

11209

TITULO DEL ARTICULO.

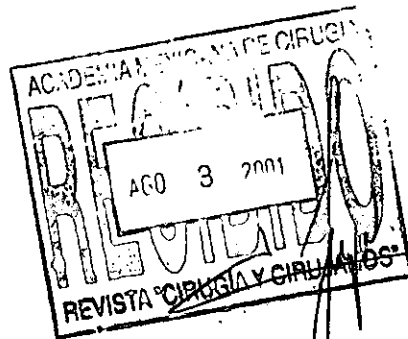
**PLASTIA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN: CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA.**

**REVISTA A LA QUE FUE ENVIADO: CIRUGIA Y CIRUJANOS.**

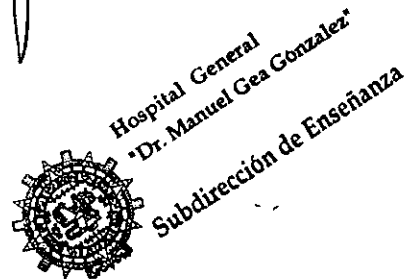
**Autor principal: Dr. Eduardo Reyes Pérez.**

**Residente de Cuarto año de la especialidad de Cirugía General.**

**Hospital General "Dr. Manuel Gea González".**



Asesor: Dr. Eduardo Cárdenas Lailson.  
Jefe de la División de Cirugía Experimental.  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González."





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**CARTA DE PRESENTACION.**

México D.F. a 02 de agosto del 2001.

**Titulo del artículo: Plastía inguinal tipo Lichtenstein: cinco años de experiencia.**

Los autores certifican que el trabajo mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado, también manifiestan que en caso de ser aceptado para su publicación en la revista: Cirugía y Cirujanos, los derechos de autor serán transferidos a la Academia Mexicana de Cirugía General.

Nombre y firma de los autores:

**Autores:** Reyes Pérez Eduardo

Amado de Jesús Athié Athié

Domínguez Jiménez Gustavo Leonardo

Cárdenas Mejía Alexander

Ramírez Solís Mauro Eduardo

Cárdenas Lailson Luis Eduardo



## Normas para los autores

1. Cirugía y Cirujanos publica artículos originales e inéditos sobre temas relacionados con cirugía y medicina, previamente aprobados por el Comité Editorial de la Academia Mexicana de Cirugía, escritos en español o inglés, nacionales o del extranjero.
2. El texto deberá escribirse a máquina eléctrica o impresora láser en hojas blancas tamaño carta de 20.3 x 26.7 o 21.6 x 27.9 cm, a doble espacio y margen de 2.5 cm por lado. Si el trabajo se elaboró en computadora, se recomienda anexar una copia en diskette de 3.5", etiquetado con el nombre del trabajo, del archivo y software utilizado.
3. El manuscrito deberá entregarse en original y dos copias, acompañado de la carta de presentación en la cual se hará constar la autorización de los autores.
4. La extensión máxima de los trabajos será: Editorial 5 cuartillas y 5 referencias; artículo original 20 cuartillas, 6 figuras, 6 cuadros y 45 referencias; caso clínico 10 cuartillas, 6 figuras y 30 referencias; artículo de revisión o monografía 15 cuartillas, 6 figuras, 6 cuadros y 45 referencias; artículo de historia 15 cuartillas, 6 figuras y 45 referencias, carta al editor 1 cuartilla, 1 figura, 1 cuadro y 5 referencias. El manuscrito comprenderá:
  - 4.1. Página del título (hoja frontal)
  - 4.2. Resumen en español e inglés con palabras clave
  - 4.3. Texto que comprende:
    - 4.3.1. Introducción
    - 4.3.2. Métodos (que comprenderá aspectos éticos y pruebas estadísticas)
    - 4.3.3. Resultados y
    - 4.3.4. Discusión
  - 4.4. Agradecimientos
  - 4.5. Referencias
  - 4.6. Cuadros y/o figurasEn la primera página se anotará también el título en inglés, nombre del autor o autores, Servicios o Departamentos, Institución(es) a que pertenece(n), evento científico donde fue presentado; dirección, teléfono, fax, E-mail del primer autor. El título debe ser corto, preciso y congruente con el contenido del trabajo.
5. Cada hoja del manuscrito original deberá llevar en el ángulo superior izquierdo el apellido paterno e iniciales del segundo apellido y nombre del primer autor, y en el ángulo superior derecho la numeración de las cuartillas vgr: 1/45.
6. Los resúmenes no deben exceder de 250 palabras cada uno y señalarán la hipótesis de trabajo, material y metodología, análisis estadístico, resultados y conclusiones.
7. Cada trabajo debe acompañarse de tres juegos de las ilustraciones correspondientes. Los esquemas deberán dibujarse profesionalmente y entregarse en original.
8. Las fotografías clínicas pueden ser en blanco y negro o en color, tamaño postal 12.5 x 17.3 cm. En caso de que se quiera impresión en color, se solicita de preferencia en diapositiva y los autores pagarán su costo. Cada fotografía llevará al reverso una etiqueta que indique el número, posición de la imagen, título del trabajo y nombre del autor principal.
9. Para las notas al pie de página, se deberán utilizar los símbolos convencionales. Se deberá señalar el lugar dentro del texto en donde se incluirán las ilustraciones:
10. Las referencias deben enumerarse progresivamente según aparezcan en el texto; deben omitirse las comunicaciones personales y puede anotarse «en prensa» cuando un trabajo ha sido aceptado para publicación en alguna revista, en caso contrario, referirlo como «observación no publicada». Cuando los autores sean seis o menos, deberán anotarse todos, pero cuando sean siete o más se anotarán solamente los tres primeros seguido de et al. o y cols. Las referencias se presentarán como sigue:  
You CH, Lee KY, Choy RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-314.  
De libro: Colson JH, Armour WJ. *Sports injuries and their treatment*. 2nd rev. ed. London: S. Paul. 1986.  
De capítulo de libro: Weinstein L, Swarts MN. Pathologic properties of invading microorganism. In: Sodeman WA Jr., Sodeman WA, editors. *Pathologic physiology: mechanism of disease*. Philadelphia: Saunders 1974:457-472.  
Para información complementaria se recomienda consultar el artículo «Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. International Committee of Medical Journal Editors, *JAMA* 1993; 269: 2282-2286 o en «Requisitos Uniformes para manuscritos enviados a revistas biomédicas. *Cir Ciruj* 1984;61 :74-82.
11. Los trabajos no aceptados se devolverán a los autores principales con un anexo explicando el motivo.
12. Cirugía y Cirujanos enviará al autor principal 10 ejemplares del número en donde aparece su trabajo.
13. Los trabajos enviados deberán protegerse debidamente y dirigirse al Académico Dr. Antonio de la Torre Bravo. Editor de Cirugía y Cirujanos. Academia Mexicana de Cirugía, Bloque B, Sótano. Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, 06725 México, D.F. Teléfono: 761-0574 y Telefax 761-2581. Email: Circiruj@servidor.unam.mx.

**PLASTIA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA.  
INGUINAL HERNIA REPAIR TYPE LICHTENSTEIN. FIVE-YEAR EXPERIENCE.**

**Eduardo Reyes-Pérez\***, Amado de Jesús Athié-Athié\*, Gustavo Leonardo Domínguez-Jiménez\*, Alexander Cárdenas-Mejía\*, Mauro Eduardo Ramírez-Solís\*, Luis Eduardo Cárdenas-Lailson\*.

**\*División de Cirugía General del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.  
México D.F.**

**Solicitud de sobretiros:  
Dr. Eduardo Reyes Pérez.**  
Calle Carrasco # 45 Col. Toriello Guerra.  
Delegación Tlalpan .  
México, DF CP 14050. Tel. 56653201.  
E-mail: [erp@hotmail.com](mailto:erp@hotmail.com). Radio 56299800. Pin 9965147.

## RESUMEN.

La reparación de la hernia inguinal es una de las operaciones más antiguas y de mayor uso en el acervo de técnicas quirúrgicas del cirujano general con más de 10 diferentes formas descritas para su corrección.

El objetivo del presente estudio es reportar la experiencia adquirida en 510 plastias inguinales tipo Lichtenstein en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

### **Material y Métodos.**

Se analizaron prospectivamente los resultados de 510 plastias inguinales tipo Lichtenstein realizadas en 470 pacientes, en un periodo comprendido del primero de enero de 1996 al primero de enero del 2001. Variables analizadas utilizando estadística descriptiva: edad, sexo, tipo de hernia, morbilidad, mortalidad, recidiva, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y tiempo de seguimiento

### **Resultados.**

Se operaron 400 hombres y 70 mujeres con edad de 16 a 89 años, promedio de 47. La hernia se operó en forma bilateral en 40 pacientes. De las 510 plastias, 440 fueron de hernias primarias y 70 de recidivantes. Se presentaron 15 seromas (2.9%), 4 infecciones de sitio quirúrgico (0.7%) y 5 hematomas (0.9%). Tres recidivas (0.5%). El tiempo quirúrgico fue de 65 minutos para las plastias de hernias primarias y de 80 minutos para las recidivantes con 125 minutos para las bilaterales. La estancia hospitalaria fue de 24 horas en promedio.

**Conclusiones.**

La plastia tipo Lichtenstein es un procedimiento seguro, de fácil aprendizaje con bajo índice de morbilidad y recidiva, aplicable a todo tipo de hernias y con estancia hospitalaria corta.

**Palabras clave.** Hernia inguinal, plastia Lichtenstein, recidiva.

## **INTRODUCCIÓN.**

En México la reparación de la hernia inguinal es una de las intervenciones realizadas con mayor frecuencia al igual que en el contexto internacional (1); así, cada año tan sólo en los Estados Unidos de Norteamérica se realizan más de medio millón de plastias inguinales, de las cuales entre 50,000 y 100,000 son hernias recidivantes. De ahí la necesidad desde la antigüedad de desarrollar y perfeccionar técnicas quirúrgicas que permitan prevenir la presentación de complicaciones y recidivas (1,2,8).

Históricamente, la plastia inguinal es mencionada en la literatura de la antigüedad desde el siglo primero por Celsus, y a lo largo de los años se han realizado numerosos intentos para la corrección del defecto herniario que fueron desde la cauterización o aplicación de sustancias químicas para provocar fibrosis local, hasta técnicas de ligadura del cordón junto con el saco herniario, o reducción del anillo herniario como lo describió Vinzenz Von Czerny en 1977.

El primero en proponer la reparación de la pared posterior del canal inguinal fue el cirujano francés Lucas Championniere en 1881 quien formó las bases de la técnica quirúrgica actual. No podemos dejar de mencionar la contribución de Eduardo Bassini (1844-1924), quien revolucionó el tratamiento de la hernia inguinal al describir la técnica que lleva su nombre. A partir de los trabajos de Bassini la revolución en la técnica quirúrgica y sus modificaciones no se hicieron



Esperar, pasando por sus contemporáneos como Lucas Championniere 1881, Lotheissen 1898, hasta McVay 1942, Shouldice 1945, Lichtenstein 1987, y Stoppa 1989; todos ellos teniendo en común el reforzamiento de la pared posterior del canal inguinal en lugar de la anterior (3, 4). Otros más por vía intrabdominal por laparotomía (Tait 1891) o por laparoscopia (Ger 1990, Velez y Klein 1990) con el uso de los diferentes tipos de materiales protésicos (4,5).

Antes del uso del material protésico todas las modificaciones y técnicas quirúrgicas mostraron un defecto en común, la tensión en la línea de sutura, condicionando un alto índice de recidiva que va de un 13 a un 15% (6,7,8). En 1989 Lichtenstein publica sus impresionantes resultados con 1000 plastias inguinales de hernias primarias con el uso de malla de polipropileno con cero recidivas, cero infecciones, dos hematomas, menos molestias postoperatorias, menor estancia intrahospitalaria y una más rápida integración del paciente a sus actividades cotidianas (8). En 1992 publicó la continuidad de su trabajo con 1552 plastias con un porcentaje de recidiva del 0.13% y cero infecciones.

Amid, con mínimas modificaciones a la técnica reporta sólo 0.1% de recidivas en 5,360 casos con seguimiento a 15 años (9, 10).

El objetivo del presente trabajo es presentar la experiencia obtenida con la técnica de Lichtenstein en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

De enero de 1996 a enero del 2001 se ingresaron 470 pacientes con diagnóstico clínico de hernia inguinal a la División de Cirugía General del Hospital General “Dr Manuel Gea González”.

Se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico clínico de hernia inguinal mayores de 16 años que aceptaran dicho procedimiento. Todos los sujetos se operaron de manera electiva, ingresándose un día antes de la cirugía con estudios preoperatorios de rutina (biometría hemática, tiempos de coagulación, química sanguínea, electrolitos séricos) y en los pacientes mayores de 40 años, valoración cardiovascular.

Se indicó ayuno mínimo de 8 horas y tricotomía de la región inguinal a operar minutos antes del procedimiento. Todos los pacientes recibieron anestesia regional con bloqueo peridural con lidocaina al 2% con epinefrina de 3 a 5 mg por kilo de peso.

Se utilizó la técnica original descrita por Lichtenstein en 1989 (8). El material protésico utilizado fue la malla de polipropileno (Marlex®) de 15 x 15cm. y sutura de polipropileno 00 (Prolene®). No se administró antibiótico profiláctico ni se colocó drenaje en ningún caso. El control del dolor se obtuvo con la administración de clonixinato de lisina 250 mg vía intravenosa cada 6 horas en el postoperatorio inmediato y 200 mg vía oral por razón necesaria al iniciar la vía oral.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de hernia utilizando la clasificación de Gilbert modificada por Rutkow (11)(**Cuadro I**), cirugía primaria o recidivante, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, presentación de complicaciones, mortalidad, tiempo de integración a sus actividades cotidianas y recidiva.

El seguimiento se realizó a los 7 días del postoperatorio para el retiro de los puntos de sutura en piel y posteriormente al mes, a los 3 meses, a los seis meses y cada año durante cinco años.

Para el análisis de las variables se utilizó estadística descriptiva.

## **RESULTADOS.**

Se operaron un total de 470 pacientes; 400 hombres (85%) y 70 mujeres(15%), con un rango de 16 a 89 años, promedio de 47. Se realizó plastia bilateral en 40 pacientes. De las 510 plastias, 440 (86.2%) fueron de hernias primarias y 70 (13.8%) de recidivantes. Los tipos de hernias reparadas se enlistan en el **Cuadro II**.

El tiempo operatorio promedio fue de 65 minutos para las plastias de hernias primarias y 80 minutos para las recidivantes con 125 minutos para las bilaterales. La estancia hospitalaria fue de 24 horas, excepto en tres pacientes con punción de la dura madre durante la anestesia regional, que requirieron de 48 horas de estancia.

El dolor postoperatorio fue controlado adecuadamente en todos los pacientes con la dosis antes mencionada de clonixinato de lisina.

No se presentaron complicaciones transoperatorias. La morbilidad registrada se enlista en el **Cuadro III**. No se registraron casos de mortalidad y las cuatro infecciones de sitio quirúrgico remitieron al tratamiento antimicrobiano y lavado con antisépticos de la herida en un periodo no mayor a 14 días. No fue necesario retirar la malla en ningún caso.

Los pacientes que desarrollaron seroma fueron manejados con aspiración del mismo en consulta externa. Un paciente desarrolló un granuloma del cordón espermático, el cual fue extirpado sin complicaciones posteriores.

En promedio los pacientes se integraron a sus actividades habituales a los 18 días. Se presentaron tres recidivas (0.5%); todas en pacientes con hernias recidivantes. La primera al año y las dos restantes a los dos años del postoperatorio. En 70% de nuestros pacientes el seguimiento fue mayor a tres años, con rango de 7 meses a 5 años.

**DISCUSIÓN.**

Nuestros resultados son similares a los reportados en otras series con el uso de la técnicas libre de tensión, incluso con las del mismo Lichtenstein en cuanto a edad, sexo, presentación y tipo de hernia (1,8,12,13,14,15).

Desde 1988 hasta 1999 la técnica de Lichtenstein ha sido sin duda la de mayor aceptación en Estados Unidos junto con las técnicas laparoscópicas, sin presentar hasta el momento un pico de descenso en su utilización y sin las complicaciones asociadas con la cirugía laparoscópica (12,18,19). Sin embargo, en México esta técnica se ha introducido en forma más lenta comparada con la técnica del “mesh plug” o taponamiento de malla que es la más popular; a pesar de sus ventajas sobre aquella como lo son: mejor control en el reforzamiento del piso inguinal y carecer de las potenciales complicaciones del tapón de malla (10,14)

Con el uso de modernas mallas es posible realizar la reparación de todo tipo de hernias sin que se distorsione la anatomía normal, ni se produzca tensión en la línea de sutura eliminando esto como causa de recidiva. Utilizamos el polipropileno por su comportamiento biológico y sus características ampliamente descritas (15,16,17).

Todas las plastias fueron manejadas sin antibiótico profiláctico y de las cuatro infecciones sólo dos fueron de plastias de hernias primarias, demostrando la nobleza del procedimiento, por lo que consideramos no es necesaria la antibioticoterapia profiláctica (15,17,20,21).

La técnica de Lichtenstein ha demostrado su eficacia al ser aplicable para todo tipo de hernias en el orificio miopectíneo, mismo principio que para las plastias laparoscópicas.

Con el advenimiento de la laparoscopia se ha utilizado este recurso para la plastia inguinal por medio de diferentes técnicas; ya sea por vía preperitoneal (24) como por vía extraperitoneal con algunos reportes a favor de ésta última (25), con la posibilidad de realizar plastias de forma bilateral con ambos abordajes.

Sin embargo, Amid en 1996 demostró que las plastias inguinales bilaterales con la técnica de Lichtenstein y anestesia local tenían menos recidivas (0.1%) que las plastias laparoscópicas(1-4%) (28). Más aún, la plastia abierta libre de tensión no se asocia con las complicaciones reportadas con la laparoscópica como son: sangrado masivo, perforación intestinal, obstrucción intestinal, hernia en el sitio de inserción del trocar, lesiones nerviosas e incluso la muerte (18,19). Si bien es cierto que con el uso de las técnicas laparoscópicas los pacientes tienen un menor tiempo de convalecencia, también tienen un costo más elevado (18,22,23).

Por otro lado, la técnica de Lichtenstein es de entendimiento y aprendizaje fáciles, además de ser reproducible aún en centros hospitalarios de formación quirúrgica (27).

### **CONCLUSIONES.**

Por todo lo anterior, es posible concluir que la plastia inguinal tipo Lichtenstein es un procedimiento seguro, efectivo, de fácil aprendizaje y a bajo costo.

Aplicable a todo tipo de hernias inguinales y reproducible aún en centros hospitalarios de enseñanza, con bajos índices de complicaciones y recidiva y una rápida integración del paciente a sus actividades habituales.

Por ende, nosotros recomendamos el uso de esta técnica de manera rutinaria, sin olvidar que técnicas alternativas como la plastia laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP) o extra peritoneal son una alternativa en la corrección de hernias secundarias o recidivantes en donde la anatomía quirúrgica se ha perdido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cisneros Muñoz HA, Mayagoitia González JC, Suárez Flores D. Hernioplastia inguinal libre de tensión con técnica de “mesh plug”. *Cir Gen* 2001; 23: 21-4.
2. Nyhus LM, Condon RE. *Hernia*. Tercera edición. México (DF): Panamericana; 1991.
3. Sachs M, Damm M, Encke A. Historical evolution of inguinal hernia repair. *World J Surg* 1997; 21: 218-23.
4. Zamora Reséndiz J. La hernia inguinal: breve repaso de su historia y evolución. *Cir Gen* 1996;18: 228-31.
5. Sayad P, Hallak A, Ferzli G. Laparoscopic herniorrhaphy: review of complications and recurrence. *J Laparoendoscopic Adv Surg Tech A* 1998; 8: 5-10.
6. Halverson K, McVay CB. Inguinal and femoral hernioplasty. *Arch Surg* 1970; 101: 127- 32.
7. Weinstein M, Roberts M. Recurrent inguinal hernia. Follow-up study of 100 postoperative patients. *Am J Surg* 1975; 129: 564-9.
8. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension free Hernioplasty. *Am J Surg* 1989;157:188-93.
9. McClellan RN. *Hernia. Selected Readings in general surgery* 1993; 20: 8-93.
10. Amid PK. The Lichtenstein open tension-free hernioplasty. *Cir Gen* 1998; 20 (supl 1): 17-20.
11. Gilbert Al. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am J Surg* 1989; 157: 331-33.



12. Rutkow IM. Groin hernia surgery. *Surg Clin North Am* 1998; 78: 921-99.
13. Capozzi JA, Berkenfield JA, Cherry JK. Repair of inguinal hernia in adult with prolene Mesh. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 124-28.
14. Mayagoitia González JC, Suárez Flores D, Cisneros Muñoz H. Hernioplastia inguinal tipo Lichtenstein. *Cir Gen* 2000; 22: 329-33.
15. Melchor González JM, Pérez García R, Argumedo Villa M, Dominguez Garciadiego F. Reparación de la hernia inguinal sin tensión. *Cir Ciruj* 2000; 68:68-71.
16. Amid PK. Clasification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. *Hernia* 1997; 1: 15-21.
17. Fris E, Lindahl F. The tension free hernioplasty in a randomized trial. *Am J Surg* 1996; 172: 315-19.
18. Fahel E, Amaral PC, Ettinger J y cols. Estudio comparativo entre video laparoscopia TAPP y las técnicas de Lichtenstein y Bassini para la reparación de hernia inguinal. *Rev Endos Quir* 1999; 3: 3-7.
19. Fitzgibbons R J, Camps J, Cornet D A, et al. Laparoscopic herniorraphy. Results of multicenter trial. *Ann of Surg.* 1995; 221: 3-13.
20. Wantz GE. Experience with the tension free hernioplasty for primary inguinal hernias in men. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 351- 357.

21. Platt R, Zalennik DF, Hopkins CC et al. Perioperative antibiotic prophylaxis for herniorrhaphy and breast surgery. *N Engl J Med* 1990; 322: 153-160.
22. Rutkow IM. Laparoscopic hernia repair: the socioeconomic tyranny of surgical technology. *Arch Surg* 1992; 127: 1271
23. Brooks DC. A prospective comparison of laparoscopic and tension-free open herniorrhaphy. *Arch Surg* 1994; 129: 361-366.
24. Corbitt JD Jr. Transabdominal preperitoneal herniorrhaphy. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3: 328-32.
25. Felix EL, Michas CA, González MH Jr. Laparoscopic hernioplasty TAPP vs TEP. *Sur Endosc* 1995; 9: 984-89.
26. Amid PK, Shulman AG. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. *Ann Surg* 1996; 223: 249-52.
27. Danielsson P, Isacson S, Hansen MV. Randomised study of Lichtenstein compared with Shouldice inguinal hernia repair by surgeons in training. *Eur J Surg* 1999; 165: 49-53.

**CUADROS.**

**CUADRO I.**

**Clasificación de la hernia inguinal de Gilbert modificada por Rutkow.**

---

Tipo I	Anillo inguinal normal o apretado.
Tipo II	Anillo inguinal no mayor a 4 cm.
Tipo III	Anillo inguinal mayor a 4cm.
Tipo IV	Hernia directa, el defecto se encuentra en el piso.
Tipo V	Defecto diverticular en posición suprapúbica.
Tipo VI	Hernia mixta (en pantalón).
Tipo VII	Hernia femoral.

---

**CUADRO II. Tipos de hernia según la clasificación de Gilbert modificada por Rutkow.**

<b>Tipo.</b>	<b>Primarias.</b>	<b>%</b>	<b>Recidivantes.</b>	<b>%</b>
I	33	8	3	4
II	168	38	16	23
III	85	19	18	26
IV	106	24	29	41
V	6	1	0	0
VI	30	7	4	6
VII	12	3	0	0
Total.	440	100	70	100

**CUADRO III. Compilaciones.**

<b>Compilaciones.</b>	<b>No. de casos.</b>	<b>Porcentaje.</b>
Seroma.	15	(2.9)
Hematoma.	5	(0.9)
Infección de sitio quirúrgico.	4	(0.7)
Granuloma del cordón espermático.	1	(0.1)
Hidrocele.	1	(0.1)
Recidivas.	3	(0.5)

**RESUME.**

One of the most antique and useful operations into the armamentary of surgical techniques for the general surgeon, is the inguinal hernia repair with more than 10 diferents way described to its correction.

The aim of this study is to report the experience obtained with the employment of Lichtenstein technique in 510 consecutive inguinal hernias repair in the Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México City.

**Material and Methods.**

The outcome of 510 inguinal hernias repair type Lichtenstein on 470 patient were prospectively analyzed , in a period time between January first 1996 to January first 2001. The variables analyzed with descriptive statistics were: age, sex, type of hernia, morbidity, mortality, recurrence, operative time, hospital stay and long-term recurrence.

**Results.**

We performed the inguinal repair in four hundred male and seventy female, average age 47, with a range 16 to 89 years. Fourty patients presented bilateral hernia, so we carried out 510 procedures. 440 were primary hernias and 70 recurrent.

There were: 15 seromas (2.9%), 4 infecctions (0.7%) and 5 hematomas (0.9%), 3 recurrences (0.5%).

The operative time was 65 minutes for the primary hernias and 80 for recurrent with 125 minutes for bilaterals hernias. The hospital stay was 24hrs.

**Conclusions.**

The Lichtenstein technique for repairing the inguinal hernia is a safe procedure, easy to learn, with a low index of morbidity and recurrence, applicable to any kind of inguinal hernia and a short hospital stay.

**Key words:** Inguinal hernia, Lichtenstein technique, recurrence.