942), Shouldice (1945). Esta etapa es considerada en la evolución histórica del tratamiento de la enfermedad como la etapa anatómica.⁽⁵⁻⁸⁾ La anterior etapa fue seguida por la protésica, donde aparece Lichtenstein (1987), Stoppa (1989), Rutkow-Robbins (1993). Otros cirujanos utilizaron la vía intraabdominal por laparotomía (Tait; 1891) y finalmente se llegó a la vía por laparoscopia: Ger (1982), Velez y Klein (1990) con el uso de los diferentes tipos de materiales protésicos.^(9,10)

La práctica de nuevas técnicas y métodos en la cirugía entraña un complejo proceso cuyo resultado puede modificarse con la experiencia, el desempeño y la dedicación de los cirujanos y son, precisamente, las clasificaciones de las hernias inguinales las que han permitido agrupar las alteraciones anatómo-funcionales de la región en grados para guiar

el tratamiento quirúrgico y comparar los resultados de las técnicas aplicadas a cada paciente.

La hernioplastia inguinal de Lichtenstein o Rutkow – Robbins teniendo en cuenta el grado de alteración anatómica de la región podría traer una disminución de la recidiva y las complicaciones de la hernia.

El objetivo de esta investigación es exponer los resultados de las hernioplastias de Lichtenstein y Rutkow – Robbins, en pacientes con hernia inguinal clasificada según Nyhus, la incorporación de tales conocimientos permitirá sistematizar la información de nuestro servicio con miras a evaluar el diagnóstico, tratamiento y sus resultados, tomando en cuenta que, un correcto tratamiento mejora la calidad de vida del paciente.

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal, prospectivo, el universo estuvo constituido por 150 pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernia inguinal en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Celia Sánchez Manduley” de Manzanillo, Granma. Cuba, en el período de enero a diciembre de 2017.

Se tomó la clasificación de Nyhus como punto de partida para la selección de la técnica a emplear, y en base a ello se conformaron dos grupos: un grupo en el que se utilizó la técnica de Lichtenstein(n=102) y otro grupo en el que se utilizó la técnica de Rutkow y Robbins (n=48).

Criterios de inclusión: pacientes con hernia inguinal primaria o recidivante en quienes durante el acto operatorio se evaluaron las condiciones anatómicas (según clasificación de Nyhus), para aplicar las técnicas de Rutkow - Robbins o Lichtenstein. De esta manera se realizó la técnica de Lichtenstein a los pacientes con hernia tipo II, III y IV A. La técnica de Rutkow – Robbins a los pacientes con hernia tipo III B , IV B y IV D. Voluntariedad de los sujetos.

Criterios de exclusión: pacientes que no acepten ser operados con la utilización de prótesis. Pacientes incluidos en el grupo I de la clasificación de Nyhus y IIIc, IVc por ser hernias femorales.

Criterio de salida: Pérdida de información durante el período de seguimiento.

La información se obtuvo a partir de fuentes primarias y secundarias representadas por los propios pacientes y las historias clínicas de los pacientes operados. La recolección de los datos estuvo a cargo del propio autor, mediante un formulario.

Variables categóricas del orden cualitativo, y dentro de ellas las de tipo nominal: Clasificación de Nyhus, técnica quirúrgica, y complicaciones.

Variable continua: Tiempo quirúrgico.

Se utilizó el software SPSS 11.5 para Windows en la confección de la base de datos y en el cálculo de los diferentes estadígrafos.

El procesamiento de dicha información se realizó mediante el estudio resumido de las frecuencias absolutas y relativas (razones y proporciones), a partir de las cuales se establecieron frecuencias acumuladas y datos de asociación intervariables. Para los datos nominales, la hipótesis de independencia entre frecuencias se determinó a partir de la prueba de chi cuadrado. En el caso de las variables continuas se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión, y la hipótesis de independencia se determinó mediante la fórmula de la diferencia de medias, asociada a la curva normal.

Se protegió a cada paciente de los posibles daños y se preservaron sus derechos advirtiéndolo al paciente o su familiar que la información recogida será publicada solo con fines científicos.

Resultados

La tabla 1 mostró las hernioplastias inguinales de Lichtenstein y Rutkow – Robbins clasificadas según Nyhus e individualizada para cada paciente, siendo la técnica quirúrgica de Lichtenstein la que acumuló un 68%. En las clasificaciones II, IIIa y IVa, se realizó de forma absoluta la técnica de Lichtenstein, así como en las clasificaciones IIIb) y IVb) se utilizó, de igual manera, la técnica de Rutkow - Robbins según los criterios metodológicos planteados. Predominaron en este orden las siguientes: II) 38,7%; IIIb) 30% y IIIa) 26,7 %. Estas tres clases acumularon más del 95% de los casos operados y se observó un

predominio del sexo masculino. Se observó de forma clara que la hernioplastia de Lichtenstein fue realizada en el 68 % de los pacientes.

Tabla 1. Hernioplastias inguinal de Lichtenstein y Rutkow – Robbins individualizada según clasificación de Nyhus. Servicio de Cirugía General. Hospital “Celia Sánchez Manduley”. Enero - Diciembre del 2017.

Clasificación de Nyhus		Técnica Quirúrgica				Total		FA
		Lishtentein		Rutkow y Robbins				
		No	%	No	%	%		
	II	58	56,9	–	–	58	38,7	38,7
	IIIa)	40	39,2	–	–	40	26,7	65,4
	IIIb)	–	–	45	93,7	45	30,0	95,4
	IVa)	4	3,9	–	–	4	2,7	98,1
	IVb)	–	–	3	6,3	3	2,0	100,0
Total		102	100,0	48	100,0	150	100,0	100,0

Fuente: Expedientes Clínicos

En cuanto al tiempo quirúrgico y la técnica de hernioplastia mostrados en la tabla 2, mostró que la técnica de Lichtenstein se realizó con un promedio de tiempo quirúrgico de 42,45 minutos, con una desviación estándar de 7,89 con un valor mínimo de 25 minutos y máximo de 60 minutos. En la técnica de Rutkow - Robbins el promedio de tiempo quirúrgico fue de 55,52 minutos, con una desviación estándar 8,52 con un tiempo mínimo de 40 minutos y máximo de 80. Al comparar el tiempo quirúrgico mediante la prueba de diferencia de medias se encontraron diferencias muy significativas entre ambas técnicas. Valor $Z = 8.98$ $p < 0.00001$.

Tabla 2. Tiempo quirúrgico y técnica de hernioplastia realizada. Servicio de Cirugía General. Hospital “Celia Sánchez Manduley”. Enero - Diciembre del 2017.

Técnica	No.	Tiempo Quirúrgico					Z ^c	p ^d
		Mín	Máx.	Media ± DE ^a	EE ^b	Diferencia de me		
Lishtentein	102	25	60	42,45 ± 7,89	0,78	13,07	8,98	<0.00001
Rutkow y Robbins	48	40	80	55,52 ± 8,52	1,23			

Fuente: Expedientes clínicos

Mín. = mínimo

Máx.=máximo

a = desviación estándar

b = error estándar

c = valor Z asociado a la curva normal

d = valor “p” de significación; $\alpha = 0,05$

Las complicaciones que se presentaron en relación a la técnica realizada, tabla 3, solo se observaron en 7 pacientes, predominó el seroma observándose en 3 de ellos. Solo se observaron 2 complicaciones en pacientes a quienes se les realizó la técnica de Rutkow – Robbins, siendo la inguinodinia (1 paciente) y el hematoma (1 paciente) representando un 28,6 %. El granuloma, el rechazo y el seroma fueron complicaciones exclusivas de la técnica de Lichtenstein (71.4%).

Tabla 3. Tipo de complicaciones y técnica quirúrgica utilizada. Servicio de Cirugía General. Hospital “Celia Sánchez Manduley”. Enero - Diciembre del 2017.

Complicaciones Post Operatorias	Técnica Quirúrgica Utilizada		Total
	Lishtentein	Rutkow y Robbins	

	No	%	No	%	No	%
Tempranas Seroma	3	60	–	–	3	2
Hematoma	–	–	1	50	1	0,6
Inguinodinia	–	–	1	50	1	0,6
Tardías Rechazo	1	20	–	–	1	0,6
Granuloma	1	20	–	–	1	0,6
Total	5	71,4	2	28,6	7	100,0

Fuente: Expedientes clínicos

Discusión

Las hernias inguinales son un problema frecuente de salud que afecta a ambos sexos con una incidencia estimada aceptada entre 3 a 4 % en el sexo masculino y un riesgo de desarrollarla en la vida de un 27 % para los hombres y 3 % para las mujeres.⁽⁵⁾ En un estudio de Montejo Saínez, de los 30 pacientes con hernias inguinales, 28 pacientes fueron del sexo masculino (93,3 %), y 2 del sexo femenino (6,6 %), lo cual evidencia un marcado predominio de los varones sobre las mujeres.⁽²⁾ En sentido general todas las series revisadas coinciden en señalar al igual que los resultados de la presente investigación, que la enfermedad es más frecuente después de los 60 años y en el sexo masculino.⁽¹¹⁾

Las revisiones se llevaron a cabo dentro del primer mes, los siguientes tres meses, un año y tres años. No existe hasta la fecha un consenso que establezca cuando es el mejor momento para realizar la evaluación de los resultados a largo plazo de la cirugía.⁽¹²⁾ En la literatura consultada los diferentes autores realizan un seguimiento mínimo de 24 meses y máximo de hasta 36 meses, previos a la publicación de los resultados.⁽¹³⁾

En esta serie se encontró un tiempo quirúrgico medio de 46,63 minutos, independiente a la técnica de hernioplastia realizada. Este tiempo quirúrgico es considerado por el autor adecuado al proceder. Cuenca y colaboradores publicaron un tiempo quirúrgico medio de 40 minutos,⁽¹⁴⁾ y Melchor González y colaboradores, mostraron un tiempo operatorio de 50 minutos para las hernias primarias y de 60 para las recidivantes.⁽¹⁵⁾ En esta investigación el promedio del tiempo quirúrgico empleado con la técnica de Lichtenstein (42.45 minutos) fue menor que el empleado con la técnica de Rutkow y Robbins, diferencia muy significativa entre ambas técnicas. El autor lo atribuye por una parte a que es esta, la técnica que más realizan los cirujanos y por tanto, se encuentran prácticos en la misma, se realizó en pacientes con defectos herniarios menos complejos (hernias Tipo II a y IIIa, IVa de la clasificación de Nyhus). En relación a la técnica de Rutkow – Robbins, en el servicio no se cuenta con las mallas que tengan el tapón preformado lo que requiere tiempo y entrenamiento. Autores reportan, en investigaciones realizadas, comparando o no las dos técnicas, un tiempo quirúrgico promedio para el Lichtenstein de 59 minutos \pm 18.33 minutos, mucho mayor que el requerido para “Mesh-Plug” que lo estiman en un promedio de 25 minutos.⁽¹⁰⁾ Por otra parte, Mayagoitia reportó en su estudio un tiempo operatorio promedio de 37 minutos para la técnica de Lichtenstein.⁽¹⁶⁾

La clasificación de Nyhus es una de las más utilizada para guiar el tratamiento de la hernia inguinal, es un sistema sencillo de clasificación y muy utilizado en la actualidad, permite descripciones congruentes de las hernias inguinales y sirve de guía para seleccionar las técnicas de reparación.⁽¹⁷⁾

La hernioplastia de Lichtenstein fue la técnica que más se realizó en relación al mayor número de pacientes con hernias tipo II y IIIa para las cuales se planificó este tipo de reparación. Autores consultados coinciden en que, en estos tipos de hernias, la reparación de Lichtenstein resulta eficaz para el tratamiento de los defectos herniarios primarios directos o indirectos.⁽¹⁶⁾

Al ser esta plastia un procedimiento que no requiere de disección excesiva de los tejidos, ni grandes habilidades técnicas, sus índices de complicaciones suelen ser bajos. A la técnica de Lichtenstein se le reporta cifras de 0,1 a 0,5 % de recidivas.⁽¹⁸⁾

En relación a las complicaciones observadas con la técnica de Rutkow -Robbins, estas pueden ser comunes a cualquier técnica de reparación (sea herniorrafia o hernioplastia) que se realice en la región inguinal. Las complicaciones presentadas con una u otra técnica no fueron estadísticamente significativas. Las técnicas clásicas de Rutkow y Lichtenstein reúnen los elementos más importantes de la reparación del canal inguinal, el tratamiento del anillo herniario y de la pared posterior en toda su extensión, sin que se vulneren los mecanismos fisiológicos del funcionamiento del canal, al realizar una mínima manipulación de los tejidos, por lo que las complicaciones que suelen observar son mínimas.⁽¹⁹⁾

Conclusiones

Las técnicas de Lichtenstein y RutkowRobbins individualizadas según la clasificación de Nyhus resultan eficaces en la reparación de la hernia inguinal, encontrando un bajo índice de complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. Díaz González E, Hernández GH, Couto HD, Rodríguez MO, Toscano GC, López SJ. Hernioplastias libres de tensión. Estudio de doce años. Acta Médica del Centro 2013; 7(2): 35-39.
2. Montejosaínz JE, Pisonero SI, Delgado AI. Uso de malla de polipropileno en la hernioplastia por técnica de Lichtenstein. RevCubana de Cir 2011;50(2): 147-54.
3. Santana González-Chávez A. Resultados de 130 hernioplastias inguinales de Lichtenstein realizadas en el Centro Diagnóstico Integral de Salud Tamborito durante el año 2008. Aragua, Venezuela. RevMed Electrón 2012; 34(3): 344-53.
4. Manterola C, Urrutia S, Otzen C. Uso versus no uso de malla en hernioplastía inguinal: ¿existe un rol para la reparación sin malla? Revisión global de la evidencia. RevMed Chile. 2013; 141(2): 932-9.

5. Duménigo AO, De Armas B, Martínez GF, Gil A. Hernioplastia inguinal de Lichtenstein: la mejor opción. Rev Cubana Cir[Internet]. 2007 [citado 5/4/2018]; 46(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n1/cir07107.pdf>
6. Porrero C, Sánchez-Cabezudo C, Guerra D. Evidencias científicas en el tratamiento de la hernia inguinal. RevEspCir 2002;72(3): 117-82.
7. Cruz JR, Abraham AJ, López RR, León G O, Rodríguez H B, Pol G H. Reparación laparoscópica de las hernias inguinales. Rev Cubana Cir 2012; 51(2): 152-9.
8. Venturelli MF, Uherek PF, Cifuentes CV, Folch CP. Hernia inguinal: Conceptos actuales. CuadCir 2007; 21: 43-51.
9. Beltrán MA, Karina EU, Cruces S, Tito F, Tapia Q, Vivencio A. Resultados quirúrgicos de la hernioplastia de Lichtenstein de urgencia. Rev Cubana Cir 2006; 58(5): 359-64.
10. Rodríguez BH, Abilio CS, Julio GN, Cruz R, Caiñas JR. Cono extendido, nueva variante técnica en la cirugía de la hernia inguinal. Rev Cubana Cir 2011; 50(2): 172-8.
11. Abraham Arap J. Hernias inguinales y crurales (hernia de la ingle). Rev Cubana Cir[Internet]. 2009 [citado 2/5/2018]; 48(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v48n2/cir10209.pdf>
12. Mayagoitia González JC. La enseñanza de la cirugía herniaria. RevHispanoam Hernia. 2013; 1(4): 133-80.
13. Valdovinos González CA, Zaldívar Ramírez FR, Díaz Piedras C, AthiéGutiérrez C. Calidad de vida en pacientes operados de plastia inguinal mediante short form36(SF-36). Rev Cirujano General 2012; 34(3): 169-73.
14. Cuenca Torres O, Apuril N, Ferreira Acosta R, Segovia H, Martínez N. Hernioplastias en pacientes añosos. RevAn. Fac. Cienc. Méd. (Asunción). 2011; 44(2): 15-22.
15. Melchor González JM, Pérez García R, Villa Martín A, Domínguez García Diego F. Reparación de la hernia inguinal sin tensión. Rev Cir Cir 2000; 68(2): 68-9.
16. Mayagoitia G J, Martínez AM, Cisneros HM, Álvarez QM, Ramírez ML, Gil GG. Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal. [Internet]. Asociación Mexicana De Hernia: México; 2015 [citado 2/5/2018]. Disponible en: <http://amhernia.org/wp-content/themes/amhernia/files/guias2015.pdf>

17. EU Hernia Trialists Collaboration. Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg* 2000; 87(7):854-9.
18. Kucuk HF, Sikar HE, Kurt N, Uzun H, Eser M, Tural F, et al. Lichtenstein or darn procedure in inguinal hernia repair: a prospective randomized comparative study. *Hernia* 2010; 14(4):357-60.
19. Moreno-Egea A. ¿Es segura la hernioplastia sin sutura como opción para tratar las hernias de pared abdominal? Estudio prospectivo con un adhesivo tisular sintético (n-hexil- α -cianoacrilato). *Rev Cir Esp.* 2013; 91(4): e19-e24.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.