

Recidiva de hernias inguinales. Estudio de 52 casos

Recurrence of Inguinal Hernias. Study of 52 cases

Vitulli Romero, Jesús Rafael



 Jesús Rafael Vitulli Romero
jesusrvitullir@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 12, núm. 1, e359, 2023
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 14 Enero 2023
Aprobación: 17 Marzo 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1013831010/>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2023.12.1.e359>

©Los autores, 2023



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Cómo citar: Vitulli J. Recidiva de hernias inguinales. Estudio de 52 casos. Rev. Digit Postgrado.2023;12(1):e359.doi:10.37910/RDP.2023.12.1.e359

Resumen: Las hernias inguinales son una patología para tratamiento quirúrgico frecuente, afecta entre un 3 a 5 % de toda la población en general, su reparación resulta difícil y peligrosa en caso de recurrencia; un paciente sometido a cirugía tiene entre 19 – 39 % de probabilidades de recidiva, y esto aumenta con cada nuevo procedimiento. Objetivo: caracterizar la prevalencia de recidivas de hernias inguinales en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas entre los años 2015-2020. Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Resultados: se estudiaron 52 casos de recidivas de hernias inguinales, 43 % de un total de 120 pacientes sometidos a hernioplastia inguinal, las técnicas quirúrgicas con mayor número de recidivas fueron: la de Bassini con 14 %, la de Rutkow-Robbins con 10 % y la de Linchtenstein con 9 % de los casos; con un tiempo de recidiva posterior a la primera intervención el cual fue mayor al año de la primera intervención. Conclusiones: la recidiva resultó un poco mayor al promedio, el tiempo en el cual ocurrió es mayor al año de la intervención y las técnicas más involucradas fueron, en orden decreciente: Bassini, Rutkow-Robbins, y Linchtenstein.

Palabras clave: Hernia inguinal, Recidiva, Técnica de hernioplastia, Factores de recidiva.

Abstract: Inguinal hernias are a pathology for frequent surgical treatment, affecting between 3 to 5 % of the entire population in general, their repair is difficult and dangerous in case of recurrence; a patient undergoing surgery has a 19-39 % chance of recurrence, and this increases with each new procedure. Objective: to characterize the prevalence of recurrences of inguinal hernias in patients undergoing surgery at the General Surgery Service of the Hospital Universitario de Caracas between the years 2015-2020. Methods: retrospective, descriptive and analytical study. Results: 52 cases of inguinal hernia recurrences were studied, 43 % of a total of 120 patients undergoing inguinal hernioplasty, the surgical techniques with the highest number of recurrences were: Bassini with 14 %, that of Rutkow-Robbins with 10 % and that of Linchtenstein with 9 % of the cases; with a recurrence time after the first intervention which was greater than a year after the first intervention. Conclusions: the recurrence was a little higher than the average, the time in which it occurred is greater than a year of the intervention and the techniques most involved were, in decreasing order: Bassini, Rutkow-Robbins, and Lichtenstein.

Keywords: Hernia, Recurrence, Hernioplasty technique, Recurrence factors.

INTRODUCCIÓN

Las hernias figuran entre las afecciones más antiguas conocidas por la especie humana, y su reparación quirúrgica es el procedimiento de cirugía general que se efectúa con mayor frecuencia en la actualidad. Se sabe que la causa principal del fracaso de las hernioplastias por aproximación aponeurótica es la tensión.⁽¹⁾

En décadas recientes, la cirugía de la hernia inguinal ha experimentado un gran cambio, impulsado por el uso de las bioprótesis y sus actuales pioneros Linchtenstein, Gilbert, Rutkow y Robbins inspiran a vencer el fantasma de la cirugía herniaria: la recurrencia. El primero que comunicó el uso de malla para la reparación de hernias inguinales fue Usher en 1958; Irving Linchtenstein reexaminó la posibilidad 10 años después y retomó el uso de mallas, recomendando en 1974 el uso de las de propileno sobre la pared, con anestesia local y con un mínimo de daño a los tejidos; estableciendo así el término de hernioplastias libre de tensión. Este tipo de técnica además de ser sencilla, rápida y poco dolorosa tiene muy bajo índice de recidiva.⁽¹⁾

La hernia inguinal es una de las operaciones más habituales en el mundo, se estima que existen aproximadamente unas 700.000 reparaciones herniarias anuales en los EE. UU.⁽²⁾; y afecta entre un 3 a 5 % de toda la población en general⁽³⁾. La hernia inguinal constituye el 75 % de todas las hernias, 27 % de riesgo en hombres y 3 % en mujeres⁽⁴⁾; la incidencia aproximada de recurrencia se estima un 5-10% en las herniorrafias primarias y del 25% en hernias recurrentes. De las diferentes técnicas que realizan esta cirugía, los mejores resultados se han logrado con la práctica de Linchtenstein y con la de Shouldice⁽⁵⁾. Mundialmente, la proporción que llega a recidivar con las técnicas abiertas sin malla son del 0,2-25 %; con malla del 0-10% y en las reparaciones laparoscópicas, del 0-2 %⁽⁶⁾.

En la técnica de Linchtenstein se realiza una incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor, sobre el cordón espermático, se disecciona y se abre el cordón espermático. Posterior identificación, disección, aislamiento y tratamiento del contenido del saco. Invaginación del saco con o jareta o con resección alta del mismo.^(1,2) se identifican el tendón conjunto y el ligamento de Cooper. Se prepara la malla de polipropileno a demanda, cortando los extremos, y se fija al ligamento de Cooper, ligamento inguinal y sínfisis del pubis con 3 a 5 puntos separados con prolene 0 o I. Se calibra el anillo inguinal interno con 3 o 4 puntos separados con prolene 2-0.

Bassini⁽²⁾ revolucionó el tratamiento de las hernias con la operación que probó ser la base de las modernas hernioplastias. Consistía en la resección del cremáster, apertura de la fascia transversalis desde el orificio profundo hasta la espina del pubis y la construcción de un nuevo piso del canal inguinal, suturando el tendón conjunto a la cintilla iliopubiana y la arcada. Cerraba la aponeurosis del oblicuo mayor encima del cordón, como en su posición original. Usaba sutura de seda para los planos profundos⁽²⁾.

Rutkow-Robbins comenzó a utilizar los tapones de material protésico tipo polipropileno, pero fijaban el cono con suturas alrededor del orificio inguinal interno e igual utilizaban luego una cubierta de material protésico sin suturas sobre el piso del conducto inguinal, adoptaron este tipo de procedimiento para todas las variables de hernia inguinal, primarias y recurrentes e incluso para las femorales.

Los mecanismos que intervienen en la recidiva de una hernia, son: excesiva tensión en la línea de sutura, elevaciones repetidas de la presión intraabdominal, alteraciones del colágeno, alteraciones en la calidad de los tejidos, el estado nutricional del paciente, enfermedades asociadas, factores locales, y la técnica quirúrgica.

Las hernias inguinales recurrentes tienen complicaciones similares a las hernias comunes, sin embargo, su reparación resulta difícil y peligrosa. Si un paciente es sometido a una operación como tratamiento de hernia recurrente, tendrá desde un 19 – 39 % de probabilidades de desarrollar una nueva recidiva, y este riesgo

aumentará con cada nuevo procedimiento^(2,3). Por lo tanto, la deformidad anatómica generada en cada nuevo intento de reparación aumentará, en gran medida, las complicaciones propias de la intervención quirúrgica⁽⁶⁾. Por tal motivo, se planteó como objetivo, analizar la prevalencia de recidivas en pacientes operados de hernias inguinales en el Hospital Universitario de Caracas en el período comprendido entre 2015-2020.

Hernia inguinal recidivada: La introducción de los materiales protésicos en la reparación de hernias inguinales primarias, ha supuesto el mayor avance desde la descripción de la técnica Bassini. Los índices de recidiva con estas nuevas técnicas, han disminuido considerablemente a cifras no superiores al 1 %. Cerca del 10-15% de las hernias inguinales primarias recidivan (llegando hasta un 30 %). Precisan de un enfoque individualizado y es difícil establecer un consenso respecto a su tratamiento, acceso quirúrgico y opciones técnicas; aunque siguen siendo una causa frecuente de morbimortalidad.⁽¹⁵⁾

Las recurrencias en centros especializados pueden alcanzar un 5 %, y 30% en centros no especializados; incrementándose con cada nueva reparación. La hernia inguinal recidivada es aquella que se desarrolla en la región inguinal previamente sometida a una herniorrafia. Esto ocurre por un fracaso de la reparación herniaria anterior o por el desarrollo de una hernia nueva en la región.⁽¹⁵⁾

Los factores de riesgo descritos para la recurrencia de las hernias inguinales se han clasificado como factores endógenos relaciones al paciente, factores de riesgo locales, factores exógenos relacionados al paciente, factores de riesgo relacionados a la técnica.⁽¹⁵⁾

Patogenia de la hernia recidivada:

Factores dependientes del cirujano.⁽⁴⁾

a. Formación del cirujano: la cirugía de las hernias de la región inguinofemoral se ha considerado sencilla y se utiliza para que los cirujanos en formación entren en contacto con la cirugía. Una adecuada formación de los residentes en cirugía, a cargo de cirujanos expertos en pared abdominal, es una importante condición para prevenir las recidivas herniarias.

b. Especialización en cirugía herniaria

c. Conocimiento de la anatomía de la región

d. Anatomía patológica de las hernias inguinales

e. Atención y dedicación a cada herniorrafia

Factores dependientes de la técnica quirúrgica: Una revisión efectuada por Shulman en 1995 en 22.300 pacientes intervenidos con la técnica de Linchtenstein, por cirujanos sin un interés especial en la cirugía herniaria, comprobó que habían tenido resultados casi tan espectaculares como los de cirujanos especialistas, cercanos al 0,1%. Diferentes autores dan recidivas del orden del 1% tras la hernioplastia de Linchtenstein.⁽⁴⁾

Factores predisponentes provenientes del paciente: Se ha evidenciado mayor tendencia a las recidivas en paciente obesos en comparación a pacientes con un Índice de Masa Corporal < 30, en resultados de reparación de las hernias inguinales recidivadas. Cada centro e incluso cada cirujano tiene una orientación precisa hacia una vía de abordaje y una técnica, lo que hace difícil comparar sus resultados con los de otros centros o cirujanos que se han especializado en otra técnica. Se puede afirmar lo siguiente:

- I. Los resultados utilizando una prótesis siempre son mejores a los de las técnicas herniorráficas y debe ser ya casi obligatorio su uso en las hernias recurrentes;
- II. La vía anterior se asocia a mayores complicaciones locales (sobre todo lesiones del cordón, hematomas y recurrencias;
- III. La vía preperitoneal es la que ofrece la menor tasa de recurrencias;
- IV. El acceso laparoscópico TEP es el que se asocia a una mínima morbilidad y ofrece mejor bienestar y calidad de vida al paciente.

La hernioplastia con tapón tipo Linchtenstein puede resolver cerca del 60% de todas las intervenciones realizadas por hernia recurrente, al ser muchos de los defectos diverticulares y púbicos. Cuando se conoce el espacio preperitoneal adecuadamente, se debe recomendar esta vía y se aconseja siempre la técnica laparoscópica extraperitoneal (TEP); además de por facilitar un mayor campo de trabajo para explorar todos los defectos posibles de ambos lados sin la morbilidad e incomodidad de la cirugía abierta, porque se adapta mejor a las nuevas fórmulas de cirugía mayor ambulatoria sin ingreso con una alta calidad para el paciente. La malla más adecuada es la de polipropileno.⁽⁴⁾

En la cirugía laparoscópica, se recomienda la malla tridimensional autoexpandible por su configuración espacial. En las hernias multirrecidivadas, se debe consultar con una unidad de cirugía de pared abdominal y hernias donde puedan darle al paciente una solución individualizada con gran experiencia; esta será la única forma de mejorar los resultados y poder compararlos con los de otros centros con reconocido prestigio internacional.⁽⁴⁾

La presente investigación se propone como objetivo fundamental analizar la prevalencia de recidivas de hernias inguinales en pacientes tratados quirúrgicamente en el Departamento de Cirugía General, Cátedras Clínicas y Terapéuticas A, B, C y D del Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Caracas, durante el período 2015-2020.

Se realizó este trabajo, con la aprobación por parte del comité de ética del Hospital Universitario de Caracas (HUC), con fecha 10 de febrero de 2022.

METODOS

Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo, y analítico; realizando una caracterización de la morbilidad de los pacientes con hernias recidivadas del Hospital Universitario de Caracas del Departamento de Cirugía General, Cátedras Clínicas y Terapéuticas A, B, C y D en el periodo comprendido del 2015-2020. Para la recolección de la data, se utilizó como fuente las historias médicas y morbilidad de los pacientes con diagnóstico de hernia recidivada que se llevan en el Hospital Universitario de Caracas.

La población estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de hernias inguinales que acudieron al Hospital Universitario de Caracas, Departamento de Cirugía General, Cátedras y Terapéuticas A, B, C y D del Hospital Universitario de Caracas. Periodo comprendido del 2015-2020. Representada por 120 casos. Con ellas, se realizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional, con una muestra conformada por 52 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal recidivada del servicio de Cirugía General en los tiempos establecidos previamente y cumplan con los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hernias inguinales que acudieron al Hospital Universitario de Caracas entre años 2015 y 2020.
- Cualquier edad y sexo.
- Con antecedente de tratamiento quirúrgico de hernia inguinal.

De exclusión:

- Pacientes que ameritaron realización de ostomías.
- Factores de riesgos asociados.
- Pacientes intervenidos en otros centros de salud.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se observó 120 pacientes (100 %) intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de hernias inguinales en el periodo 2015-2020 del Departamento de Cirugía General, Cátedras y Terapéuticas A, B, C y D del HUC, de los cuales 52 pacientes presentaron hernias recidivadas (43 %) y 63 pacientes presentaron hernias no recidivadas (57 %). (Tabla N°1)

TABLA N°1

Números de casos e incidencia de pacientes con hernias inguinales tratados en el Departamento de Cirugía General, Cátedras Clínicas y Terapéuticas A, B, C y D del HUC. Periodo 2015-2020

Hernias Inguinales	f	%
Recidivadas	52	43
No recidivadas	68	57
Total	120	100

Fuente: Historias clínicas del HUC

La técnica quirúrgica con más casos de hernias recidivadas, fue la de Bassini con 17 casos (14 %), seguida de Rutkow-Robbins con 12 casos (10 %), Linchtenstein con 11 casos (9 %), Gilbert con 6 casos (5 %), técnica asistida por robot con 3 casos (3%), Desarda con 2 casos (2%) y técnica asistida por laparoscopia con 1 caso (1%). (Tabla N°2)

TABLA N°2

Número de casos e incidencia de recidiva de hernias inguinales por técnica quirúrgica en el Departamento de Cirugía General, Cátedras Clínicas y Terapéuticas A, B, C y D del HUC. Periodo 2015-2020

Técnica quirúrgica	f	%
Linchtenstein	11	9
Rutkow-Robbins	12	10
Técnica asistida por robot	3	3
Técnica laparoscópica	1	1
Bassini	17	14
Desarda	2	2
Gilbert	6	5
Total	120	100

Fuente: Historias clínicas del HUC

Se observó, un tiempo de recidiva menor al año de la intervención quirúrgica en 10 casos con las siguientes técnicas: 3 casos con las técnicas de Liechtenstein, Rutkow-Robbins y Bassini; y 1 caso en la técnica Desarda. Al año de la intervención quirúrgica en 22 casos: 3 casos en técnica de Liechtenstein y asistida por robot; 5 casos en la técnica de Rutkow-Robbins; 6 casos en la técnica Bassini; 4 casos en la técnica de Gilbert y 1 caso en la técnica Desarda. Recidiva a los 2 años en 7 casos: 4 casos por técnica de Bassini; 2 casos por técnica de Liechtenstein; 1 caso por técnica de Rutkow-Robbins. Recidiva a los 3 años, 5 casos: 2 casos con técnica de Linchtenstein y 1 caso con las técnicas de Rutkow-Robbins, Técnica laparoscópica y Bassini. Recidiva a los 4 años, se observan 8 casos: 3 casos con técnica de Bassini, 2 casos con la técnica de Gilbert y Rutkow-Robbins

y 1 caso con la técnica Liechtenstein. No se evidencia recidiva a los 5 años con ninguna de las técnicas. (Tabla N°3)

TABLA N°3
 Tiempo de Recidiva de Hernias inguinales por técnica quirúrgica en el Departamento de Cirugía General, Cátedras Clínicas y Terapéuticas A, B, C y D del HUC. Periodo 2015-2020

Técnica quirúrgica	Menor a 1 año	1 años	2 años	3 años	4 años	5 años	Total de casos
Linchtenstein	3	3	2	2	1		11
Rutkow-Robbins	3	5	1	1	2		12
Técnica asistida por robot		3					3
Técnica laparoscópica				1			1
Bassini	3	6	4	1	3		17
Desarda	1	1					2
Gilbert		4			2		6
Total	10	22	7	5	8		52

Fuente: Historias clínicas del HUC

La Cátedra Clínica y Terapéutica “A” y “B” del Departamento de Cirugía General presento 16 pacientes con hernias recidivadas, contribuyendo al 13.2 %. La Cátedra Clínica y Terapéutica “C” obtuvo 12 casos, lo que equivale el 9.9 %; por su parte, la Cátedra Clínica y Terapéutica “D” presentó 8 hernias recidivadas, es decir, 6.8 %. (Tabla N°4)

TABLA N°4
 N° de casos y porcentaje de hernias inguinales recidivada por Cátedras Clínicas y Terapéuticas A B C y D del Departamento de Cirugía General del HUC Periodo 20152020

Servicio de Cirugía General	f	%
Cátedra Clínica y Terapéutica "A"	16	13.2
Cátedra Clínica y Terapéutica "B"	16	13.2
Cátedra Clínica y Terapéutica "C"	12	9.9
Cátedra Clínica y Terapéutica "D"	8	6.8
Total	52	43.0

Fuente: Historias clínicas del HUC

La técnica quirúrgica con mayor incidencia de hernias recidivadas de la Cátedra Clínica y Terapéutica “A”, fue la de Linchtenstein con 4.9 % de los casos, seguida de la Rutkow-Robbins con 4.1 % de los casos, Bassini con 3.1 % de los casos; para un total de 16 casos. En la Cátedra Clínica y Terapéutica “B”, la técnica con mayor incidencia fue la de Bassini con un 7.4% de los casos, seguida de la Rutkow-Robbins con un 3.3% de los casos, Gilbert con 1.6 % de los casos y Linchtenstein 0.8 % de los casos; para un total de 16 casos. (Tabla N°5 y 6)

TABLA N°5
 Número de casos e Incidencia de hernias recidivadas de la Cátedra Clínica y
 Terapéutica “A” del Departamento de Cirugía General del HUC. Periodo 2015-2020

Técnica quirúrgica	f	%
Linchtenstein	6	4.9
Rutkow-Robbins	5	4.1
Técnica asistida por robot	0	0.0
Técnica laparoscópica	1	1.0
Bassini	4	3.2
Desarda	0	0.0
Gilbert	0	0.0
Total	16	13.2

Fuente: Historias clínicas del HUC

TABLA N°6
 Número de casos e Incidencia de hernias recidivadas de la Cátedra Clínica y
 Terapéutica “B” del Departamento de Cirugía General del HUC. Periodo 2015-2020

Técnica quirúrgica	f	%
Linchtenstein	1	0.8
Rutkow-Robbins	4	3.3
Técnica asistida por robot	0	0.0
Técnica laparoscópica	0	0.0
Bassini	9	7.4
Desarda	0	0.0
Gilbert	2	1.6
Total	16	13.1

Fuente: Historias clínicas de HUC

La técnica quirúrgica con mayor incidencia de hernias recidivadas de la Cátedra Clínica y Terapéutica “C”, fue la asistida por Robot representando un 2.5 % de los casos , seguida de Bassini con un 2.5 % de los casos , y Gilbert , Rutkow-Robbins y Linchtenstein con 1.6 % de los casos ; para un total de 12 casos, mientras que la Cátedra Clínica y Terapéutica “D”, se demostró que técnica de Bassini, Linchtenstein y Desarda presentan 1.7 % de los casos de recidiva , seguidas de Gilbert y Rutkow-Robbins con el 0.8 % de los casos; para un total de 12 casos. (Tabla N°7 y 8)

TABLA N°7
 Número de casos e Incidencia de hernias recidivadas de la Cátedra Clínica y
 Terapéutica “C” del Departamento de Cirugía General del HUC. Periodo 2015-2020

Técnica quirúrgica	f	%
Linchtenstein	2	1.6
Rutkow-Robbins	2	1.6
Técnica asistida por robot	3	2.5
Técnica laparoscópica	0	0.0
Bassini	3	2.5
Desarda	0	0.0
Gilbert	2	1.6
Total	12	9.9

Fuente: Historias Clínicas del HUC

TABLA N°8
 Número de casos e Incidencia de hernias recidivadas de la Cátedra Clínica y
 Terapéutica “D” del Departamento de Cirugía General del HUC. Periodo 2015-2020

Técnica quirúrgica	f	%
Linchtenstein	2	1.7
Rutkow-Robbins	1	0.8
Técnica asistida por robot	0	0.0
Técnica laparoscópica	0	0.0
Bassini	2	1.7
Desarda	2	1.7
Gilbert	1	0.8
Total	8	6.8

Fuente: Historias clínicas del HUC

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, la recidiva de hernias inguinales del HUC se asemeja a lo descrito en la literatura. En la técnica de Linchtenstein presento una recidiva aproximada entre las Cátedras Terapéuticas A, B, C y D del Departamento de Cirugía General es de un 0.8 - 4.6%, al compararlo con el estudio de Benítez et.al⁽²³⁾, en el año 2002, el cual presentó una recidiva de 2,7% de esta técnica, mientras que en el estudio realizado por Reyes et al⁽²³⁾; en el 2002 se obtuvo de recidiva por esta técnica solo 0.5 % .

La técnica de Rutkow-Robbins demostró una recidiva entre un 0.8 – 4.1%, sin embargo, múltiples estudios multicéntricos han demostrado esta complicación en 1-2% con esta técnica. En un estudio realizado en el 2009 por Luque A., et al⁽²³⁾ donde evaluaron a 102 pacientes, no evidenciaron recidiva al utilizar esta técnica quirúrgica. Con la técnica de Gilbert, se observó por su parte una recurrencia entre 0.8-1.6%, en comparación al trabajo propuesto por Minian I., et al⁽²³⁾ en un estudio realizado en el año 2000, donde evidencio una recidiva de 0.8% de esa técnica en el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales.

La técnica de Bassini mostró un 1.7-7.4% de recidiva, en comparación a los diferentes estudios multicéntricos el cual señalan que la misma oscila aproximadamente en un 2%, un estudio multicéntrico austriaco propuesto por Pokorny H, et al. 2008, revelo una recidiva de 3.4% de esta técnica ⁽²⁴⁾.

En la técnica Desarda se comprobó un porcentaje de recidiva de 1.7% en nuestro estudio. Otros autores como Szopinski J. et al⁽²⁵⁾, publicaron sus resultados en un estudio comparativo entre la técnica de Desarda vs la técnica de Linchtenstein, donde se operaron 208 pacientes: 105 pacientes en el grupo Desarda y 103 en el grupo Lichtenstein, reportando 1,9 % de recidivas para ambos grupos (2 pacientes) durante 3 años de seguimiento. No hubo diferencia significativa entre ambos grupos⁽²⁵⁾.

La técnica laparoscópica y asistida por robot para el tratamiento quirúrgico de hernias inguinales presentaron recidivas entre 4-6% en un trabajo prospectivo realizado por Neumayer y et al⁽²⁶⁾. en el año 2004, donde comparan la técnica laparoscópica con la técnica de Linchtenstein, con más de 800 pacientes enlistados en cada grupo y un seguimiento de tres años. En nuestro trabajo evidenciamos una recidiva de 2.5 % de estas técnicas, siendo de esta forma semejante a los estudios internacionales. Por otra parte, se evidencio que, en todos estos diversos estudios, las recidivas de hernias inguinales son más frecuentes su aparición entre los 3-5 años posterior al tratamiento; en este estudio, la prevalencia fue mayor al año de la primera intervención quirúrgica⁽²⁶⁾.

CONCLUSIONES

1. Se observó que las técnicas quirúrgicas con más casos de hernias recidivadas en el periodo de estudio fueron: La técnica quirúrgica de Bassini, Rutkow-Robbins y Linchtenstein.
2. El tiempo de recidiva posterior a la primera intervención quirúrgica, fue mayor al año de la primera intervención quirúrgica.
3. La técnica quirúrgica de Gilbert, represento un 0.8 % de recidiva, mientras que la técnica quirúrgica asistida por Robot y laparoscópica un 2.5 % y Desarda un 1.7 % de recidiva.

REFERENCIAS

1. Rico A, Blázquez L, Sebastián JL, Montón S, Otegi I, Docio G. La técnica de Nyhus en la reparación de las hernias inguinales recidivadas: análisis de una serie de 203 pacientes. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(1):19-24
2. Castillo Ramos, D. A. Factores de riesgos sistémicos asociados a hernia inguinal recidivada en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2015–2019. Universidad de Valladolid. España. 2020
3. Solís, J; Leal, G y Guadarrama, E. Comparación de las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con y sin recidiva de hernias inguinales operados en el Centro Médico Naval. *Cir. cir.* [online]. 2022, vol.90, n.6 [citado 2023-01-14], pp.789-795.
4. Gerónimo, J. H. D. (2019). Recurrencia de las hernias inguinales en el hospital regional de Zacapa. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 3(1), 75-84.
5. Fonseca, S, Fernando, K; Lorenzo, M, Andrés, V, Yaima, S y Llopiz, R. Factores de riesgo asociados a la hernia inguinal recurrente en el adulto mayor. *Rev. cir.* [online]. 2019, vol.71, n.1 [citado 2023-01-14], pp.61-65.
6. Zamora R, Mantuano Y, Reyes S. Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con hernia inguinal. *Dominio de las Ciencias*. 2021, 7(4), 236-256.
7. Carías, D, Morales, A. Recurrencia de hernias inguinales en el Hospital de Chiquimula. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 2019, 3(1): 65-73
8. Pardo L. Factores de riesgo relacionados a hernia inguinal recurrente. Hospital Santa Rosa. Universidad Cesar Vallejo, Trujillo. Perú. 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/88403>
9. Coronel L, Posligua F. La obesidad como principal factor de riesgo en recidivas de hernia inguinal en pacientes mayores de 35 años, periodo comprendido entre junio 2017 a julio 2019 en el Hospital Básico Durán. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil 2020. URI : <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/14890>

10. Giraldez S, Jharmila I. Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes operados de hernia inguinal no complicada en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa 2017-2018. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Perú. 2019. Disponible en URI: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8231>
11. Vera. O, Duarte. D, Ferreira. M. Efficiency of the pre-peritoneal transabdominal videolaparoscopic hernioplasty and Lichtenstein-type open hernioplasty at the National Hospital of Itauguá. *Cirugía paraguaya*, 2019; 43(2): 7.
12. Salgado D, Sánchez E, Sotelo Y. Manejo de las hernias de la pared abdominal y sus complicaciones en pacientes ingresados en el departamento de cirugía general del HEOBRA, 2019-2020". Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León 2022. Tesis .disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9312>
13. Galindo. F, et al : Hernioplastia abierta inguinal con malla. Técnica de Lichtenstein. En: Enciclopedia Cirugía Digestiva, www.sacd.org.ar 2018, Tomo I-132: pág. 1-18.
14. Rico A, Blázquez L, Sebastián JL, Montón S, Otegi I, Docio G. La técnica de Nyhus en la reparación de las hernias inguinales recidivadas: análisis de una serie de 203 pacientes. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(1):19-24.
15. Biurrún J, Olmedo B., Picón H, Palencia D. Hernioplastias inguinales transabdominal Preperitoneal: análisis de una serie de casos. *Me [Internet]*. 28 de marzo de 2018 [citado 13 de junio de 2022];3(1). Disponible en: <http://methodo.ucc.edu.ar/index.php/methodo/article/view/63>
16. Pintos. P, Benítez. M, Daiub. A, Daiub. G (2021). Hernioplastia inguinal con técnica de liechtenstein: índice de recidivas, seguimiento a 36 meses en el servicio de cirugía general del hospital regional de Pilar. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(4), 5023-5032. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i4.673
17. Abularach. R, Puche. J; Eguis. L. Utilidad de la técnica de Nyhus con malla en el abordaje posterior de hernias inguinales Multirecidivadas. Hospital de trauma y emergencias Dr. Federico Abete. Malvinas Argentinas. 2020.
18. Cardozo A, Hernando R, Verdecchia C, Fretes A, Caballero A , Aguilera P: Complicaciones de la hernioplastia inguinal con la técnica de Lichtenstein en el Servicio de Cirugía general del Hospital Militar Central de las FF AA. Periodo 2018 a 2019. *Cir. parag. [online]*. 2021, vol.45, n.1 [citado 2023-01-12], pp.6-8.
19. Peñafiel C, Toral, E. Prevalencia y factores asociados a complicaciones poshernioplastia inguinal, Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, 2018-2019. 2020.
20. Martínez J. Factores de riesgo en hernia inguinal recurrente, en pacientes sometidos a cirugía reparadora, Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca, Enero 2017-Diciembre 2018. Nicaragua 2019. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/11367/1/100393.pdf>.
21. Urtecho D, Kathrin J. Recidiva de hernia inguinal asociada a la técnica de Lichtenstein versus la técnica de Nyhus en post operados de plastía inguinal abierta, en un período de 5 años, en dos hospitales de la red Essalud Trujillo. 2011-2012. Trujillo, Perú 2019. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12875>
22. Carrillo C, Sugeih M. Complicaciones a 5 años post técnicas quirúrgicas de hernias inguinales Hospital II EsSalud Jorge Reategui Delgado 2013-2018. Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO. Trujillo. Perú 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/635>
23. Luque A, Urdaneta J. Técnica de Rutkow y Robbins (tapón y parche) para la reparación de hernias inguinales. Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo IVSS San Francisco, Estado Zulia, Venezuela. *Colomb. Med. [online]*. 2009, vol.40, n.3, pp.300-306. ISSN 1657-9534.
24. Pokorny H, Klingler A, Schmid T, Fortelny R. y col.: Recurrence and complications after laparoscopic versus open inguinal hernia repair: results of a prospective randomized multicenter trial. *Hernia* 2008; 12: 385-389.
25. Szopinski J, Dabrowiecki S, Pierscinski S, Jaworski M, Szuflet Z. Desarda versus Lichtenstein technique for primary inguinal hernia treatment: 3-year results of a randomized clinical trial. *World J Surg* 2012 36: 984–992.
26. Galindo F. Hernioplastia abierta inguinal con malla. Técnica de Lichtenstein. En: Enciclopedia Cirugía Digestiva, www.sacd.org.ar 2018, Tomo I-132: pág. 1-18.