

11209

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
"LA RAZA"

UTILIDAD DE LA APLICACION DE LA PROTESIS DE POLIPROPILENO CON CORTE CIRCULAR EN LA REPARACION DE HERNIAS INGUINALES.

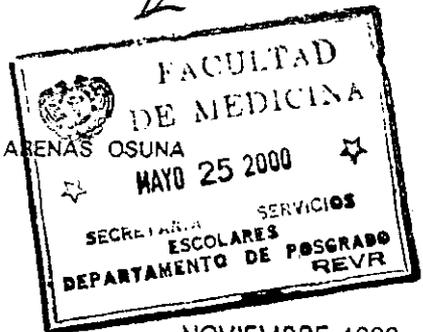
T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL PRESENTA:

DR. MANUEL ARANDA SOTO

279114

ASESOR: JESUS ARENAS OSUNA



IMSS

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI ESPOSA ADORADA VERONICA

A MI QUERIDO HIJO MANUEL

Y

MIS PADRES.

TESIS PARA EL GRADO DE ESPECIALISTA

UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE LA PROTESIS DE POLIPROPILENO CON
CORTE CIRCULAR EN LA REPARACION DE HERNIAS INGUINALES.

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN.

CIRUGIA GENERAL

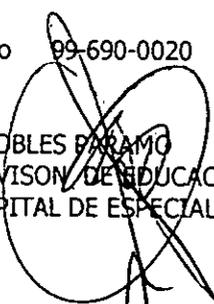
PRESENTA

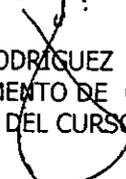
DR. MANUEL ARANDA SOTO

ASESOR. DR JESUS ARENAS OSUNA

UTILIDAD DE LA APLIACION DE LA PROTESIS DE POLIPROPILENO CON CORTE CIRCULAR EN LA REPARACION DE HERNIAS INGUINALES.

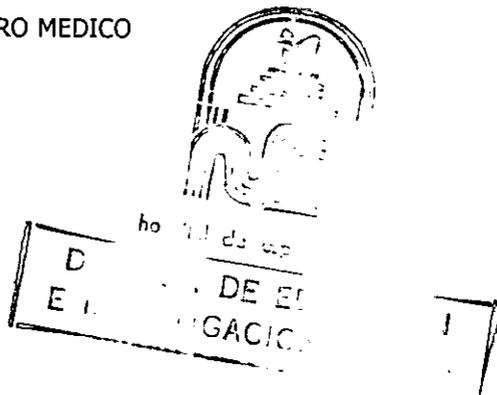
No. De registro 99-690-0020


DR ARTURO ROBLES PARAMO
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICAS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
LA RAZA.


DR. JOSE FENING RODRIGUEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION


DR. MANUEL ARANDA SOTO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
LA RAZA.



RESUMEN

TÍTULO: Utilidad de la aplicación de la prótesis de polipropileno con corte circular en la reparación de hernia inguinal.

OBJETIVO: Determinar la utilidad de la aplicación de malla de polipropileno con corte circular de 2 centímetros para el paso del cordón espermático mediante la técnica de lichtenstein.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de casos y controles en el hospital de especialidades Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Los pacientes con hernia inguinal se agruparon aleatoriamente en 2 grupos. Al grupo A se le colocó malla de polipropileno con corte circular de dos centímetros (modificación a la técnica de Lichtenstein), al grupo B la malla se colocó con la técnica original de Lichtenstein. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes, tiempo de evolución, tipo de hernia, hallazgos operatorios, tiempo quirúrgico, complicaciones transoperatorias, duración del dolor postoperatorio, suspensión de analgésicos, estancia hospitalaria, complicaciones tempranas y recidiva.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva y *t* de Student. Donde los valores dentro de $p < 0.05$ fueron considerados significativos.

RESULTADOS: Se realizó plastia inguinal a 62 pacientes, el grupo A se integró con 32 sujetos(52%), 18 (29%) mujeres y 14(22%) hombres, la edad promedio fue de 37años. Todas las hernias fueron primarias; la duración del procedimiento quirúrgico fue de 25 minutos. Todos los pacientes se incluyeron en el programa de cirugía de corta estancia e iniciaron sus actividades 5 días después de la cirugía. El dolor desapareció en 72horas. No se presentaron complicaciones transoperatorias ni tempranas.

El grupo B se formó con 30(48%) pacientes; de ellos, 15 (24%) fueron del sexo masculino y 15(24%) femenino. La edad promedio fue de 40 años, 29(47%) presentaron hernia primarias y uno con hernia recidivante (2%). El tiempo quirúrgico fue de 28 minutos. Se incorporaron a sus actividades normales a partir del quinto día de la cirugía. La estancia hospitalaria fue menor de 24hrs. La desaparición del dolor y la suspensión de analgésico se observó en 72 horas. Sólo un paciente (2%) desarrolló un seroma.

Todos los pacientes presentaron una evolución de su padecimiento de un año.

CONCLUSIONES: La aplicación de la malla de polipropileno con corte circular de dos centímetros como modificación de la Técnica de Lichtenstein, no influyó significativamente en el desarrollo de complicaciones tempranas ni en la recidiva de la hernia.

PALABRAS CLAVE: hernia inguinal, Lichtenstein, complicaciones tempranas, corte circular, recidiva

SUMMARY

TITLE: Utility of the application of the polipropileno prótesis with court to circulate in the repair of hernia inguinal.

OBJECTIVE: To determine the utility, evolution, early complications of the plastia with mesh with the modified technique of Lichtenstein, with court to circulate of 2cm for the step of the spermatic cord.

MATERIAL AND METHODS: We was carried out a study of cases and controls in The medical Center of specialties La Raza of Instituto Mexicano from Seguro Social.. 62 patients were analyzed with hernia inguinal and they grouped aleatory in 2 groups. The group A with court to circulate to the mesh (modification to the technique of Lichtenstein), and the group B with the original technique of Lichtenstein. The following variables were analyzed: age, sex, antecedents, time of evolution, hernia type, operative discoveries, surgical time, complications transoperatorias, duration of the postoperative pain, suspension of analgesic, cause of hospital stay bigger than 24 hrs, early complications and early relapse. The statistical analysis one carries out by means of averages and t of Student. Where the values inside $p < 0.05$ were considered significant.

RESULTS:

The Group A technique with court to circulate. 32 patients were analyzed with an age 37 year-old average, 18 women and 14 men, with an evolution of 12 months. All the hernias that were primary. The surgical time on the average was of 25 minutes. All the patients were included in the program of surgery of short stay. The beginning of activities was of 5 days, the disappearance of the pain was of 3 days. There were not complications.

The group technical B of Lichtenstein without court to circulate. 30 patients were analyzed with an average of 40 year-old age, 15 men and 15 women, with a time of evolution of 12 months, 29 patients presented primary hernias (96.5%), a patient with hernia recidivante (3.4%). The surgical time was of 28 minutes. The hospital stay was smaller than 24hrs in all the patients. The beginning of activities was on the average of 5 days and the disappearance of the pain and the suspension of analgesic in 3 days. The only complication of the group was a seroma (3.3%).

CONCLUSIONS: The court application to circulate as modification of the Technique of Lichtenstein, it doesn't modify the early complications neither the evolution significantly from the subjected patients to surgery inguinal with mesh.

WORDS KEY: hernia inguinal, Lichtenstein, early complications, cut to circulate, relapse.

INTRODUCCIÓN

La reparación de la hernia inguinal es una de las operaciones que se practican desde épocas remotas, fué común que las realizaran los barberos y posteriormente desde hace dos siglos por los cirujanos generales en todo el mundo. En estados Unidos se registran aproximadamente 700 000 cirugía anualmente para corregir ésta patología. El porcentaje de recurrencia es del 10 al 15 por ciento. En la actualidad, la plastia inguinal ha adquirido reputación de alto grado de falla por recurrencia en la población general, de igual manera se asocia con un periodo lento de recuperación de 3 a 8 semanas. (1)

La plastia inguinal abierta sin tensión tipo Lichtenstein fue realizada por primera vez en 1984 por el Lichtenstein Hernia Institute. El método consiste en un reforzamiento completo del piso inguinal con una hoja de malla sintética con una adecuada interfase entre los tejidos y el piso inguinal así como la creación de un nuevo anillo inguinal interno.

El informe inicial de 1989 no reportó recurrencia por el grupo de Lichtenstein Institute, fue hasta 1991 cuando se comunicó su recurrencia, que se realizó una modificación a la técnica original (2)

La experiencia actual del Lichtenstein Institute es de 5360 hernias por esta técnica en el periodo de 1984 a 1996, se incorporan al programa de cirugía ambulatoria, requieren dosis mínimas de analgésicos, con un periodo de recuperación y de regreso a las actividades físicas habituales de dos a 14 días.

Un estudio multicéntrico de 70 cirujanos realizaron 22300 hernias por la técnica original de Lichtenstein mostró una recurrencia de 0.77% con un indicador de infección del 0.5 %. El dolor, el uso de analgésicos, las complicaciones fueron similares al grupo de Lichtenstein Institute. (3),

Las complicaciones reportadas fueron infección que no requirió de reintervención, ni retiro de la malla, seroma y hematoma las cuales fueron catalogadas como menores por su resolución en el consultorio, El porcentaje de las complicaciones menores es del 3% En la mayoría de los estudios multicéntricos y por el grupo original. La neuralgia postoperatoria, y la atrofia testicular solo se ha presentado dos pacientes por el Lichtenstein Institute. (2,3).

Se han presentado 4 recurrencias después de la modificación a la técnica en 1991, tres a nivel del tubérculo del pubis por falla de la sobreposición del hueso y la malla y otra por la disrupción total de la malla sobre el ligamento inguinal. (3).

La técnica de la operación descrita por el Lichtenstein Institute con la modificación propuesta en 1991 es la siguiente:

Una incisión de 5 centímetros aproximadamente, que se inicia en el tubérculo del pubis y se extiende lateralmente con las líneas de Langer dando buena exposición al tubérculo del pubis y el anillo interno, posteriormente la aponeurosis del oblicuo mayor es abierta y se localiza el cordón espermático, además de separar la aponeurosis del oblicuo mayor del menor con un margen de más de 3 cms del piso del canal inguinal creándose un espacio suficiente para sobreponer a este margen de 3 cms la malla sobre el oblicuo menor.

Antes de estos se disecciona el cordón espermático a partir de 2 cms del tubérculo púbico liberándolo del piso del canal inguinal sin daño de las estructuras vasculares del cordón.

Una vez diseccionado el cordón se debe incluir el nervio ilioinguinal, los vasos espermáticos y el nervio genital. Esta maniobra hace que el nervio genital, el cual siempre está en yuxtaposición con los vasos espermáticos externos, sea preservado. El corte o ligadura del nervio genital puede causar incapacidad por neuralgia prolongada. El nervio iliohipogástrico también debe preservarse. La resección de las fibras del cremáster es innecesaria, ya que puede causar lesiones nerviosas, de vasos y del conducto deferente.

El saco de la hernia indirecta debe ser liberado del cordón más allá del cuello del saco e invertido al interior del abdomen sin ligar. Debido a la presión mecánica y a los cambios isquémicos, la ligadura de un saco peritoneal muy innervado es la mayor causa de dolor postoperatorio. Se ha demostrado que la no-ligadura del saco de una hernia indirecta no incrementa la recurrencia(7).

Para disminuir el riesgo de orquitis isquémica en una hernia inguinoescrotal el saco puede ser cortado en el punto medio del canal inguinal, dejando la porción distal en su lugar.

En caso de hernia directa, si es grande el saco puede ser invertido por medio de sutura absorbible. Una minuciosa exploración del piso es necesaria ya que pueden coexistir hernias intersticiales o femorales. El anillo femoral puede ser explorado por una pequeña apertura del piso del canal inguinal.

Se emplea una hoja de 8 x 6cm de malla. Los autores prefieren mallas monofilamento de polipropileno, porque su superficie promueve la fibroplasia y su estructura monofilamentosa no perpetúa la infección ni la promueve. La porción medial de la malla es colocada en el vértice del canal inguinal. Con el cordón retraído hacia arriba, el borde del ángulo es suturado con material no absorbible monofilamento al tejido aponeurótico del hueso púbico cubriéndolo a este por 1 a 1.5 cms.

Este paso es crucial en la reparación porque la falla puede producir recurrencia. Se realiza la sutura del parche inferior al ligamento inguinal hasta un punto lateral al anillo interno.

Si existe una hernia femoral concurrente, la malla debe ser suturada también al ligamento de Cooper por 1 a 2 cms para cerrar el orificio femoral.

Se realizan dos tiras por corte de la porción lateral de la malla, una ancha de dos tercios del diámetro superior y la inferior de un tercio del diámetro. La tira ancha se pasa por abajo del cordón en dirección cefálica, quedando el cordón entre las dos tiras de la malla. Posteriormente la tira ancha superior es cruzada a la porción inferior del canal inguinal.

Con el cordón retraído a la porción inferior y la aponeurosis del oblicuo mayor retraída hacia arriba, el borde superior del parche de malla es suturada con dos puntos separados, uno a la vaina del recto y otro a la aponeurosis del oblicuo menor, justo lateral al anillo interno, el nervio iliohipogástrico debe estar fuera de la malla. Se emplea sutura no absorbible y se fijan en el borde inferior las dos tiras al ligamento inguinal justo lateral al punto de fijación previa. Esto crea un nuevo anillo inguinal interno hecho por el entrecruzamiento de las tiras de la malla similar a las fibras de la fascia transversalis.

El exceso de parche puede ser cortado pero debe existir al menos 5cm de malla a partir del anillo profundo. Al finalizar se cierra la aponeurosis del oblicuo mayor quedando el cordón por debajo de ésta (7). Ver ilustraciones.

Algunos autores han propuesto la modificación de la técnica de Lichtenstein durante el proceso de la formación del anillo inguinal profundo con la malla con la realización de un corte circular de 2 cms al final del corte de las tiras para el paso del cordón espermático lo cual previene complicaciones tempranas. (3)

MATERIAL Y METODO.

El objetivo del presente estudio es determinar la utilidad de la aplicación de la prótesis de polipropileno con corte circular en la reparación de la hernia inguinal, identificar las complicaciones tempranas más frecuentes, el porcentaje de recidiva, inicio de actividades y duración del dolor postoperatorio.

Diseño:

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, comparativo, descriptivo, observacional y abierto en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal ingresados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" del 1 de Enero de 1999 al dos de febrero del 2000.

Los pacientes se distribuyeron en forma aleatoria en dos grupos, al Grupo A se le aplicó malla de polipropileno con un corte circular de 2 centímetros de diámetro para el paso del cordón espermático y se colocó con la técnica de Lichstenstein. Al Grupo B se le colocó la malla de polipropileno con la técnica de Lichstenstein comunicada en 1991.

Todos los pacientes fueron citados a la consulta externa de cirugía general al séptimo día del postoperatorio y revisados cada dos meses hasta completar un año. Del expediente clínico se registraron los datos de edad, sexo, tiempo de evolución de la hernia inguinal, complicaciones transoperatorias y tempranas, duración del dolor postoperatorio, suspensión de analgésicos, estancia hospitalaria y día de reincorporación a sus actividades habituales.

Para evaluar la intensidad del dolor postoperatorio se empleó la escala de EVA en todos los sujetos.

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva y T de Student, donde los valores de $p < 0.05$ fueron considerados significativos.

RESULTADOS.

Durante 6 meses, se ingresaron al servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" 62 sujetos con diagnóstico de hernia inguinal; de ellos, 33(53%) fueron del sexo femenino y 29(47%) masculinos. La edad promedio que se observó fue de 38.5 años, con rango de 16 a 77 años. El tiempo de evolución de la hernia inguinal en promedio se registró de 12 meses, con rango de uno a 168 meses. Las hernias se clasificaron en primarias 61 (98%) y 1(2%) recidivante, 46(74%) simples y 16(26%) inguinoescrotales; 36(58%)directas y 26(42%) indirectas, 61(98%) unilaterales y 1(2%) bilateral.

El tiempo quirúrgico en ambos grupos fue en promedio de 26.5 minutos, con rango de 18 a 55 minutos. La estancia hospitalaria fue menor de 24 hrs en todos los casos. El inicio de actividades fue en promedio de 5 días para ambos grupos, con rango de 2 a 10 días.

La desaparición del dolor y suspensión de analgésicos fue en promedio de 3 días con un rango de 6 a 10 días.

La complicación temprana que se observó correspondió al desarrollo de un seroma en un paciente del grupo B, el que se resolvió médicamente.

En ambos grupos no se presentaron complicaciones mayores ni existió evidencia de recidiva hasta los 12 meses del seguimiento.

ANÁLISIS POR GRUPOS

GRUPO A

Plastia inguinal con colocación de malla de polipropileno con corte circular de dos centímetros de diámetro en la unión de ambas tiras laterales.

Se analizaron 32(52%) pacientes, correspondieron al sexo femenino 18(29%) y 14(22%) al masculino, la edad promedio de fue de 37 años -rango de 24-70 años-

Se clasificaron preoperatoriamente en los siguientes tipos clínicos:

Hernia simple en 26 (42%), Inguinoescrotales 6 (10%); bilaterales 1(2%), directas 19 (31%) e indirectas 13 (21%).

El tiempo quirúrgico fue en promedio 25 minutos -15 a 55 minutos- Se incorporaron a sus actividades laborales a partir del quinto día del postoperatorio, rango entre 2 a 10 días. Ver Gráfico 3.

La suspensión de analgésicos y el dolor se observó a partir del tercer día en promedio. Ver Gráfico 2.

No se registraron complicaciones transoperatorias ni tempranas. Durante su seguimiento no se detectó recidiva de la hernia inguinal.

Ver gráfico 1.

GRUPO B

Aplicación de malla de polipropileno con la técnica tradicional de Lichstenstein.

Se conjuntaron 30(48%) pacientes, 15 (24%) varones y 15(24%) hembras, con edad promedio de 40 años (rango de 16 a 77) .La evolución de la hernia fue de un mes hasta 168 meses.

La clasificación del tipo clínico de la hernia inguinal en 29 (47%) fue primaria, y solamente en un caso se trato de una recidiva(2%).

De la hernia inguinal primaria, la variedad simple se encontró en 19(31%) y la inguinoescrotal en 10 (16%). Fueron directas 17 (27%) e indirectas 13 (21%); en un caso se encontró bilateral (2%).

El tiempo quirúrgico empleado en la reparación de la hernia en promedio fué de 28 minutos (rango de18 a 38 minutos). La estancia hospitalaria fue menor de 24 hrs en todos los pacientes. Se incorporaron a sus actividades laborales a partir del quinto día – rango de 2 a 10 días. El síndrome doloroso desapareció en 3 días (rango de uno a 6 días). Se suspendieron analgésicos desde el tercer día.

Se presentó una complicación menor: un seroma, que se resolvió con medidas médicas (2%) $p < 0.05$

DISCUSIÓN.

El empleo de prótesis (malla) de polipropileno en la reparación de hernias inguinales es controversial; secundario a la posibilidad de desarrollar complicaciones como lo es el rechazo del material protésico o infección. (1).

Para la reparación de la hernia inguinal recidivante se ha utilizado la aplicación de prótesis (malla) fabricadas con diversos materiales: ácido poliglicólico, marlex, goretex, silicon, tela (organdi) etc. con el objeto de disminuir el riesgo de rechazo o infección.

Los reportes actuales del Instituto Lichtenstein y otros de estudios multicéntricos, comprenden 22,300 plastias con esta técnica y sólo han mostrado un índice de infección y un porcentaje de complicaciones menores del 0.5%; las que no requieren de reintervención o retiro de malla menor al 3% (2).

El 58% de nuestros pacientes presentaron Hernia Tipo IIIB y IV de la clasificación de Nyhus y requerían de la colocación de material protésico de polipropileno para la reparación de la hernia inguinal.(10).

En nuestro estudio observamos que la práctica del corte circular de dos centímetros de diámetro en la malla de polipropileno no influyo en el incremento del tiempo quirúrgico para realizar la reparación de la hernia inguinal el que se registró con una duración promedio de 25 minutos, similar a lo comunicado por otros autores (4,6).

Davies con una casuística menor que en el Instituto Lichtenstein, informó de un 10% de complicaciones menores como seromas, retención urinaria, hematoma y dolor testicular cifra significativamente mayor de lo encontrado en nuestra revisión. (7)

El regreso a las actividades laborales se ha informado desde el segundo al 14 día del postoperatorio por diversos autores (3,4,5), en nuestra serie se observó a partir del quinto día de la cirugía.

El síndrome doloroso con duración mayor de tres días se observa en el 10% de los pacientes postoperados con esta técnica tal y como lo han comunicado diversos autores (6,7,9) en nuestra serie éste hecho fue similar.

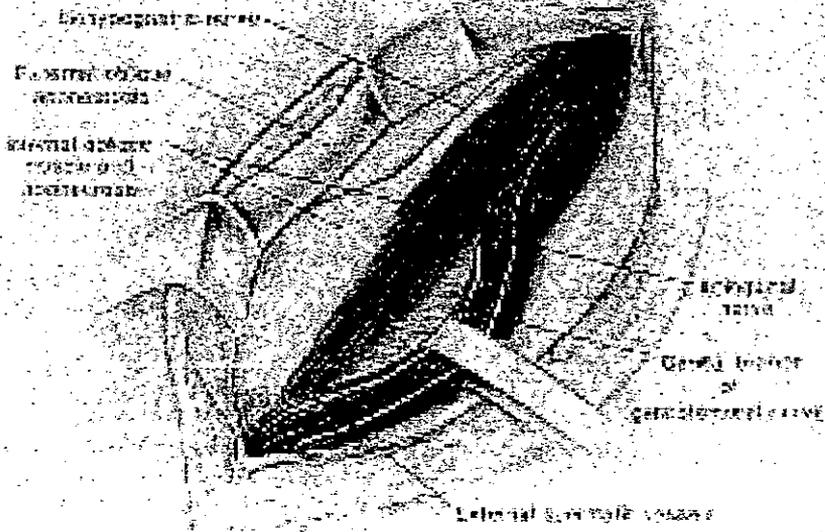
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSION

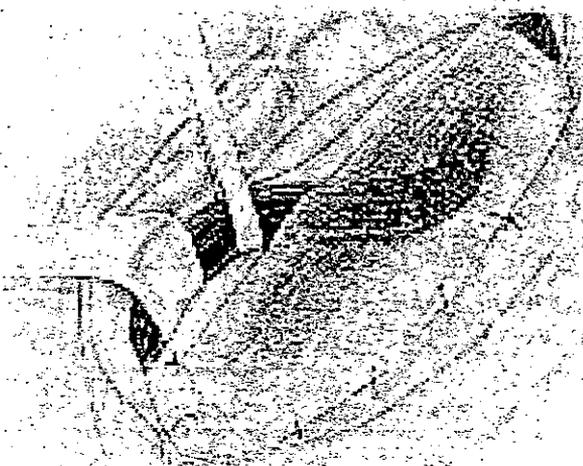
No encontramos diferencia estadística significativa con $p > 0.05$ entre el grupo A y el Grupo B con relación a la utilidad del corte circular de 2 centímetros de diámetro y su influencia para desarrollar un mayor número de complicaciones tempranas y/o transoperatorias.

Sugerimos un seguimiento de dos años para estos pacientes con el propósito de detectar la presencia de recidiva de la hernia inguinal.

El síndrome doloroso y la incorporación temprana a las actividades laborales es menor cuando se utiliza la técnica de Lichtenstein en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales que no requieren del empleo de malla de polipropileno.



ILUSTRACIONES



ILUSTRACIONES

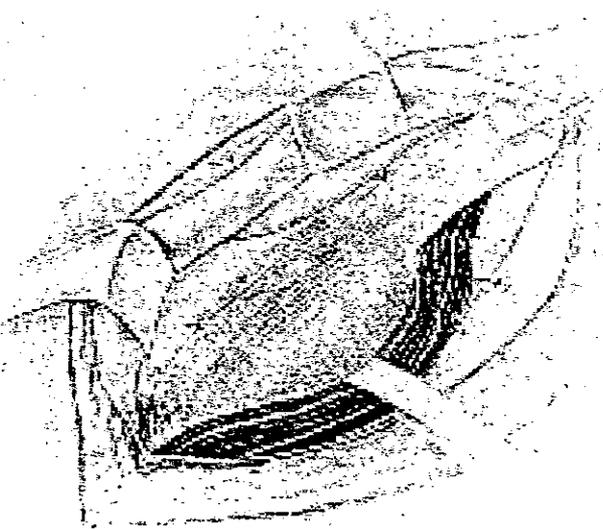


GRAFICO 1

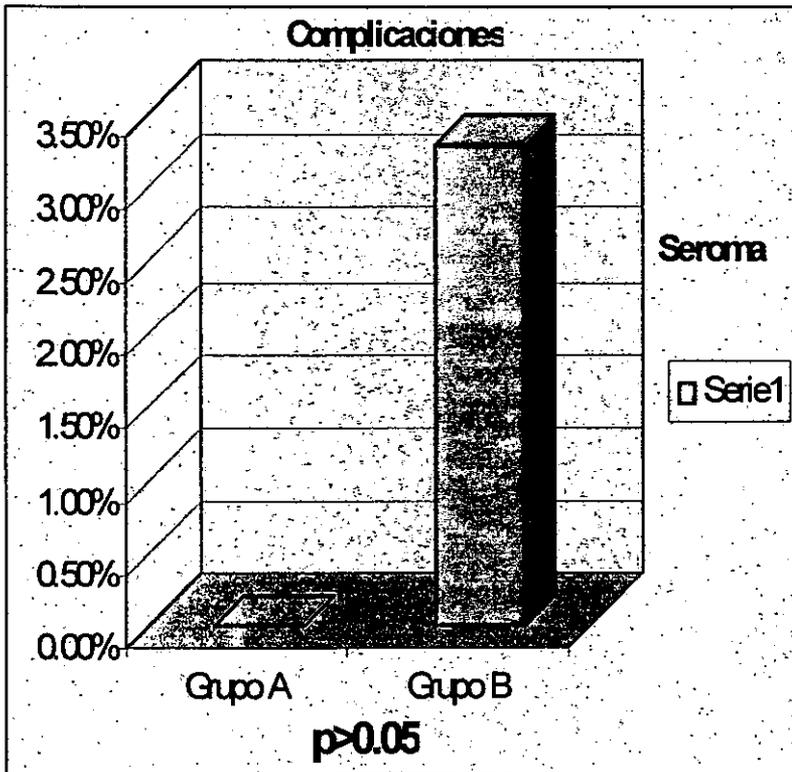


GRAFICO 2

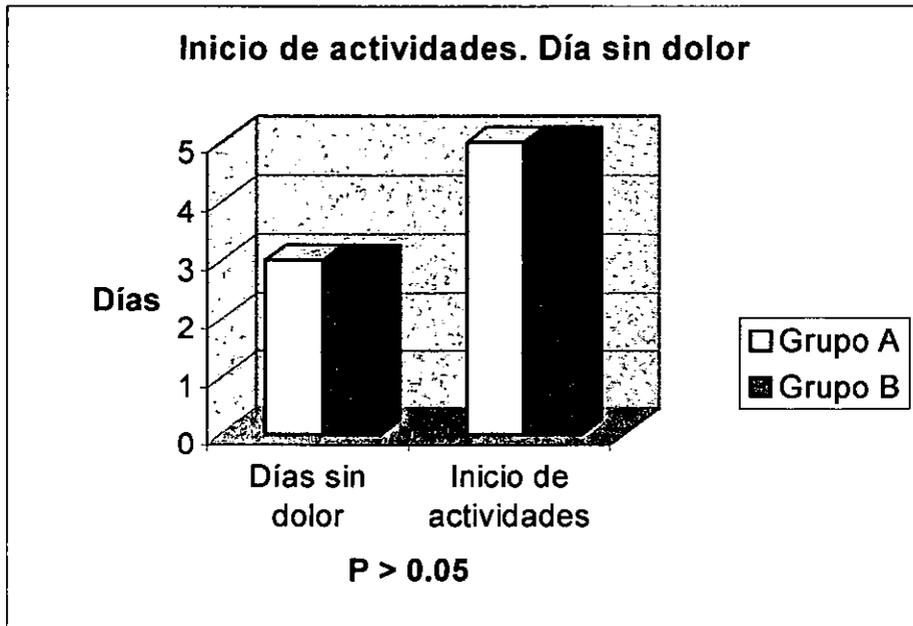
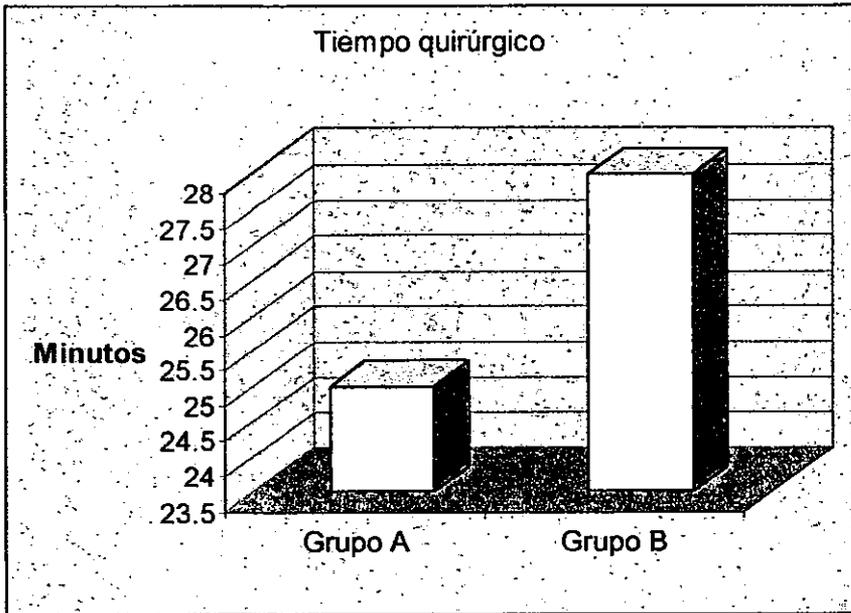


GRAFICO 3



BIBLIOGRAFIA.

1. Parviz, K. Amid, M. The Lichtenstein Tension Free Hernioplasty. Cir Gral 1998;(20) Suppl 17-20.
2. Sulman, Ag. Amid, M. Lichtenstein, IL. A Survey Of Non Expert Surgeon Using the Open Tension Free Mesh Repair Of Primary Inguinal Hernias. Int Surg 1995; 80:35-6.
3. Janu, Pg. Sellers, Kd. Magrante, Ec. Mesh Inguinal Herniorrhaphy. A Ten Years Review. Am Surg. 1997 .Dec 83(12):1085-9.
4. Parviz, K. Amid, M. Shulman, Ag. Irving, L. Lichtenstein, IL. Critical Scruting Of The Open Tension Free Hernioplasty. Am J Surg ,March 1993;165 :369-71.
5. Parviz, K. Amid, M. Alex, G. Sulman, Ag. Irving, L. Lichtenstein, IL. Local Anesthesia For Inguinal Hernia Repair. Step By Step Procedure. Ann Surg 1994 ;220(6): 735-37.
6. Parviz, K. Amid, M. Alex, G. Shulman, Ag. Irving, L. Lichtenstein, IL. Simultaneous Repair Of Bilateral Inguinal Hernia Under Local Anesthesia . Ann Surg 1996; 223(3):249-52.
7. Davies, W. Thomas , M. McIlroy, B. Kingnorth, M. Early Result With Lichtenstein Tension Free Hernia Repair. Brith J Surg 1994; 81: 1475-78.
8. Jeff, G. Turcker, M. Rusell, A. Wilson, M. Brucej. Ramshaw, D. Edward, M. Laparoscopic Herniorrhaphy: Tecnical Concens In Prevencion Of Complication Y Early Recurrence. Am Surg 1995 ; 61(1): 736-40.
9. Alex, G. Shulman, AG. Parviz, K. Amid, M. Irving, L. Lichtenstein, IL. Mesh Between The Oblicue Muscle Is Simple And Efective Open Hernioplasty. Am Surg 1996; 61(4): 326-27
10. Hay, Jm. Boudet, Jm. Fingerthunt, A. Pourcher, J. Hennes, E. Veyrieres, M. Sholdice Inguinal Hernia Repair In Male Adult. The Gold Standard?. Ann Surg 1995; 22(6): 719-27.