



Herniorrafia inguinal Amid-Lichtenstein

Indicación de funcionamiento:

El paciente presenta una hernia inguinal que causa molestias (mínimas/moderadas/significativas) (con/sin) síntomas obstructivos. Se han discutido en detalle los beneficios, riesgos y alternativas de la reparación quirúrgica, incluyendo la opción de la espera vigilante, las reparaciones basadas en tejidos y mallas y las opciones abiertas frente a las mínimamente invasivas. Dado su (deseo de evitar la anestesia general/ deseo de evitar la disección preperitoneal/ comorbilidades cardíacas/ comorbilidades pulmonares/ prostatectomía previa o cirugía abdominal inferior/ preferencia), acordamos proceder con una reparación abierta con malla. Discutimos los riesgos inherentes de recurrencia y dolor crónico. Hablamos del bajo riesgo de hemorragia, infección, lesión visceral, dolor/atrofia/afección testicular y problemas relacionados con la malla. El paciente comprendió estas consideraciones y dio su consentimiento para la operación.

Descripción de la operación:

El paciente se coloca en posición supina en la mesa de quirófano. Una vez iniciado los cuidados anestésicos monitorizados con sedación leve, se inyectan 10 cc de una mezcla 50:50 de lidocaína y marcaína en una incisión de 6 cm situada entre 1 y 2 cm por encima de la sínfisis púbica y centrada sobre el canal inguinal. Pueden inyectarse otros 10 cc de anestésico local en el tejido subcutáneo subyacente.

Se incide la piel y se realiza la disección del tejido subcutáneo y la fascia de Scarpa. Se identifican los vasos epigástricos superficiales, se ligan proximal y distalmente con sutura Vicryl 3-0 y se dividen. *Un control inadecuado de estos vasos puede provocar complicaciones hemorrágicas postoperatorias.*

A continuación se expone la aponeurosis del oblicuo mayor. Se realiza una pequeña ventana creada en la grasa subcutánea para exponer el canal. Se inyectan 10 cc de anestésico local bajo la aponeurosis del oblicuo mayor, hidrodiseccionando el canal y anestesiando los nervios inguinales que discurren por el interior del canal inguinal. *Es esencial evitar inyectar demasiado profundamente para prevenir infiltrar el cordón espermático, los vasos o el territorio del nervio femoral.*

A continuación, se libera el oblicuo externo hasta el ligamento inguinal lateralmente y hasta el anillo externo medialmente para definir el centro del canal. Se inciden las fibras del OE en el punto medio, llevándola hasta el anillo externo distalmente y hacia la espina ilíaca anterosuperior proximalmente.

Se utiliza un retractor Weitlander (autoestático) de 19 cm para exponer el campo. Se colocan dos pequeñas pinzas de reparación en cada hoja de la aponeurosis del OE.



La hoja medial se diseca con una gasa o una torunda delicada a lo largo de la aponeurosis del OE para exponer medialmente el tendón conjunto. La hoja lateral se diseca a lo largo de la aponeurosis del OE para exponer lateralmente el ligamento inguinal.

MANEJO DE LOS NERVIOS

El nervio ilioinguinal se identifica por discurrir a lo largo de la parte superior de las estructuras del cordón y debe protegerse en todo su recorrido. *A veces puede dividirse de forma programada para evitar lesiones o dolor crónico.* Si se divide el nervio, los extremos proximal y distal se ligan con sutura Vicryl 3-0. La muestra se reseca y se envía a patología. El extremo proximal se entierra en el vientre del músculo oblicuo interno para evitar cicatrices perineurales.

El nervio iliohipogástrico se identifica discurriendo medialmente hasta su salida en el tendón conjunto y está protegido en todo su recorrido. También puede tener un curso aberrante. El NIH también puede dividirse de forma programada si es necesario. El nervio genital puede identificarse dentro del haz cremastérico adyacente a la vena espermática externa y se preserva.

Las estructuras del cordón se separan del piso del canal inguinal mediante disección roma con gasa o torunda directamente sobre la sínfisis púbica y el tubérculo, en el plano avascular. A continuación, se eleva el cordón con un dren de Penrose número 1 (20 mm). *Si se evita la disección roma con los dedos, se evitará lesionar el haz cremastérico y el nervio genital. En las mujeres, el ligamento redondo puede dividirse con seguridad.*

HERNIA DIRECTA

Se puede identificar una hernia directa y separarla de las estructuras del cordón. A continuación, se abre la fascia transversalis en el punto medio del canal. Debe excluirse la presencia de una hernia femoral, sobre todo en las mujeres. A continuación, la fascia transversalis se invagina con una sutura sin tensión para cerrar el piso del canal, creando una zona plana para la malla. *Hay que tener cuidado de no lesionar el nervio iliohipogástrico y evitar la fijación en el ligamento inguinal, que genera tensión. Puede ser útil delimitar claramente el arco transversal superior para minimizar el riesgo de atrapamiento del NIH.*

HERNIA INDIRECTA

Las estructuras del cordón se abren longitudinalmente en la dirección de las fibras cremastéricas para preservar las estructuras del cordón y los nervios ilioinguinal y genital.

Se identifica un saco herniario en la cara anteromedial del conducto deferente y se separa de las estructuras del cordón. Se inyectan otros 2 cc de anestésico local en su base. Este saco se abre y el canal femoral puede explorarse a través de la abertura. A continuación, se liga el saco con una sutura Vicryl 2-0 y se divide.

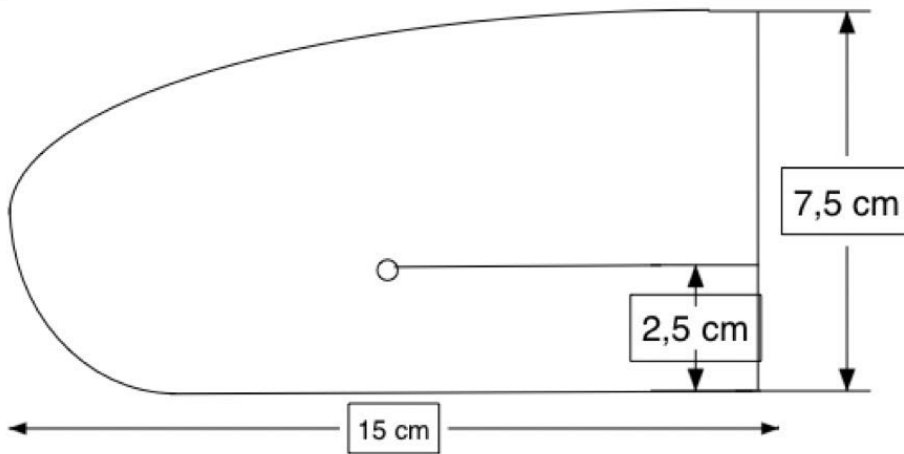
LIPOMA DEL CORDÓN

Si se identifica un lipoma del cordón, se separa de las estructuras. A continuación, se inyectan 2 cc de anestésico local en su base, se ligan con una sutura Vicryl 2-0 y se dividen.

COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS

El piso del canal se prepara para la colocación de la malla reconstruyendo el anillo interno con una sutura de Marcy (Vicryl 2-0 cerrando los bordes del anillo interno), imbricando el piso (fascia transversalis) y exponiendo medialmente de 1,5 a 2 cm del pubis.

La reparación se realiza con una malla de 7,5 x 15 cm moldeada según la curvatura del canal inguinal.



Se utiliza una sutura de Prolene 2-0 para fijar la parte lateral de la malla al ligamento inguinal. La sutura se coloca 1 cm distal al tubérculo púbico sin tomar el periostio. A continuación, se pasa el mismo punto a través de la malla a 1 cm de su borde para obtener de 1,5 a 2 cm de solapamiento medial. A continuación se realiza una sutura continua a lo largo del ligamento inguinal, fijando la parte ínfero-lateral de la malla al borde del ligamento, desde el tubérculo púbico hasta el nivel del anillo interno.

La malla se divide en dos colas: superomedial (2/3 de la anchura) e inferolateral (1/3 de la anchura). La cola superior se pasa por debajo de las estructuras del cordón. La parte superomedial de la malla se fija a la porción aponeurótica del tendón conjunto con suturas de Vicryl 2-0 interrumpidas, sueltas y absorbibles, protegiendo cuidadosamente el nervio iliohipogástrico a lo largo de su recorrido. La cola superior de la malla se cruza sobre la cola inferior y los bordes laterales de la malla se fijan al ligamento inguinal con sutura de Prolene 2-0 para crear el anillo interno.

Se conservan 4 cm de extensión cefálica de la malla y se cortan según la forma del canal. A continuación, se coloca bajo la aponeurosis del OE para cubrir una hernia intersticial o espigeliana oculta. Se utiliza una sutura de Vicryl 2-0 para cerrar la aponeurosis del OE, recreando el anillo externo. El nervio ilioinguinal se protege durante este cierre. La fascia de Scarpa se cierra con una sutura continua de Vicryl 3.0. La piel se cierra con Monocryl 4-0 con suturas subcuticulares.