



**Nuestra primera reparación con  
tapón de una hernia crural y la  
importancia de actualizar  
constantemente nuestros  
conocimientos quirúrgicos: a  
propósito de dos casos clínicos**

**Our first plug in crural hernia  
and the importance of constantly  
updating our surgical knowledge:  
Two cases report**

10.20960/rhh.00326

10/11/2021

**Nuestra primera reparación con tapón un una hernia crural y la importancia de actualizar constantemente nuestros conocimientos quirúrgicos: a propósito de dos casos clínicos**  
***Our first plug in crural hernia and the importance of constantly updating our surgical knowledge: Two cases report***

Manuel Grez Ibáñez<sup>1</sup>, Rixio Sánchez Medina<sup>2</sup>, Amaranda Silva Torres<sup>3</sup>  
Servicios de <sup>1</sup>Cirugía y de <sup>2</sup>Urgencia. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó (Chile). <sup>3</sup>Escuela de Medicina. Universidad de Talca. Talca (Chile)

Autor para correspondencia: Manuel Grez Ibáñez. Servicio de Cirugía. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Av. San Martín. Curicó (Chile)  
Correo electrónico: magrezster@gmail.com

Recibido: 09-05-2020

Aceptado: 18-05-2020

DOI: 10.20960/rhh.00326

## **RESUMEN**

**Introducción:** La técnica para la reparación de la hernia crural usando un tapón de malla para ocluir el orificio femoral fue descrita por Liechtenstein hace cinco décadas. Desde entonces, series americanas e hispanoamericanas ya demostraron su simplicidad en la técnica, en la corta duración de la cirugía, en el escaso dolor y en la buena evolución posoperatoria, con una incidencia bajísima de recidivas.

**Casos clínicos:** Como cirujanos ya experimentados, reconocemos que nunca supimos de esta técnica en nuestra formación de pregrado y posgrado ni en los servicios de cirugía donde trabajamos, por lo que desconocíamos totalmente dicho procedimiento, lo que ha impedido brindar sus beneficios a los pacientes que los requerían. Presentamos los casos de un hombre de forma electiva y de una mujer en urgencias.

**Discusión:** Podemos recomendarla como una técnica quirúrgica adecuada para la reparación de la hernia crural electiva o de urgencias.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Hernia femoral technique's repair using a mesh plug to occlude the femoral orifice was described by Liechtenstein five decades ago. Thenceforth, American and Hispanic American series have demonstrated their technique's simplicity already, short surgery time duration, less pain and good postoperative evolution with a very low incidence of recurrences.

**Clinical cases:** As already experienced surgeons, we recognize we did never know about this technique in our pre and postgraduate formation, neither in surgery services where we've worked, so we were totally unaware this procedure, thus preventing us from providing this technique's benefits to our patients who required them.

**Discussion:** We report our first case recommending it as a suitable surgical technique for elective or emergency femoral hernia repair.

**Palabras claves:** *Plug* de Lichtenstein, hernia crural, reparación urgente, electiva.

**Keys Word:** Liechtenstein plug, crural hernia, urgent repair, elective repair.

## **INTRODUCCIÓN**

La hernia crural representa el 2 % de todas las hernias<sup>1</sup>. Es más común en mujeres debido a características propias de la pelvis femenina y se presenta frecuentemente con incarceration o estrangulación<sup>2</sup>.

Se han descrito diversas técnicas para el tratamiento de esta hernia, entre las que destacan la de Cheatle<sup>3</sup>, quien en 1921 fue el primero en utilizar el acceso extraperitoneal, y la de Henry<sup>4,5</sup>, en 1936, que la

modificó mediante una incisión suprapúbica en la que los músculos rectos abdominales se separan lateralmente en la línea media. Aprovechando la experiencia de los dos anteriores y el acceso extraperitoneal, Nyhus<sup>6,7</sup>, en 1960, propuso su técnica.

Lichtenstein<sup>8</sup>, en 1974, introdujo un nuevo concepto: la oclusión del orificio crural sin tensión a través de una incisión infrainguinal mediante un tapón de material protésico que se fijaba al ligamento inguinal y a la fascia del músculo pectíneo. Hay que destacar que no debían colocarse suturas de fijación en los márgenes laterales del defecto por el riesgo de lesionar los vasos femorales, con lo que se reducían los altos índices de recidiva y de morbilidad<sup>9</sup>.

Experiencias posteriores, como la norteamericana<sup>9</sup>, la española<sup>10-14,16</sup> y la cubana<sup>17</sup>, han demostrado ampliamente sus beneficios y una baja tasa de recurrencia.

La aplicamos por primera vez en el contexto de la cirugía electiva y de urgencia y se demuestra que es una técnica segura, fácilmente reproducible y con excelentes resultados.

### **CASO CLÍNICO 1**

Hombre de 74 años de edad con hipertensión arterial crónica en tratamiento con vasodilatadores y diuréticos orales que consultó por un aumento del volumen herniario inguinal derecho de cuatro años de evolución. Contaba con exámenes preoperatorios normales, pero sin un examen radiológico de confirmación. En la evaluación preoperatoria, en el examen físico se encontró una hernia crural irreductible, sin signos de obstrucción. Se derivó electivamente para hernioplastia y se decidió realizar un abordaje infrainguinal anterior derecho sobre la tumoración subcutánea. Se realizó disección y apertura del saco, se redujo su contenido y se reparó con técnica de tapón de Lichtenstein (figs. 1-6). Evolución favorable con escaso dolor, alta en 15 horas. El control posterior se realizó en un policlínico normal.

## **CASO CLÍNICO 2**

Mujer de 43 años con antecedentes de cirugía ginecológica (incisión de Phannenstiel hace 25 años), con hernia crural derecha desde hacía tres años que había progresado con dolor y aumento del volumen local de tres días de evolución, por lo que consultó en su policlínico periférico, desde donde fue derivada a nuestro servicio de urgencia con diagnóstico de hernia crural derecha incarcerada. Clínicamente se confirmó el diagnóstico, sin tener síntomas de obstrucción intestinal. Los exámenes preoperatorios fueron normales y una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste evidenció la presencia de una imagen hipodensa con cambios inflamatorios de la grasa adyacente protruyendo en la región crural (figs. 7 y 8). Se llevó a la mesa operatoria y se realizó la misma técnica sin dificultad. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y fue dada de alta a las 12 horas. En su control posterior en policlínico su evolución fue normal.

## **DISCUSIÓN**

Durante mi formación de pregrado en los años setenta en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Chile y de posgrado en los ochenta en el Hospital del Salvador de esa ciudad, fueron los años en los que Lichtenstein publicó sus primeros trabajos y realizaba series con su experiencia en Estados Unidos; a pesar de ello, nunca escuché hablar de la técnica del tapón de Lichtenstein en mi entorno. Entonces se nos enseñaba y capacitaba en las técnicas clásicas con tensión (Mc Vay, Bassini y Souldice) para la resolución quirúrgica de hernias inguinales y en la técnica de Nyhus con acceso preperitoneal para las crurales.

Busqué en mi antiguo libro de estudio<sup>18</sup> de mi beca, que aún conservo en mi biblioteca, y encontré que no se describía en ninguna parte el uso de mallas protésicas, así como tampoco técnicas sin tensión. Al final del

capítulo, entre la veintena de referencias, había una de Lichtenstein de 1976<sup>19</sup> en la que, considerando la alta tasa de recidivas en el uso de las técnicas tradicionalmente establecidas, proponía el uso de material protésico en técnicas sin tensión. Entre las referencias citadas, ya estaba su clásico trabajo en el que describía la técnica del tapón (*plug*) dos años antes<sup>8</sup>; literatura que nunca revisé ni estudié. Por lo tanto, el Nyhus siguió siendo la única técnica quirúrgica que utilizaría para resolverlas posteriormente como cirujano. Durante mis treinta y siete años nunca ví a un colega realizar el *plug* de Lichtenstein ni supe de la existencia de esta técnica, hasta hace cuatro meses, que la descubrí en un estudio personal a través de lo reportado en la literatura y decidí aplicarla por primera vez en un paciente electivo (el caso 1).

Hace dos meses contacté en nuestro servicio de urgencia con un compañero venezolano que había llegado hacía dos años porque sabía que en su turno tendría que operar una paciente con una hernia crural complicada con la técnica de Nyhus, para sugerirle con entusiasmo que lo hiciera con la técnica del *plug* de Lichtenstein, que resultaba más simple y con mejor posoperatorio para la paciente. Él me dijo que desconocía la técnica y que tampoco nunca había escuchado hablar de ella. En sus doce años de médico, con su formación de pregrado en la Universidad del Zulia (Venezuela, Caracas), su posgrado en la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (Falcón, Venezuela) y su internado en el Hospital Coromoto de Maracaibo (Maracaibo, Venezuela), no tuvo la oportunidad de aprender dicha técnica, en parte por la baja disponibilidad de materiales protésicos en su país.

Una vez evaluada la paciente y las imágenes del TAC, comentamos la técnica, analizamos la bibliografía del tema y decidió operarla, también por primera vez en su vida, con esta técnica (caso 2), demostrando de esta manera que es una técnica fácilmente reproducible y con excelentes resultados.

La mayoría de las innovaciones en el quehacer quirúrgico de un cirujano se proyectan siempre hacia el dominio de procedimientos quirúrgicos más complejos, como las técnicas laparoscópicas, y muchas veces olvidamos que la mejor cirugía deber ser de simple ejecución, con una corta curva de aprendizaje, poco invasiva, con mínima lesión tisular, escaso dolor posoperatorio, reincorporación rápida a las actividades cotidianas, bajo índice de recidivas y bajo coste.

Tras haber evaluado cada uno de nosotros esta técnica quirúrgica que desconocíamos, consideramos que debemos esforzarnos continuamente, después de nuestra formación de pregrado y posgrado, en mantenernos al día en los conocimientos quirúrgicos sobre la pared abdominal y las hernias, intentando abrirnos y participar en reuniones *on line* y revisar con frecuencia la revista disponible en nuestro idioma (*Revista Hispanoamericana de Hernia*), reconociendo que el *plug* de Lichtenstein para la reparación de la hernia crural cumple con todos estos principios, por lo que recomendamos ampliamente esta técnica para tenerla en nuestro armamento quirúrgico en nuestro medio de trabajo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Glassow F. Femoral hernia. Review of 2,105 repairs in a 17 year period. *Am J Surg.* 1985;150(3):353-6.
2. Alimoglu O, Kaya B, Okan I, et al. Femoral hernia: A review of 83 cases. *Hernia.* 2006;10(1):70-3. DOI: 10.1007/s10029-005-0045-3
3. Cheatle GL. An operation for the radical cure of inguinal and femoral hernia. *Br Med J.* 1920;2(3107):68-9. DOI: 10.1136/bmj.2.3107.68
4. Henry AK. Operation for femoral hernia by a midline extraperitoneal approach: With a preliminary note on the use of this route for reducible inguinal hernia. *Lancet.* 1936;227(5871):531-3. DOI: 10.1016/S0140-6736(01)36573-X
5. Cervantes-Castro J, Rojas-Reyna G, Cicero-Lebrija A, et al.

Experiencia con la operación de Cheatele-Henry para la reparación de hernia femoral. *Cir Cir.* 2011;79(3):239-42.

6. Nyhus LM, Condon RE, Harkins HN. Clinical experiences with preperitoneal hernial repair for all types of hernia of the groin. With particular reference to the importance of transversalis fascia analogues. *Am J Surg.* 1960;100(2):234-44. DOI: 10.1016/0002-9610(60)90296-8

7. Dávila D. La técnica de Nyhus y su repercusión en la evolución de la cirugía de la hernia inguinal. *Rev Hispanoam Hernia.* 2014;2(2):35-9. DOI: 10.1016/j.rehah.2014.02.003

8. Lichtenstein IL, Shore JM. Simplified repair of femoral and recurrent inguinal hernias by a "plug" technic. *Am J Surg.* 1974;128(3):439-44. DOI: 10.1016/0002-9610(74)90189-5

9. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. Prosthetic mesh plug repair of femoral and recurrent inguinal hernias: the American experience. *Ann R Coll Surg Engl.* 1992;74(2):97.

10. Porrero J, Díez M, Martín D, eta al. Experiencia con la técnica de Plug de Lichtenstein en el tratamiento de la hernia crural. *Cir Esp.* 1993;53:97-9.

11. Cuenca O, Rodríguez C. Plug de Lichtenstein para el tratamiento de la hernia crural Lichtenstein plug for the treatment of femoral hernias. *Cir Parag.* 2005;28(1):40-3.

12. Moreno-Egea A, Pérez-Abad J, Lirón R, et al. Hernioplastia sin tensión con tapón de polipropileno en el tratamiento de la hernia crural (82 casos). *Cir Esp.* 1998;63(2):102-4.

13. González G, García A, Tieso A, et al. Hernia crural y plug de Lichtenstein. Cartas al director. *Cir Esp.* 2001;69(2):188.

14. Arroyo A, Costa D, Ferrer R, et al. ¿Es la hernioplastia con tapón de polipropileno según técnica de Lichtenstein la primera opción en el tratamiento de la hernia crural? *Cir Esp.* 2001;69(1):37-9. DOI: 10.1016/S0009-739X(01)71683-1

15. De Juan A, Mena A, Die J, et al. ¿Es la técnica con plug de



Lichtenstein adecuada para el tratamiento de la hernia crural complicada? Cir Esp. 2003;74(2):104-7. DOI: 10.1016/S0009-739X(03)72197-6

16. Carbonell-Tatay A, Jiménez R, Carbonell-Aznar C. Caso clínico. Conducta a seguir ante una hernia crural irreductible [Internet]. Revista Electronica de PortalesMedicos.com. 2008 [cited 2020 May 8]. Available from:

<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/889/1/Caso-clinico-Conducta-a-seguir-ante-una-hernia-crural-irreductible.html>

17. López R, Pol H, Satorre R, et al. Diez años de experiencia empleando la técnica con plug de Lichtenstein en la hernia femoral. Rev Cuba Cir. 2012;51(3).

18. Scharzt S, Shires G, Spencer F, et al. Hernias de la pared abdominal. Principios de cirugía. Tomo III en español. México: Mc Graw-Hill; 1987. pp. 1449-65.

19. Lichtenstein IL, Shore JM. Exploding the myths of hernia repair. Am J Surg. 1976;132(3):307-15.

