

Editorial acerca de “Resultados de la utilización de malla única en la reparación laparoscópica transabdominal (TAPP) de hernias inguinales bilaterales directas”

Editorial on “Outcomes of laparoscopic transabdominal (TAPP) inguinal hernia repair with single mesh in bilateral direct inguinal hernias”

Santiago Bertone

La reparación de la hernia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en el mundo. Con la incorporación de materiales protésicos, la técnica de Liechtenstein se impuso como el gold estándar en reparación de las hernias primarias dado su bajo porcentaje de recidivas, complicaciones y su reproducibilidad a bajo costo¹⁻⁴.

Desde el advenimiento de la cirugía laparoscópica y su implementación en la cirugía de hernias inguinales esta ha demostrado sus beneficios en cuanto al dolor posoperatorio, reintegro laboral y resultados estéticos. Estos resultados se ven acompañados de porcentaje de recidivas y complicaciones similares a las técnicas convencionales⁵.

Los excelentes resultados alcanzados por las técnicas laparoscópicas en manos experimentadas se deben a la evolución técnica que se han visto con el correr de los años.

La necesidad de un entendimiento de la anatomía posterior y mediante una disección adecuada llegar a una visión crítica de seguridad es de crucial importancia⁶. Esta disección también debe ser lo suficientemente amplia para permitir la colocación de una malla que descienda dos centímetros por debajo del pubis y que cruce dos centímetros al lado contralateral.

Lo mencionado lleva a que en la actualidad el tamaño de malla mínimo a ser colocado sea de 15 x 12 centímetros. En caso de hernias bilateral en necesaria la superposición de las mallas a nivel de la línea media. De esa forma se han abordado y solucionado lo que eran dos de los principales factores de riesgo de recidiva como la disección insuficiente y la subsecuente colocación de mallas pequeñas.

En el artículo que se publica en este número de la Revista Argentina de Cirugía, los autores proponen la colocación de una gran malla pre peritoneal, que ten-

dría como beneficio una menor recidiva, gracias a la disminución de la retracción concéntrica y de la migración del material protésico⁷. Esta técnica recuerda a la de Stoppa la cual, como todas las técnicas pre peritoneales por vía anterior, cayó en desuso con la implementación de la laparoscopia.

En este mismo trabajo, los autores plantean demostrar la seguridad y eficacia en cuanto a la recidiva, el dolor postoperatorio y los costos de la utilización de una malla única en la reparación de hernias inguinales bilaterales directas por vía laparoscópica. Los resultados observados son muy buenos, aunque, por ser una serie de casos retrospectiva sin grupo control, no es factible llegar a conclusiones que demuestren su superioridad a la técnica habitual, y por lo tanto no podrían extrapolarse a un cambio de conducta sobre la práctica habitual.

Como bien mencionan los autores, otros grupos han abordado estas ventajas teóricas. A los trabajos de Deans⁸, Champault⁹, Rihan¹⁰ y Ohana¹¹ se pueden agregar el de Issa et al.¹² del 2016 y el de Halm et al.¹³ del 2005. Las últimas dos publicaciones corresponden a estudios retrospectivos en los que no se pudieron objetivar diferencias significativas en cuanto a complicaciones postoperatorias, recurrencia o dolor. Por lo tanto, los beneficios teóricos no han podido ser demostrados ni en este ni en otros trabajos, quedando la elección de esta técnica solo al gusto personal del cirujano actuante, sin cambios significativos en los resultados a corto o largo plazo.

Es por ello que en la actualidad la correcta técnica quirúrgica, con una disección amplia, una malla con un overlapping adecuado y de ser necesario un entrecruzamiento con la contralateral, siguen siendo los elementos claves para lograr los excelentes resultados que en la actualidad poseen las técnicas laparoscópicas.

■ ENGLISH VERSION

Inguinal hernia repair is one of the most common surgical procedures performed worldwide. With the incorporation of prosthetic mesh, the Liechtenstein technique became the gold standard technique for primary hernia repair, due to its low recurrence rate, low complications, and its reproducibility at low cost¹⁻⁴.

Since the advent of laparoscopic surgery and its implementation in inguinal hernia repair, its benefits in terms of postoperative pain, return to work and cosmetic results have been demonstrated. In addition, the recurrence rate and complications are similar to those of the conventional techniques⁵.

The excellent outcomes obtained with laparoscopic techniques in experienced surgeons are due to the technical developments observed over the years.

The need for understanding the posterior anatomy and, through a proper dissection, achieving the critical view of safety, are of crucial importance⁶. Dissection should create sufficient space to accommodate a mesh that descends 2 cm below the pubis and crosses over 2 cm to the contralateral area. As a result, the minimum mesh size is currently 15 × 12 centimeters. In case of bilateral hernias, meshes should overlap in the midline. In this way, two of the main risk factors for recurrence, insufficient dissection and placement of small meshes, have been addressed and solved.

In the article published in this issue, the authors propose the placement of a large preperitoneal mesh, which would have the benefit of less recurrence, thanks to the reduction of concentric retraction and the risk

of the prosthetic material migration⁷. This technique reminds us of the Stoppa technique which, like all preperitoneal techniques via the anterior approach, fell into disuse with the advent of laparoscopy.

In this same work, the authors propose to demonstrate the safety and efficacy in terms of recurrence, postoperative pain and costs of the use of a single mesh in the repair of direct bilateral inguinal hernias laparoscopically. The results observed are very good, although, as it is a retrospective series of cases without a control group, it is not feasible to reach conclusions that demonstrate its superiority to the usual technique and therefore cannot be extrapolated to a change in the usual practice.

As the authors correctly mentioned, other groups have addressed the theoretical advantages of the single-mesh technique. Apart from the publications by Deans⁸, Champault⁹, Rihan¹⁰ and Ohana¹¹, the studies by Issa et al.¹² in 2016 and Halm et al.¹³ in 2005 are worth mentioning. Both are retrospective studies that failed to demonstrate significant differences in terms of postoperative complications, recurrence or pain. Therefore, the theoretical benefits have not been demonstrated either in this or in other studies, and the choice of this technique is left on the discretion of the surgeon's preference without changing the short or long-term outcomes.

For this reason, nowadays the correct surgical technique with a wide dissection, a mesh with adequate overlapping and, if necessary, crossing over with the contralateral mesh, are still the key elements to achieve the excellent results obtained with laparoscopic techniques.

Referencias bibliográficas /References

- Lichtenstein IL, Shulman AG. Ambulatory outpatient hernia surgery. Including a new concept, introducing tension-free repair. *Int Surg.* 1986;71:1-4.
- Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, et al. Danish Hernia Database Collaboration (2001) Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet.* 2001;358:1124-8.
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2009;13:343-403.
- Van Veen RN, Wijsmuller AR, Vrijland WW, et al. Long-term follow-up of a randomized clinical trial of non-mesh versus mesh repair of primary inguinal hernia. *Br J Surg.* 2007;94:506-10.
- International Guidelines for groin hernia management. The Hernia Surge Group *Hernia* 2018;22(1):1-165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>
- Claus C, Furtado M, Malcher F, et al. Ten golden rules for a safe MIS inguinal hernia repair using a new anatomical concept as a guide. *Surg Endosc.* 2020;34:1458-64.
- Barragán F, Díaz Pietrini M, Cingolani PA, Iudica FM. Resultados de la utilización de malla única en la reparación laparoscópica transabdominal (TAPP) de hernias inguinales bilaterales directas. *Rev Argent Cir* 2022;114(1):12-19. <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v114.n1.1637>
- Deans GT, Wilson C, Royston MS, Brough WA. Laparoscopic Bikini mesh Repair of bilateral inguinal hernia. *Brit J Surg.* 1995;82:1383-5
- Champault GG, Rizo N, Chatheline JM, et al. Inguinal hernia repair: Totally preperitoneal laparoscopic approach versus Stoppa operation: randomized trial of 100 cases. *Surg Laparosc Endosc.* 1997;7:445-50.
- Rihan M, Sh Zaki N, Lotfy U, Mostafa H. Single large prolene mesh versus double small meshes in Trans-Abdominal Pre-Peritoneal (TAPP) Laparoscopic Bilateral Inguinal Hernioplasty. *Kasr Al Aini Journal of Surgery.* 2011.
- Ohana G, Powsner E, Melki Y, Estlein D, Seror D, Dreznik Z. Simultaneous Repair of Bilateral Inguinal Hernias: a prospective, randomized study of single versus double mesh laparoscopic

- totally extraperitoneal repair. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2006;16(1):12-17.
12. Issa N, Ohana G, Bacher GN, Powsner E. Long term outcome of laparoscopic Totally Extraperitoneal Repair of Bilateral Inguinal Hernias with a Large Single Mesh. World J Surg. 2016;40(2):291-7.
13. Halm A, Heisterkamp J, Boelhouwer U, et al. Totally extraperitoneal repair for bilateral inguinal hernia Does mesh configuration matter? Surg Endosc. 2005; 19:1373-6.