

Tips and Tricks en Hernioplastia Lichtenstein

Luciano Ferrando, Maximiliano Baudino

Hospital Universitario de Burgos

Bienvenidos a la primera edición de la nueva sección de la **Revista de la Asociación Española de Cirujanos**, hecha por residentes y para residentes, diseñada especialmente para aquellos que recién comienzan su formación en cirugía general. Sabemos lo desafiante que es empezar, y esta sección tiene como objetivo brindarte los conceptos clave que necesitas tener claros al entrar en el quirófano.

En esta ocasión, nos enfocaremos en la técnica de **Hernioplastia de Lichtenstein**. A través de una explicación paso a paso, buscamos que domines cada detalle, desde la preparación del paciente hasta el cierre final, para que entres con confianza al quirófano.

1. Preparación Preoperatoria

Antes de cada cirugía, es fundamental conocer a tu paciente. Si no tuviste oportunidad de verlo en consulta, es recomendable visitarlo el día de la cirugía, realizar una exploración física adecuada y resolver cualquier duda que pueda surgir. Recuerda que es esencial **explorar al paciente tanto de pie como tumbado**, ya que algunas hernias se manifiestan mejor en una u otra posición.

Claves de la exploración:

- **Palpación anatómica:** Identifica la espina ilíaca anterosuperior y el pubis, para localizar el trayecto del ligamento inguinal.
- **Maniobra de Valsalva:** Pídele al paciente que tosa o haga esfuerzo abdominal para visualizar mejor la hernia.

2. Posicionamiento del Paciente

La correcta posición del paciente es esencial para facilitar el procedimiento. Asegúrate de que el paciente esté en **decúbito supino**, con un brazo extendido para la colocación de la vía periférica y el otro pegado al cuerpo. El paciente debe estar ****centrado en la camilla****, sin inclinarse hacia ningún lado, para garantizar la distribución equitativa del peso corporal.

3. Anestesia

En la mayoría de los casos, la **raquianestesia** es el método anestésico de elección. Aunque en ocasiones puede utilizarse anestesia general, esto depende del criterio del

anestesista. Lo importante es que, mientras el anestesista finaliza su labor, tú ya debes estar lavado y preparado para entrar en el campo quirúrgico.

Consejo de los profesionales:

- **Respeto por el equipo:** Nunca te laves antes que la enfermera de quirófano esté lista para entregarte la bata y guantes estériles. Este es un signo de respeto por la dinámica del equipo quirúrgico.

4. Posicionamiento del Cirujano y el Ayudante

Si operas una **hernia inguinal izquierda**, colócate en el lado ipsilateral. Si estás asistiendo, sitúate en el lado opuesto, dejando que el cirujano principal se posicione en el lado correspondiente.

5. Técnica Quirúrgica

Incisión

Palpa nuevamente la espina ilíaca anterosuperior y el pubis. Traza una línea imaginaria entre ambas estructuras, y realiza la incisión aproximadamente ****1 cm por debajo de esta línea****. La incisión debe ser lo suficientemente amplia para permitir un buen acceso a la hernia.

Apertura por planos

Utiliza el bisturí eléctrico (botón amarillo para la piel) y procede a abrir por planos:

- **Tejido subcutáneo:** Coagula las venas superficiales, si es necesario.
- **Fascia de Scarpa:** Identifica y abre esta capa fina. A menudo, se confunde con la aponeurosis del oblicuo mayor, pero la fascia de Scarpa es mucho más delgada.
- **Aponeurosis del oblicuo mayor:** Separa el tejido adiposo adherido y expón claramente esta estructura.

Exposición del conducto inguinal

Haz una incisión en la aponeurosis siguiendo la dirección de las fibras del oblicuo mayor, desde el **orificio inguinal profundo** hasta el **orificio inguinal superficial**. Coloca pinzas Kocher para traccionar y separa los labios de la aponeurosis.

Identificación del saco herniario

Hernia directa: Busca un defecto medial a los vasos epigástricos, donde la pared posterior del conducto inguinal se presenta debilitada. Si encuentras una hernia directa, disécala cuidadosamente y redúcela.

Hernia indirecta: Si no se evidencia un defecto directo, explora el cordón espermático. Desciende por capas hasta identificar el saco herniario, que es más blanco y proviene lateralmente del orificio inguinal profundo.

6. Colocación de la malla

Una vez disecada y reducida la hernia, procede a colocar la malla.

Anclaje de la malla: Fija la malla al pubis con una sutura continua de Monomax 2/0, extendiéndola a lo largo del ligamento inguinal, lateralmente a la hernia.

Sutura adicional: Asegúrate de hacer un punto de fijación por encima del conducto inguinal para evitar el deslizamiento de la malla.

La corbata

Este es un paso crucial: pasa un punto suelto desde el borde superior de la malla (justo lateral al conducto inguinal) y ancla ambos extremos al ligamento inguinal. Asegúrate de que quede suficiente espacio para que pase un dedo por el orificio de la corbata, evitando comprimir las estructuras.

7. Cierre por planos

Aponeurosis: Cierra la aponeurosis del oblicuo mayor con una sutura continua de Vicryl 0.

Subcutáneo: Sutura el tejido celular subcutáneo con puntos sueltos de Vicryl 2/0.

Piel: Cierra la piel con grapas, asegurándote de evertir bien los bordes para una mejor cicatrización.

8. Revisión final

Antes de finalizar, pregunta al equipo si el conteo de instrumental es correcto. Una vez confirmado, retira los campos estériles y asegúrate de que el paciente se encuentre en buenas condiciones hemodinámicas.

Con esta guía, estarás mejor preparado para abordar una Hernioplastia de Lichtenstein con confianza. Recuerda siempre mantener una actitud colaborativa y respetuosa en el quirófano, y sobre todo, aprovechar cada oportunidad para aprender.