INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

DOI: https://doi.org/10.20453/rmh.v37i3.6593

Tratamiento quirúrgico de hernias de la región inguinal en un hospital general de Lima, Perú

Surgical treatment of inguinal hernias in a general hospital in Lima, Peru

Víctor E. Ramos-Ramos[1,a], *Mary C. Casahuamán-Urquia*[1,a], *Juan Montenegro-Perez*[1,a], *Giuliano Borda-Luque*[1,a], *Víctor M. Vásquez-Morales*[1,a], *Carlos Zamalloa-Sotomayor*[1,a], *Anthony Sotomator-Vidal*[1,a], *Zamiara León-Cabrera*[1,a]

[1] Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ministerio de Salud. Lima, Perú.
[a] Cirujano general.

Citar como:
Ramos-Ramos VE, Casahuamán-Urquia MC, Montenegro-Perez J, Borda-Luque G, Vásquez-Morales VM, Zamalloa-Sotomayor C, Sotomator-Vidal A, León-Cabrera Z. Tratamiento quirúrgico de hernias de la región inguinal en un hospital general de Lima, Perú. Rev Méd Hered. 2026; 37(3): 176-181. DOI: 10.20453/rmh.v37i3.6593

Recibido: 09/06/2025
Aceptado: 09/05/2026

Financiamiento:
El estudio fue financiado por los autores.

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría:
VERR, MCCU, JMP, GBL, VMVM, CZS, ASV, ZLC: participaron en la concepción y elaboración del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica con aportes al contenido intelectual; en la aprobación de la versión final; y se hacen responsables de la integridad y calidad del artículo.

Correspondencia:
Mary C. Casahuamán-Urquia
✉ mary.casahuaman@upch.pe

Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

RESUMEN

Las hernias de la región inguinal constituyen uno de los defectos más frecuentes de la pared abdominal y pueden ser tratadas mediante abordajes abiertos o laparoscópicos. ***Objetivo:*** Describir las características clínicas y quirúrgicas de las hernias de la región inguinal de pacientes atendidos en un hospital general de Lima, Perú. ***Material y métodos:*** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, que incluyó a pacientes con hernias de la región inguinal intervenidos entre enero de 2022 y diciembre de 2023. ***Resultados:*** De 669 pacientes intervenidos por defectos de la pared abdominal, 389 (58,1 %) presentaron hernias en la región inguinal. El 92,3 % correspondió a hernias inguinales, el 95,1 % fueron primarias y predominaron las de tamaño 2 (L2, M2 y F2). El 69,4 % correspondió a varones, el 51,9 % a mayores de 60 años y el 77,9 % a cirugías programadas. La técnica de Lichtenstein fue la más utilizada, seguida de TAPP y TEP. En cirugía de emergencia predominó la laparotomía con hernioplastia con malla preperitoneal. La malla de polipropileno se fijó en todos los procedimientos de Lichtenstein, en el 80,8 % de TAPP y en el 22,2 % de TEP. ***Conclusiones:*** Predominaron las hernias inguinales, primarias, indirectas y de tamaño 2, en varones y mayores de 60 años. La mayoría de las intervenciones fueron programadas. La técnica más empleada fue la de Lichtenstein, lo que evidenció el predominio del abordaje abierto, aunque coexistió con las técnicas laparoscópicas. La fijación de malla de polipropileno fue una práctica ampliamente realizada. Asimismo, la clasificación de la Sociedad Europea de Hernia permitió una caracterización adecuada de los defectos.

PALABRAS CLAVE: hernia inguinal, hernia femoral, hernioplastia.

SUMMARY

Hernias of the inguinal region are among the most common abdominal wall defects and can be managed via open or laparoscopic approaches. ***Objective:*** To describe the clinical and surgical characteristics of inguinal region hernias in patients treated at a general hospital in Lima, Peru. ***Methods:*** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted, including patients with inguinal region hernias who underwent surgical repair between January 2022 and December 2023. ***Results:*** Of 669 patients who underwent surgery for abdominal wall defects, 389 (58.1%) presented with inguinal region hernias. Inguinal hernias accounted for 92.3% of cases; 95.1% were primary hernias, with a predominance of size 2 defects (L2, M2, and F2). Males comprised 69.4% of the cohort, 51.9% were over 60 years of age, and 77.9% underwent elective procedures. The Lichtenstein repair was the most common technique, followed by TAPP and TEP. In emergency cases, laparotomy with preperitoneal mesh repair predominated. Polypropylene mesh fixation was performed in all Lichtenstein procedures, 80.8% of TAPP procedures, and 22.2% of TEP procedures. ***Conclusions:*** Inguinal, primary, indirect, and size 2 hernias predominated, primarily affecting males and patients over 60 years of age. The majority of cases were elective. The Lichtenstein technique was the most widely used procedure, demonstrating a preference for open repair, though laparoscopic techniques were also utilized. Polypropylene mesh fixation was widely performed. Furthermore, the European Hernia Society (EHS) classification system provided effective characterization of the defects.

KEYWORDS: inguinal hernia, femoral hernia, hernioplasty.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el tratamiento quirúrgico de la pared abdominal representa una de las cirugías que se realizan con más frecuencia, con gran trascendencia social y económica [1]. Se estima que alrededor de 20 millones de pacientes con hernia inguinal son sometidos cada año a una reparación quirúrgica. [2]

La hernia inguinal es un defecto de la pared abdominal por el cual un órgano o estructura anatómica protruye a través del orificio miopectíneo de Fruchaud [3]. La protrusión puede darse por la pared posterior inguinal (hernia inguinal directa), por el anillo inguinal interno (hernia inguinal indirecta) o por el anillo femoral (hernia femoral). [3,4]

Su etiología es multifactorial y se estima que entre el 10 y el 15 % de la población mundial presenta un defecto herniario en la pared abdominal, y el 60 % de estos casos se localizan en la región inguinal [3,5]. Asimismo, el 96 % de estas hernias son de tipo inguinal y el 4 %, femoral. [4]

La Sociedad Europea de Hernia (EHS) propone una clasificación que permite una agrupación más sencilla, universal y extrapolable según la localización y el tamaño herniario. En la región inguinal, se utilizan letras para clasificarla: M (directa), L (indirecta) o F (femoral); y números para el tamaño del defecto: 1 (<1 dedo índice o menor a la mandíbula de la pinza de agarre), 2 (1-2 dedos índice o 1-2 mandíbulas de la pinza de agarre) y 3 (>2 dedos índice o >2 mandíbulas de la pinza de agarre). Además, se adiciona la letra P si es primaria y R si es recidivada. [1]

Las hernias inguinales predominan en hombres y se presentan con mayor frecuencia entre los 30 y 59 años [3]. Por su parte, las hernias femorales se presentan con frecuencia en mujeres multíparas mayores, siendo el lado derecho el más afectado. [3,4]

La encarcelación es la principal complicación de las hernias inguinales, con una frecuencia de entre 7 y 30 %, y puede llegar a estrangularse en aproximadamente el 10 %. El conducto femoral es estrecho y rígido, lo que genera que el encarcelamiento y la estrangulación sean frecuentes. [3,5]

Existen diversas técnicas quirúrgicas de corrección, desde abordajes abiertos hasta técnicas mínimamente invasivas (laparoscópicas o robóticas) [6,7]. Pese a que la laparoscopia tiene más de 27 años, la mayoría de las reparaciones aún se realizan por abordaje anterior abierto. [2]

Con el uso de material protésico se han reducido las recidivas hasta en el 75 %, por lo que en el 2009 la EHS concluyó que todo adulto debería ser operado con una técnica que incluya una malla, con excepción de menores de 16 o 18 años, quienes aún no alcanzan su crecimiento final [3,4]. El uso de la malla por sí sola no aumenta el riesgo de infección ni de otras complicaciones y solo debe considerarse dejar su uso en casos en que el paciente rechace la prótesis o tras una decisión conjunta con él. [3]

El conocimiento adecuado de las características de las hernias inguinales y de las técnicas quirúrgicas de reparación brinda ventajas significativas en pacientes sometidos a cirugía de emergencia o programada, disminuyendo el riesgo de recidiva, recuperación rápida y pronta reincorporación para realizar actividades diarias.

El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y quirúrgicas de las hernias de la región inguinal de pacientes atendidos en un hospital general de Lima, Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, que incluyó a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por hernia de la región inguinal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Los criterios de inclusión fueron ser mayores de 18 años y con diagnóstico de hernia en la región inguinal. Se excluyeron a los pacientes intervenidos por otro tipo de defecto evidenciado intraoperatoriamente. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, tipo de hernia de la región inguinal, localización de los defectos según la clasificación de la EHS, tipo de cirugía (programada o de emergencia), tipo de técnica quirúrgica, uso de malla y fijación de malla durante la cirugía.

La información fue obtenida a partir de las historias clínicas de cada paciente. Los datos relevantes fueron extraídos y registrados en una base de datos diseñada para este estudio. Con el fin de preservar la privacidad y confidencialidad de los participantes, cada registro fue identificado con un código único, suprimiendo nombres, número de historia y cualquier otro dato personal. La base de datos fue utilizada exclusivamente para el estudio y su acceso estuvo restringido únicamente a los investigadores. El procesamiento y el análisis de la información se realizaron mediante Microsoft Excel.

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HNCH, lo que garantizó el cumplimiento de los principios éticos establecidos en las normas vigentes de investigación.

RESULTADOS

Durante el período del estudio se intervinieron quirúrgicamente a 669 pacientes con algún defecto de la pared abdominal, de los cuales 389 tenían hernias en la región inguinal. De estos, el 69,4 % fueron varones y el 51,9 % tenía más de 60 años, con una edad promedio de 59,3 ± 15,1 años y una mediana de 62 años (rango: 18-96). El 92,3 % presentó hernia inguinal y el 77,9 % fue sometido a cirugía programada (tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes.

Característica	*n*	%
Sexo		
Masculino	270	69,4
Femenino	119	30,6
Edad		
<30 años	17	4,4
30-60 años	170	43,7
>60 años	202	51,9
Tipo de hernia		
Inguinal	359	92,3
Femoral	30	7,7
Tipo de cirugía		
Programada	303	77,9
Emergencia	86	22,1

Las hernias inguinales predominaron tanto en cirugías programadas como en cirugías de emergencia, con porcentajes de 96,4 % y 77,9 %, respectivamente. En cirugías programadas, la técnica Lichtenstein fue la más empleada (57,1 %), seguida de la transabdominal preperitoneal (TAPP) (24,1 %). Por otro lado, en cirugías de emergencia predominó la laparotomía con hernioplastia con malla preperitoneal (tabla 2).

Se utilizó malla de polipropileno en todas las cirugías programadas y en el 82,5 % de las cirugías de emergencia (tabla 2). Se fijó en todos los casos de la técnica de Lichtenstein y en más del 50 % de las técnicas laparoscópicas. En emergencia, se fijó en más del 80 % de los casos (tabla 3).

Según la clasificación de la EHS, los principales casos fueron clasificados como L (68,1 %), primarios P (95,1 %) y de tamaño 2 (tabla 4).

Tabla 2. Tipo de hernia y técnica quirúrgica según cirugía programada o de emergencia.

Característica	Cirugía	
	Programada	De emergencia
	n (%)	*n* (%)
Tipo de hernia		
Hernia inguinal	292 (96,4)	67 (77,9)
Hernia femoral	11 (3,6)	19 (22,1)
Técnica		
Técnica Lichtenstein	173 (57,1)	
TAPP	73 (24,1)	
TEP	27 (8,9)	
eTEP inguinal	9 (3,0)	
Técnica Nyhus	17 (5,6)	
Técnica Stoppa	4 (1,3)	
Laparotomía + Hernioplastia con malla preperitoneal		63 (73,2)
Laparotomía + Ligadura de saco		15 (17,4)
Laparotomía + Hernioplastia con malla preperitoneal bilateral		3 (3,5)
Técnica Nyhus (malla)		5 (5,8)

TAPP: transabdominal preperitoneal; TEP: totalmente extraperitoneal; eTEP: totalmente extraperitoneal extendida.

Tabla 3. Fijación de malla según técnica quirúrgica.

Técnica quirúrgica	*n*	Sutura	Absorbatack	No se fijó
		n (%)	*n* (%)	*n* (%)
Técnica Lichtenstein	173	173 (100,0)		0 (0,0)
TAPP	73	40 (54,8)	19 (26,0 %)	14 (19,2)
TEP	27	4 (14,8)	2 (7,4 %)	21 (77,8)
eTEP inguinal	9	3 (33,4)		6 (66,6)
Técnica Nyhus	17	17 (100,0)		0 (0,0)
Técnica Stoppa	4	4 (100,0)		0 (0,0)
Laparotomía + Hernioplastia con malla preperitoneal	63	52 (82,5)	1 (1,7 %)	10 (15,8)
Laparotomía + Ligadura de saco	15	No se usó malla		15 (0,0)
Laparotomía + Hernioplastia con malla preperitoneal bilateral	3	0 (0,0)		3 (100,0)
Técnica Nyhus	5	5 (100,0)		0 (0,0)

Tabla 4. Clasificación de los casos según EHS.

	n	%
M (directa)	94	24,1
M1	6	
M2	72	
M3	16	
L (indirecta)	265	68,1
L1	15	
L2	171	
L3	79	
F (femoral)	30	7,8
F1	7	
F2	22	
F3	1	
P (primaria)	370	95,1
R (recidivada)	19	4,9

DISCUSIÓN

Actualmente, la cirugía de reparación de hernia inguinal continúa siendo una de las más frecuentes [1]. Los resultados concuerdan con lo reportado en la literatura: más del 50 % de los defectos de la pared abdominal se encuentran en la región inguinal, entre ellos el 92 % corresponde a hernias inguinales y el 8 % a hernias femorales. [3-5]

Se observó un predominio en varones, en una proporción de 2:1, similar a lo reportado en la literatura [3]. Más de la mitad de los pacientes eran mayores de 60 años, lo que difiere de otros estudios donde los afectados se encuentran en edad productiva [4]. Esto podría explicarse por la tardanza de los pacientes en acudir a centros de salud, el desconocimiento, la falta de recursos económicos o la elevada demanda en hospitales. Todo ello podría traer como consecuencia un incremento de cirugías de emergencia por hernias complicadas; sin embargo, la mayoría de las cirugías presentadas en este estudio fueron programadas. Tanto en cirugías de emergencia por hernias complicadas como en las programadas, predominaron las hernias inguinales.

La elección de la técnica quirúrgica se basa en las características del paciente, así como en el tipo y tamaño de la hernia y en las habilidades del cirujano. [3,7]

Las guías internacionales HerniaSurge y la EHS reconocen a las técnicas laparoscópicas —principalmente la TAPP y la totalmente extraperitoneal (TEP)— como alternativas de primera línea para la corrección de hernias inguinales en pacientes seleccionados, debido a las ventajas que proporcionan, como menor dolor postoperatorio, recuperación precoz, menor estancia hospitalaria y menor riesgo de complicaciones (dolor, hematomas, infecciones, seromas, recurrencia), siempre que se disponga de cirujanos experimentados y de los recursos necesarios para su realización [2,6,7]. Su utilización ha aumentado durante las últimas décadas debido a su creciente desarrollo y la experiencia adquirida por los equipos quirúrgicos.

No obstante, el abordaje abierto continúa ocupando un lugar importante en la reparación de las hernias inguinales, lo cual concuerda con los hallazgos del estudio, en el que la técnica Lichtenstein constituyó el procedimiento predominante [2,8]. Esto podría explicarse por diversos factores. En primer lugar, la selección del procedimiento quirúrgico estuvo condicionada por las características clínicas y el estado general de los pacientes, en quienes la cirugía abierta representó una alternativa más adecuada. En segundo lugar, las técnicas laparoscópicas presentan una mayor curva de aprendizaje que la reparación abierta, por lo que requiere de entrenamiento específico y experiencia para alcanzar resultados óptimos. Por último, la disponibilidad de equipamiento laparoscópico e instrumental especializado puede constituir una limitación para la implementación rutinaria de estos procedimientos. De este modo, aunque la tendencia mundial favorece una adopción cada vez mayor de los abordajes laparoscópicos, la reparación abierta continúa desempeñando un papel relevante y vigente en la práctica quirúrgica diaria.

La fijación de la malla debe considerarse al tratarse de una región dinámica, con la finalidad de evitar complicaciones como dobleces, migraciones, erosiones, recurrencias, mallomas o dolor crónico. En este sentido, las guías internacionales recomiendan individualizarla según el abordaje quirúrgico y las características del defecto herniario. [3-5]

En este estudio, predominó la fijación de la malla en los pacientes sometidos a reparación abierta o laparoscópica, ya que favorece la estabilidad del material protésico durante el período inicial de la incorporación tisular.

La aplicación de la clasificación de la EHS permitió caracterizar, de manera más precisa, los defectos herniarios de la región inguinal, lo que facilita la comparación de nuestros resultados con los reportados en la literatura internacional.

Predominó la clasificación L, que corresponde a la hernia inguinal indirecta, coincidiendo con estudios previos que la describen como la más frecuente de las hernias de la región inguinal. [3]

Respecto al tamaño del defecto, la categoría 2 fue la más frecuente, lo que sugiere que la mayoría de los pacientes fueron intervenidos en estadios intermedios de evolución de la enfermedad. Este hallazgo podría estar relacionado con una búsqueda de atención médica recién cuando los síntomas o el aumento progresivo del tamaño de la hernia comienzan a interferir con las actividades cotidianas.

Por otro lado, el predominio de hernias primarias (P) frente a las recurrentes (R) refleja que la mayor parte de los procedimientos se realizaron como tratamiento inicial. La baja proporción de recidivas es similar a la descrita en otras series y podría estar relacionada con la efectividad de las técnicas quirúrgicas empleadas, así como con una adecuada indicación y seguimiento postoperatorio.

El estudio presentó limitaciones inherentes a la revisión retrospectiva de historias clínicas; sin embargo, se implementaron medidas para reducir su impacto. Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas y de los reportes operatorios, verificando la concordancia de la información registrada y excluyendo aquellos casos con datos insuficientes para las variables de interés.

En conclusión, predominaron las hernias inguinales primarias, indirectas y de tamaño 2, en varones y en pacientes de más de 60 años. La mayoría de las intervenciones fueron programadas. Lichtenstein fue la técnica más empleada, lo que evidencia el predominio del abordaje abierto, aunque coexistió con técnicas laparoscópicas. La fijación de malla de polipropileno fue una práctica ampliamente realizada. Asimismo, la clasificación de la EHS permitió una caracterización adecuada de los defectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marenco-De la Cuadra B, Retamar-Gentil M, Sánchez-Ramírez M, Guadalajara-Jurado JF, Cano-Matías A, López-Ruiz JA. Tipos de hernias. Clasificaciones actuales. Cir Andal [Internet]. 2018;29(2):77-9. Disponible en: https://www.asacirujanos.com/documents/revista/pdf/2018/Cir_Andal_vol29_n2_actualizacion2.pdf
2. Rivas JF, Ruiz-Funes AP, Meza J. Transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair: how we do it. Ann Laparosc Endosc Surg. 2021;6:12. doi:10.21037/ales-20-109
3. Cisneros HA, Mayagoitia JC. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. Rev Hispanoam Hernia. 2021;9(2):61-70. doi:10.20960/rhh.00441
4. Vacca VM Jr. Inguinal hernia: a battle of the bulge. Nursing. 2017;47(8):28-35. doi:10.1097/01.nurse.0000521020.84767.54
5. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Hernia inguinal [Internet]. NIH; 2019 [citado el 21 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/hernia-Inguinal
6. Salido S, Fraile M, Osorio I, Georgiev T, Bernar J, González-Ayora S, et al. Vía totalmente extraperitoneal extendida (eTEP) para la corrección de hernias ventrales: resultados preliminares. Rev Cir Esp. 2020;98(5):260-6. doi:10.1016/j.ciresp.2020.01.006
7. Trujillo-Díaz JJ, Gómez-López JR, Concejo-Cutoli P, Martínez-Moreno C, Atienza-Herrero J, Martín-del Olmo JC. Manejo laparoscópico de las hernias ventrales mediante abordaje totalmente extraperitoneal (eTEP): experiencia inicial y resultados a corto plazo. MedUNAB. 2022;25(3):359-71. doi:10.29375/01237047.4491
8. Turiño-Luque JD, Mirón-Fernández I, Rivas-Becerra J, Cabello-Burgos AJ, Rodríguez-Silva C, Martínez-Ferriz A, et al. Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein. Cir Andal [Internet]. 2018;29(2):160-2. Disponible en: https://www.asacirujanos.com/revista/2018/29/2/29