

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Hernioplastia inguinal en hombres: Revisión
sistemática comparativa de la técnica abierta versus
laparoscópica**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN MEDICINA HUMANA**

Autoras

Ydrogo Medina Flor Gisela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0675-9806>

Palacios Noriega Dajhanna del Pilar

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7958-1489>

Asesor

Mag. Paico Vasquez Franco Yenner

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2797-1715>

Línea de Investigación

**Calidad de vida, promoción de la salud del individuo y la
comunidad para el desarrollo de la sociedad**

Sublínea de Investigación

**Nuevas alternativas de prevención y el manejo
de enfermedades crónicas y/o no transmisibles**

Pimentel – Perú

2025


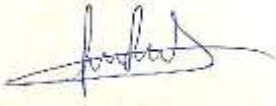
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscribimos la **DECLARACIÓN JURADA**, somos **Ydrogo Medina Flor Gisela** junto a **Palacios Noriega Dajhanna del Pilar** del Programa de Estudios de Medicina Humana de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

“Hernioplastia inguinal en hombres: Revisión sistemática comparativa de la técnica abierta versus laparoscópica”

El texto de mi revisión sistemática responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la revisión sistemática cumple con ser inédito, original y auténtico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

<p>Palacios Noriega Dajhanna del Pilar</p>	<p>DNI: 70668091</p>	
<p>Ydrogo Medina Flor Gisela</p>	<p>DNI: 73352307</p>	

Pimentel, 8 de enero del 2024



24% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidos los fuentes superpuestas, para el...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y lo revise.

Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
I. INTRODUCCIÓN	7
1.1. Realidad problemática.....	7
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Hipótesis	10
1.4. Objetivos	10
1.5. Teorías relacionadas al tema	11
II. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	13
III. RESULTADOS	16
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	31
REFERENCIAS.....	34

Resumen

Las hernias inguinales son una de las patologías quirúrgicas más prevalentes en el ámbito hospitalario, manifestándose como un bulto en la región inguinal. El diagnóstico se realiza a través de inspección y palpación durante el examen físico, y en ocasiones se recurre a ecografía si hay dudas sobre el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, pudiendo ser a cielo abierto (técnica de Lichtenstein) o laparoscópico (TEP-TAPP).

El objetivo principal de la investigación fue comparar las ventajas y complicaciones de la hernioplastia inguinal abierta en comparación con la laparoscópica en pacientes masculinos. Se realizó un estudio sistemático acerca del asunto "Hernioplastia inguinal abierta vs laparoscópica en hombres" en el campo de la cirugía. Este análisis se fundamentó con la guía PRISMA 2020. Además, mediante una estrategia de búsqueda integral de la literatura, que incluyó la búsqueda de artículos científicos y revisiones sistemáticas en diversas bases de datos como PubMed, Web of Science, Scopus y Cochrane. Para facilitar la obtención de información, se utilizaron términos derivados de los descriptores MeSH y DeCS, tales como "hernia inguinal", "hernioplastia inguinal" y "complicaciones postquirúrgicas", así como los operadores booleanos AND y OR. Se seleccionaron 25 artículos que ofrecen información científica relevante. Estos artículos permiten un análisis comparativo que destaca que la técnica abierta presenta una menor curva de aprendizaje, mientras que la laparoscópica se asocia con un menor tiempo operatorio y menos dolor.

Palabras claves: hernia inguinal, Lichtenstein, hernioplastia, inguinal, curva de aprendizaje.

Abstract

Inguinal hernias are one of the most prevalent surgical pathologies in the hospital setting, manifesting as a lump in the inguinal region. The diagnosis is made through inspection and palpation during the physical examination, and ultrasound is sometimes used if there is doubt about the diagnosis. The treatment is surgical, and can be open (Lichtenstein technique) or laparoscopic (TEP-TAPP).

The main objective of the research was to compare the advantages and complications of open inguinal hernioplasty compared to laparoscopic in male patients. A systematic study was carried out on the issue "Open vs laparoscopic inguinal hernioplasty in men" in the field of surgery. This analysis was based on the PRISMA 2020 guide. Additionally, through a comprehensive literature search strategy, which included the search for scientific articles and systematic reviews in various databases such as PubMed, Web of Science, Scopus and Cochrane. To facilitate obtaining information, terms derived from the MeSH and DeCS descriptors were used, such as "inguinal hernia", "inguinal hernioplasty" and "post-surgical complications", as well as the Boolean operators AND and OR. 25 articles that offer relevant scientific information were selected. These articles allow a comparative analysis that highlights that the open technique has a shorter learning curve, while the laparoscopic technique is associated with shorter operating time and less pain.

Keywords: inguinal hernia, Lichtenstein, hernioplasty, inguinal, learning curve.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática.

Según el Grupo HerniaSurge, una hernia inguinal (HI) se define como una protrusión de un segmento o estructura anatómica que se aleja del lugar habitual, lo que puede provocar una variedad de síntomas y complicaciones (1). El 75% de las hernias localizadas en el área abdominal son hernias inguinales (HI), con una incidencia del 27% en hombres, de los cuales el 68% son hernias inguinales indirectas (2). Después de la implementación de las mallas, técnicas como la laparoscopia totalmente extraperitoneal (TEP) y la laparoscopia transabdominal preperitoneal (TAPP) se han consolidado como el estándar de referencia para las hernioplastias (3).

Irving L. Lichtenstein introdujo la hernioplastia sin tensión mediante el uso de mallas sintéticas, que en la actualidad es el método convencional más habitual (4). Las complicaciones vinculadas a ambas técnicas han sido estudiadas y exhiben atributos parecidos. Para el método de Lichtenstein, se registra un 12,4% de casos de inguinodinia aguda y crónica, un 6,7% de infecciones en el sitio quirúrgico y un 2,34% de recidivas (5). Entre el 10% y el 15% de la población global padece esta enfermedad, siendo las hernias inguinales las más frecuentes, representando el 60% de las situaciones (6).

El surgimiento de hernias inguinales (HI) es más frecuente en personas de entre 30 y 59 años, representando entre el 40% y el 55% de todas las situaciones de hernias (7). La hernia inguinal (HI) puede ser detectada en el 95% de los casos mediante una exploración física (8). En la actualidad, se ha descubierto que aproximadamente el 70% de los pacientes son inicialmente asintomáticos, pero luego desarrollan síntomas. No obstante, se ha notado que el 70% de estos pacientes

acaban requiriendo una operación al volverse con síntomas (9).

Se considera que la hernioplastia es el tratamiento preferido, dado que reduce el índice de recurrencia en un 75% en comparación con las intervenciones quirúrgicas efectuadas sin mallas. La aplicación de la malla no aumenta la posibilidad de contaminación en la lesión (10). Las técnicas que se utilizan más frecuentemente a nivel mundial a través de métodos convencionales o abiertos son la técnica de Lichtenstein, junto con las técnicas laparoscópicas, que comprenden la aproximación transabdominal preperitoneal (TAPP) y la total extraperitoneal (TEP). En circunstancias donde no se cuenta con malla o cuando el paciente no quiere hacer uso de este material, el método más frecuentemente empleado es la Shouldice (11).

A nivel internacional, Quispe et al. (12) llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo con 59 pacientes para comparar la efectividad de las técnicas de reparación Lichtenstein y TAPP. Se registraron 19 complicaciones postoperatorias menores, lo que equivale al 32,8%: 10 en el grupo Lichtenstein (27,8%) y 9 en el grupo TAPP (40,9%). Además, los pacientes sometidos a Lichtenstein mostraron niveles más altos de proteína C reactiva (PCR) (1,10 mg/dl frente a 0,29 mg/dl; $p= 0,03$) y reportaron mayor dolor en la Escala Visual Analógica (EVA) en el día 8 postoperatorio (44,32 frente a 22,28; $p < 0,01$) en comparación con aquellos sin complicaciones. (13).

Por consiguiente, Sofi J et al. (14) realizaron un estudio de cohorte retrospectivo con 60 pacientes para comparar las técnicas TAPP y Lichtenstein en hernias inguinales unilaterales. Los resultados mostraron que el tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo TAPP ($p < 0,001$), pero los niveles de dolor fueron más bajos en este grupo ($p < 0,001$). Además, la tasa de complicaciones fue menor en el grupo TAPP (6,7%) frente al grupo Lichtenstein (23,3%). Los pacientes del grupo TAPP también regresaron al trabajo más rápidamente que los del grupo Lichtenstein ($p < 0,001$).

Por otro lado, Hurel R et al. realizaron un estudio de cohortes retrospectivo para evaluar la eficacia de las reparaciones quirúrgicas en relación con el dolor inguinal posoperatorio crónico (DIPC) un año después de la intervención. Incluyeron a 15,161 pacientes que se sometieron a reparaciones primarias de hernia inguinal, comparando las técnicas de Lichtenstein y TAPP. Los resultados mostraron que el grupo tratado con la técnica de Lichtenstein experimentó un DIPC significativamente mayor después de un año en comparación con el grupo TAPP (15,9% frente a 10,0%, $p < 0,0001$).

La hernia inguinal es una afección frecuente entre los adultos. Se estima que el riesgo de presentar una hernia inguinal a lo largo de la vida es del 27 % en hombres y del 3 % en mujeres. (15). Por lo tanto, se ha establecido que esta afección primordial debido al impacto que tiene en los sistemas de atención sanitaria (16). Más del 80 % de las intervenciones quirúrgicas para corregir estas hernias utilizan materiales protésicos (16).

Un estudio reveló que la estancia hospitalaria promedio es de 4 días para la técnica abierta y de 3 días para el método laparoscópico. (17). Un estudio mostró que el 81,2% de los pacientes que se sometieron a cirugía laparoscópica fueron dados de alta en menos de 24 horas, en contraste con el 54,2% de los pacientes que optaron por el método abierto (18). El método laparoscópico para el retorno a la actividad física es más eficiente, con un tiempo promedio de recuperación de 9,5 días, en comparación con 17,3 días del método abierto (19).

A nivel nacional, Vigil R et al. (20) realizaron un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para evaluar la eficacia del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral sometidos a cirugía con las técnicas de Lichtenstein y TAPP. Se incluyeron 154 pacientes, con una edad promedio de 43 años, de los cuales el 65.6%

eran hombres y el 67.5% tenía un riesgo quirúrgico ASA I. El 61% eligió la técnica de Lichtenstein y el 39% la técnica TAPP. Se encontró que la técnica TAPP se utilizó más en mujeres ($p=0.037$) y que su duración fue mayor en comparación con Lichtenstein ($p=0.033$).

1.2. Formulación del problema

¿Qué ventajas y complicaciones presenta la hernioplastia inguinal abierta frente a la laparoscopia en hombres?

1.3. Hipótesis

En la hipótesis no se contrastará ningún resultado, solo se analizará mediante un análisis sistemático cuales son las ventajas y desventajas de la cirugía en estudio.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Evaluar los beneficios y limitaciones de la hernioplastia inguinal abierta frente a la laparoscopia en hombres.

1.4.2 Objetivos específicos

- Describir las características de los estudios sobre Hernioplastia inguinal en hombres: Revisión sistemática comparativa de la técnica abierta versus laparoscópica.
- Identificar el efecto del desenlace de los estudios sobre Hernioplastia inguinal en hombres: Revisión sistemática comparativa de la técnica abierta versus laparoscópica.
- Determinar el riesgo de sesgo de cada estudio sobre Hernioplastia inguinal en hombres: Revisión sistemática comparativa de la técnica abierta versus laparoscópica.

1.5. Teorías relacionadas al tema

La elección entre estas técnicas puede verse influenciada por varios factores, incluyendo consideraciones clínicas, económicas y comportamentales.

La teoría de decisiones comportamentales se centra en cómo los individuos toman decisiones, considerando no solo los resultados económicos, sino también aspectos psicológicos, emocionales y sociales. Según esta teoría, las decisiones se basan en la maximización de la utilidad esperada, donde los individuos evalúan las posibles opciones y sus resultados esperados.

Las personas a menudo utilizan atajos mentales (heurísticas) que pueden llevar a sesgos en la toma de decisiones. Por ejemplo, la disponibilidad de información sobre resultados postoperatorios podría influir en la percepción de riesgo y beneficio entre las técnicas. Esta teoría sugiere que las personas valoran las pérdidas y ganancias de manera diferente, lo que puede influir en su elección entre una técnica que podría presentar un mayor riesgo (como complicaciones) y otra que parece más segura.

Las decisiones también pueden verse afectadas por la opinión de otros, como

médicos, familiares y amigos. La recomendación de un cirujano, por ejemplo, puede tener un gran peso en la decisión del paciente. La elección entre la hernioplastia inguinal abierta y laparoscópica no se basa únicamente en datos clínicos, sino que también se ve influenciada por factores psicológicos, sociales y económicos. Las decisiones de los pacientes y cirujanos deben considerar no solo la evidencia científica disponible, sino también el contexto individual y las preferencias personales. Realizar una revisión sistemática puede ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas.

II. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

2.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

La selección de la bibliografía se llevó a cabo de manera ordenada, comenzando por la aplicación de métodos de búsqueda y criterios de selección de manera continua. Las publicaciones elegidas fueron inicialmente evaluadas en función de su título y resumen, lo que permitió una lectura completa posterior. Con la bibliografía seleccionada, se creó una tabla de recolección de datos que incluye el número, la base de datos, la revista de publicación, el idioma, los autores, el año de publicación, el título y los objetivos. Finalmente, los términos más usados en las bases de datos fueron HERNIOPLASTY "OR" INGUINAL "AND" LAPAROSCOPIC"AND" CONVENTIONAL.

Base de datos científicas	Método de búsqueda	Nº de artículos encontrados	Idioma	Tipo de documento
PUBMED	("inguinal hernia repair" OR "hernia repair, inguinal" OR "hernia surgery") AND ("open technique" OR "open surgery") AND ("laparoscopic technique" OR "laparoscopic surgery") AND (men OR males) AND ("systematic review" OR "comparative study")	17	Español – inglés – portugués	Revisiones sistemáticas metaanálisis Estudios de Cohorte Ensayos clínicos aleatorizados

COCHRANE	("inguinal hernia repair" OR "hernia repair, inguinal") AND ("open technique" OR "open surgery") AND ("laparoscopic technique" OR "laparoscopic surgery") AND (men OR males)	3	Español – inglés - italiano	Revisiones sistemáticas
----------	--	---	--------------------------------	-------------------------

2.2. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Se consideraron los criterios siguientes para la elección:

CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN

- Todos los textos escritos en español e inglés fueron aceptados.
- Se incorporaron publicaciones originales, metaanálisis, investigaciones científicas, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECA), además de trabajos vinculados con la hernioplastia inguinal, ya sea abierta o laparoscópica.
- Se tomaron en cuenta artículos que trataran temas pertinentes para la población masculina.
- Se incorporaron investigaciones que cubrían pacientes de entre 30 y 70 años.
- Se admitieron productos de acceso libre.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Los puestos que no estén disponibles en español o inglés fueron descartados.
- Se descartaron artículos que carecían de relevancia

2.3. ANALISIS DE DATOS Y ELABORACION DE INFORMES

Para realizar el estudio de datos acerca del asunto “Hernioplastia inguinal en hombres: Revisión sistemática comparativa de la técnica abierta versus laparoscópica”, se recolectaron datos respaldados por revisiones sistemáticas que comprendían los autores, el año de publicación, el origen y el país de los datos, además de los propósitos y conclusiones de las investigaciones. Adicionalmente, se recolectaron datos de los artículos científicos, como los escritores, la revista en la que se publicaron, el año de publicación, el país de procedencia y el tipo de investigación, junto con sus hallazgos y conclusiones.

2.4. ESCALA DE EVALUACIÓN DE SESGO

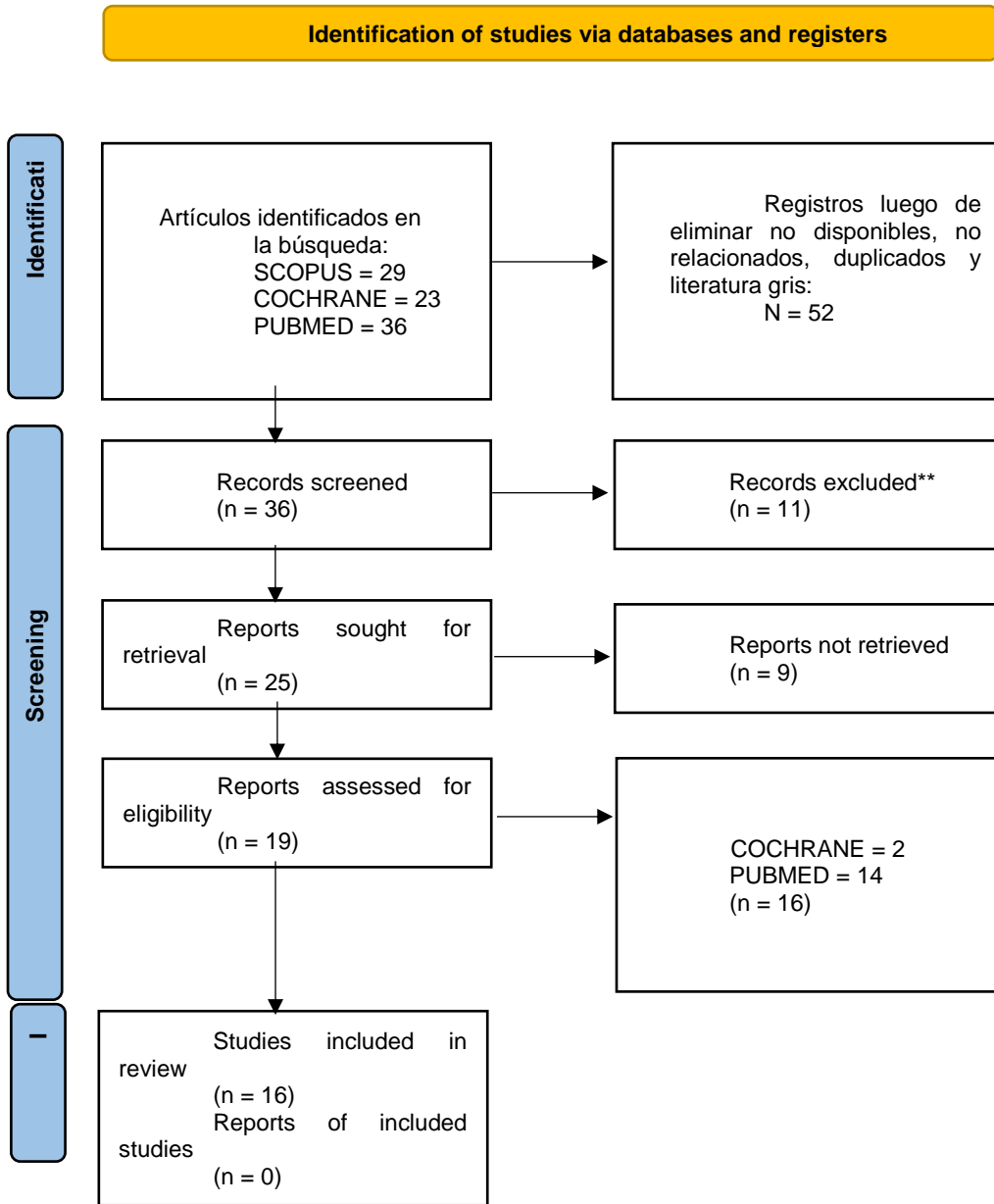
Para evaluar el riesgo de sesgo, se utilizó la herramienta ROBINS-I, que se centra en siete áreas clave: selección de participantes, intervenciones, diferencias en la selección de intervenciones comparativas, evaluación de resultados, ausencia de datos, selección de resultados informados y resultados selectivos. Cada área se analiza en función de su impacto en el riesgo de sesgo y se clasifica en cuatro categorías: bajo, moderado, crítico y alto riesgo.

En esta revisión sistemática, se empleó el software Covidence para eliminar duplicados, lo que optimizó la deduplicación y facilitó la gestión de datos. Covidence importó estudios de diferentes bases de datos y, mediante un algoritmo, identificó automáticamente los duplicados basándose en coincidencias de título, autores y año de publicación, permitiendo su revisión y eliminación eficiente.

III. RESULTADOS

Se llevó a cabo un estudio sistemático sobre "Hernioplastia inguinal abierta vs laparoscópica en hombres", siguiendo la guía PRISMA 2020. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed y Cochrane, utilizando términos MeSH y DeCS relacionados con "hernia inguinal", "hernioplastia inguinal" y "complicaciones postquirúrgicas", junto con operadores booleanos. De un total de 88 publicaciones identificadas, se excluyeron 52 por diversas razones, quedando 36 para su lectura completa. De estas, 19 no cumplían con los criterios, lo que resultó en la inclusión final de 16 estudios en la revisión.

2.1. FLUJO DE DIAGRAMA PRISMA



Se constató que el 88% de las publicaciones se encuentran en la base de datos PUBMED, y el 12% en COCHRANE. En cuanto al idioma, 14 de las publicaciones están en inglés, 1 en portugués y el 1 en italiano.

Tabla 1. Características de los estudios

N°	Base de Datos	Publicado en	Autores y año de la Publicación	Idioma	Título
1	PUBMED	Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies	Sun L, Shen YM, Chen J. (2020)	Inglés	Hernioplastia laparoscópica versus hernioplastia de Lichte Nstein para hernias inguinales: una revisión sistemática y un metanálisis de ensayos controlados aleatorios
2	PUBMED	Acta Biomed Ateneo Parmense	L. Sarli 1, N. Piedra , Oh Chua , R Costi , B Tenasseril ,	Inglés	Estudio comparativo prospectivo aleatorizado de hernioplastia laparoscópica y hernioplastia sin tensión de Lichtenstein
3	PUBMED	Innov quirúrgico	Alfredo Moreno Egea	Inglés	¿Es posible eliminar las suturas en la reparación de hernia inguinal abierta (técnica de Lichtenstein) y laparoscópica (endoscópica totalmente extraperitoneal)? Un ensayo controlado aleatorizado con adhesivo tisular (n-hexil- α -cianoacrilato)

4	PUBMED	The Journal of surgical research	Huerta S, et al. (2019)	Inglés	Reparación de hernia inguinal abierta, laparoscópica y robótica: resultados y predictores de complicaciones
5	PUBMED	Surgical Technology international	Goksoy B, Yilmaz G, Azamat I, Ozata I, Duman K. (2021)	Inglés	Reparación laparoscópica de hernia inguinal TAPP versus TEP: resultados de 301 pacientes consecutivos
6	PUBMED	Hernia: The journal of hernias and abdominal wall surgery	Bodilsen A, Brandsborg S, Friis-Andersen H. (2022)	Inglés	Recurrencia y complicaciones después de la reparación de hernia inguinal deslizante
7	PUBMED	Brazilian archives of digestive surgery	Rodrigues G, Zilles A, Dill L, Brito R, Sadowski J, Roginski C. (2022)	Inglés, portugueses	Reparación laparoscópica de hernia inguinal: evaluación a largo plazo del dolor crónico y la calidad de vida
8	PUBMED	ANZ journal of surgery	Pang N, Ying C, Hui C. (2022)	Inglés	Reparación de hernia inguinal laparoscópica versus abierta en adultos mayores: una revisión sistemática y un metanálisis
9	PUBMED	Hernia: The journal of hernias and abdominal wall surgery	Li W, Gong W, Liu Q. (2019)	Inglés	Técnicas complementarias intraoperatorias para reducir la formación de seroma en la hernioplastia inguinal laparoscópica: una revisión sistemática.

10	PUBMED	Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques	Zhu Y, Liu M, Li J, Wang M. (2019)	Inglés	Cierre del defecto herniario inguinal directo en la hernioplastia laparoscópica para prevenir la formación de seroma: un ensayo controlado aleatorio, doble ciego y prospectivo
11	PUBMED	ANZ journal of surgery	Smith S, et al. (2022)	Inglés	Reparación de hernias inguinales con malla o sin malla: una revisión rápida
12	PUBMED	BMC surgery	Hajili K, Vega A, Otten J, Richards D, Rudroff C. (2023)	Inglés	Factores de riesgo de morbilidad temprana y tardía en pacientes con enfermedad cardiovascular sometidos a reparación de hernia inguinal con un enfoque personalizado: un estudio de cohorte de un solo centro
13	PUBMED	Journal of anesthesia	Liu Y, Zhou M, Zhu X, Gu X, Ma Z, Zhang W. (2020)	Inglés	Factores de riesgo y de protección para el dolor crónico después de la reparación de una hernia inguinal: un estudio retrospectivo
14	PUBMED	Italian Annals of Surgery	Andercou O, Olteanu G, Stancu B, Mihaileanu F, Chiorescu S,	Inglés, italiano	Factores de riesgo y prevención del dolor crónico y la disfunción sensorial
15	COCHRANE	Alexandria Journal of Medicine	Ziarra A. (2021)	Inglés	Patrón de hernia inguinal en el hospital universitario Al-Basra: un estudio clínico prospectivo

16	COCHRA NE	Scandinavia n journal of urology	Ahtinen M, Vironen J, Murtola T. (2022)	Inglés	El riesgo de reparación de hernia inguinal después de una prostatectomía radical: un estudio de cohorte de base poblacional
----	--------------	----------------------------------	---	--------	--

La mayoría de los estudios comparten objetivos similares: identificar, describir y comparar las complicaciones postquirúrgicas en pacientes que han sido sometidos a hernioplastia inguinal. Esto incluye la evaluación de diferentes técnicas quirúrgicas (laparoscópica, Lichtenstein, TEP, TAPP) y su relación con las tasas de complicaciones y recurrencias.

Se han reportado complicaciones como seromas, infecciones, y dolor crónico. La tasa de complicaciones varía entre los estudios, pero algunos indican que entre el 7% y el 15% de los pacientes presentan complicaciones.

Las técnicas laparoscópicas parecen ofrecer ventajas como menos dolor crónico y recuperación más rápida, aunque en algunos estudios se reporta una mayor tasa de recurrencia en comparación con las técnicas abiertas.

Se identifican factores de riesgo como la edad avanzada, comorbilidades (por ejemplo, hipertensión y diabetes), y técnicas quirúrgicas de emergencia que aumentan la probabilidad de complicaciones.

Los resultados de los estudios varían según la técnica utilizada. Por ejemplo, algunos estudios destacan que la reparación con malla (como el método Lichtenstein) tiene una menor tasa de recurrencia y complicaciones en comparación con métodos sin malla, aunque el uso de malla también se asocia con complicaciones viscerales.

La anestesia local se asocia con menos complicaciones en pacientes mayores, lo que sugiere que la elección de anestesia puede influir en los resultados postoperatorios

Tabla 2. Efecto de los estudios

N°	Objetivos	Resultados
1	Explorar la seguridad y eficacia de la hernioplastia de Lichtenstein frente a la hernioplastia laparoscópica para las hernias inguinales según ensayos controlados aleatorizados elegibles	Los resultados indicaron que, en comparación con el grupo de Lichtenstein, el grupo de cirugía laparoscópica tuvo un tiempo operatorio significativamente mayor. Además, no hubo diferencias significativas en la tasa de hematomas o seroma y complicaciones entre los dos grupos. Sin embargo, en comparación con el grupo de Lichtenstein, el grupo de cirugía laparoscópica tuvo una mayor tasa de recurrencia de hernia, una menor incidencia de dolor crónico y una menor tasa de infección de la herida, pero no se encontraron diferencias significativas.
2	Comparar la hernioplastia inguinal preperitoneal transabdominal laparoscópica (TAPP) con la técnica abierta de Lichtenstein.	El informe indica que la técnica TAPP no muestra ventajas en complicaciones, dolor o tiempo de discapacidad en comparación con la reparación de hernia abierta sin tensión. Sin embargo, el enfoque laparoscópico permite identificar defectos ocultos, lo que reduce el riesgo de recurrencias por hernias no detectadas.
3	Analizar la efectividad del cianoacrilato como alternativa a las suturas en el tratamiento de las hernias inguinales.	El uso de pegamento en cirugía no presentó morbilidad asociada y redujo significativamente el tiempo quirúrgico (12 minutos en cirugía abierta y 13 en laparoscópica), así como el dolor y el consumo de analgésicos ($P < 0,001$). Un año después, el adhesivo no afectó la tasa de recidiva en ninguno de los métodos. Además, se estimó un ahorro potencial anual de 123.916,3 euros.

4	Se comparó la reparación de hernia inguinal laparoscópica (LHR) y la RHR con la reparación de hernia inguinal abierta (OHR) en pacientes veteranos realizada por cirujanos más familiarizados con cada enfoque.	Las características demográficas de los pacientes fueron similares entre los grupos, excepto por la edad, que fue mayor en la cohorte OHR. El seguimiento promedio fue de $5,2 \pm 3,4$ años. En el presente informe, la recurrencia se asoció con una tasa más alta en el RHR frente al OHR (5,6 % frente al 1,7 %; $P < 0,02$), pero no en el LHR frente al OHR (3,9 % frente al 1,9 %; $P = 0,09$). La inguinodinia fue más probable en el LHR y el RHR en comparación con el OHR (9,4 % y 14,1 frente al 1,5 %; ambos valores $P < 0,001$). La retención urinaria también fue más común en los pacientes con LHR y RHR que en los pacientes con OHR (5,5% y 5,6% versus 1,8%, ambos valores de $p < 0,05$), al igual que la tasa de complicaciones generales (34,4% y 38,0% versus 11,2%, ambos valores de $p < 0,001$). El análisis de regresión multivariable mostró que las hernias femorales, el ASA, la albúmina sérica, el tiempo de permanencia en el quirófano, una hernia recurrente y los abordajes mínimamente invasivos fueron predictores independientes de las complicaciones generales
5	Compare los dos métodos en la reparación de la hernia inguinal unilateral.	Un total de 301 pacientes (TEP $n = 234$, TAPP $n = 67$) fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 43 años y el período de seguimiento fue de dos años. Los grupos fueron similares en términos de características demográficas y tipo de hernia. El tiempo operatorio medio fue mayor en el grupo TAPP que en el grupo TEP (67 min y 58 min, $p = 0,007$). La tasa de recurrencia fue del 4,3% en el grupo TEP y del 5,9% en el grupo TAPP ($p > 0,05$). La tasa de conversión fue del 6% en ambos grupos. En total, 19 (6,3%) pacientes tuvieron complicaciones intraoperatorias (TEP $n = 16$, TAPP $n = 3$) y 23 (7,6%) pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias (TEP $n = 16$, TAPP $n = 7$). Las tasas de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias fueron similares entre los grupos ($p = 0,31$ y $p = 0,051$, respectivamente). El dolor postoperatorio temprano fue menor en el grupo TEP ($p=0,004$).
6	Investigar el riesgo de complicaciones postoperatorias y el riesgo de reoperación por recurrencia en pacientes con hernia deslizante según la técnica quirúrgica.	Se incluyeron un total de 32.396 reparaciones de hernia. El 13,5% presentó hernia deslizante. No se encontraron diferencias en las complicaciones posoperatorias al comparar hernias laterales deslizantes y no deslizantes (5,1% frente a 4,2% a los 90 días de seguimiento). Los pacientes tratados con una reparación de Lichenstein tuvieron un mayor riesgo de complicaciones menores en comparación con una reparación laparoscópica, sin embargo, el riesgo fue bajo en general (1,9% frente a 0,8%). En general, el 3,1% tuvo reparación quirúrgica de recurrencia, se encontró un mayor riesgo entre los pacientes con hernia deslizante (4,3% frente a 2,9%), particularmente entre los que se sometieron a una reparación de Lichenstein (OR 2,07, IC del 95% 1,11-3,85).

7	<p>Este estudio tuvo como objetivo evaluar y comparar la incidencia posoperatoria a largo plazo del dolor crónico y la calidad de vida general entre pacientes sometidos a reparación de hernia inguinal transabdominal extraperitoneal o transabdominal preperitoneal.</p>	<p>Se incluyeron en el estudio un total de 167 pacientes con estado posoperatorio de reparación de hernia inguinal laparoscópica, que se encontraban 3 meses o más después de la operación. Entre las complicaciones tempranas observadas, el seroma fue el más común en el grupo transabdominal preperitoneal ($p = 0,04$). Posteriormente, 40 de los 167 pacientes iniciales respondieron a la encuesta (SF-36 y Escala Visual Analógica). El dolor medio informado por el paciente (puntuación de la Escala Visual Analógica) fue estadísticamente similar entre los grupos, con 1,29 para el preperitoneal transabdominal y 1,68 para el extraperitoneal transabdominal ($p = 0,92$). En los dominios evaluados por el SF-36, no hubo diferencia significativa entre las muestras.</p>
8	<p>Comparar los resultados de las técnicas de reparación de hernia inguinal laparoscópica versus abierta en adultos mayores.</p>	<p>Se incluyeron un total de cinco artículos en el análisis final. La duración de la hospitalización postoperatoria fue menor en los pacientes que se sometieron a reparación laparoscópica de hernia (IC del 95 %: -1,50 a -0,72; $P < 0,01$, $I^2 = 79$ %). El grupo de reparación laparoscópica tuvo un número significativamente menor de pacientes que sufrieron infecciones de la herida postoperatoria (IC del 95 %: 0,02 a 0,47; $P = 0,003$, $I^2 = 0$ %), y una menor incidencia de dolor crónico (IC del 95 %: 0,14 a 0,37, $P < 0,01$, $I^2 = 46$ %). El análisis de los resultados restantes no reveló diferencias estadísticamente significativas entre la reparación de hernia abierta y la laparoscópica.</p>
9	<p>Evaluar los efectos y las limitaciones de las técnicas complementarias utilizadas durante la reparación laparoscópica de la hernia inguinal.</p>	<p>De los 965 estudios identificados, 8 cumplieron con los criterios de inclusión. Se describieron seis técnicas complementarias en la literatura.</p> <p>Inversión de la fascia transversal (TF) con grapado: un estudio prospectivo, controlado y no aleatorizado reveló una menor incidencia de seroma posoperatorio después de la inversión de la TF con grapado para hernias inguinales directas (4,17 % frente a 14,29 %, $P < 0,05$).</p> <p>Técnica Endoloop: un estudio prospectivo de 76 casos que involucraron esta técnica reveló una baja incidencia de formación de seroma (3,9 % a las 2 semanas) en hernias directas.</p> <p>Cierre de la TF con sutura barbada: un estudio prospectivo de 36 hernias directas informó solo un seroma clínico palpable que se resolvió 1 mes después.</p> <p>Drenajes quirúrgicos: tres ensayos informaron los resultados de los drenajes, y los resultados agrupados demostraron una formación de seroma significativamente menor en pacientes con drenajes quirúrgicos (2,1 frente a 23,8 %; razón de probabilidades 0,12; intervalo de confianza del 95 % 0,08-0,19; $P < 0,0001$).</p>

10	Este ensayo controlado aleatorio evaluó el efecto preventivo de una técnica simple mediante el cierre del defecto herniario directo con sutura barbada en la hernia inguinal directa laparoscópica.	No hubo diferencias significativas en las características demográficas iniciales entre los 2 grupos, incluyendo edad, sexo, tipo de hernia, tamaño del defecto herniario, abordaje quirúrgico y tiempo de seguimiento. En comparación con el grupo de control, hubo significativamente menos pacientes con formación de seroma a los 7 días, 1 y 3 meses después de las operaciones en el grupo de cierre del defecto ($P < 0,001$, $< 0,001$, $0,002$, respectivamente). Además, el volumen de seroma ultrasónico fue menor en el grupo de cierre del defecto en el día 7 del postoperatorio (13,33 frente a 30,45 mL; $P = 0,02$). El dolor agudo y la estancia hospitalaria fueron comparables ($P = 0,61$, $0,85$, respectivamente), y no se observó dolor crónico, recurrencia temprana u otras complicaciones postoperatorias en ambos grupos durante el período de seguimiento.
11	Este estudio tuvo como objetivo comparar las complicaciones posoperatorias entre las reparaciones de hernias inguinales con y sin malla e identificar otros factores de riesgo relacionados con la operación y el paciente asociados con malos resultados posoperatorios.	La búsqueda sistemática arrojó 4268 resultados, que incluyeron siete revisiones sistemáticas y cinco análisis de registros. Las técnicas de reparación con malla dieron como resultado tasas de recurrencia de hernia más bajas, sin diferencias en el dolor crónico, seroma, hematoma o infección de la herida, en comparación con las técnicas sin malla. Los factores de riesgo asociados con un mayor riesgo de recurrencia de hernia fueron un índice de masa corporal (IMC) elevado, estado de tabaquismo positivo y hernia directa. Estos fueron independientes de la técnica quirúrgica. Los pacientes menores de 40 años tenían un mayor riesgo de dolor posoperatorio.
12	El estudio tuvo como objetivo identificar el procedimiento quirúrgico más beneficioso para estos pacientes.	De los 474 pacientes incluidos, 223 (47%) fueron operados con la técnica de Lichtenstein y 251 (53%) con TAPP, respectivamente. En el grupo de ECV, el procedimiento de Lichtenstein fue más común ($n = 102$, 68,9%), en el grupo de NO fue TAPP ($n = 205$, 62,9%; $p < 0,001$). 13 (8,8%) pacientes en el grupo de ECV y 12 (3,7%) pacientes en el grupo de NO desarrollaron un hematoma posoperatorio ($p = 0,023$). En el análisis de subgrupos posterior dentro del grupo de ECV, se reveló que el tratamiento con cumarina era un factor de riesgo para el desarrollo de hematomas posoperatorios, mientras que el abordaje laparoscópico no elevó el riesgo de morbilidad.
13	El objetivo de este estudio fue investigar los factores de riesgo predictivos y los factores de protección para la CPSP después de la cirugía de hernia inguinal.	La incidencia de CPSP fue del 14,4%. La reparación bilateral de hernia inguinal (OR 4,44; IC del 95%: 1,62 a 12,17; $p = 0,004$), el dolor preoperatorio (OR 2,57; IC del 95%: 1,14 a 5,79; $p = 0,023$), la ansiedad preoperatoria (OR 1,05; IC del 95%: 1,01 a 1,09; $p = 0,018$) y la intensidad relativamente alta del dolor agudo 1 semana después de la cirugía (OR 1,40; IC del 95%: 1,03 a 1,91; $p = 0,031$) fueron los factores de riesgo para el CPSP, mientras que la ketamina en dosis baja en la inducción de la anestesia (OR 0,42; IC del 95%: 0,18 a 0,98; $p = 0,044$) fue el factor protector para el CPSP en pacientes sometidos a reparación de hernia inguinal.
14	Se determinó la etiología del dolor inguinal crónico posterior a la reparación de una hernia.	Después de completar este cuestionario, solo 365 pacientes permanecieron en el estudio. De estos pacientes, un total de 38 tenían diferente intensidad de dolor. De ellos, el 13% fueron operados mediante un procedimiento tisular, mientras que el procedimiento laparoscópico fue responsable solo del 7% de los pacientes con dolor crónico.

15	<p>Evaluar las características demográficas y clínicas de los pacientes con hernia inguinal que se sometieron a una reparación quirúrgica electiva o de emergencia de la hernia en el Hospital Universitario AlBasra.</p>	<p>En este estudio se incluyeron un total de 250 pacientes de entre 16 y 82 años (88,4 % hombres y 11,6 % mujeres). La mayoría de los pacientes tenían más de 40 años, casi la mitad eran fumadores y tenían antecedentes familiares de hernia inguinal. La mayoría de los pacientes tenían un peso corporal normal y el 12 % de los pacientes desarrollaron complicaciones posoperatorias.</p>
16	<p>Un estudio de registro poblacional a nivel nacional evaluará el riesgo de la reparación posoperatoria de hernia inguinal después del tratamiento con intención curativa primaria del carcinoma de próstata (PCa).</p>	<p>Se incluyeron en el estudio un total de 7207 casos de CaP. 4595 hombres fueron tratados con prostatectomía radical y 2612 con radioterapia. En general, el riesgo de reparación de hernia fue mayor entre los hombres tratados con prostatectomía en comparación con los hombres que recibieron radioterapia como tratamiento primario del CaP (HR 1,42, IC del 95 % 1,14–1,77). El riesgo no difirió notablemente según el método de prostatectomía.</p>

Tabla 3. Análisis de sesgo

N°	Análisis de sesgo
1	<p>Sesgo de selección: La inclusión de ensayos controlados aleatorizados puede limitar la generalización de los resultados a la práctica clínica real.</p> <p>Sesgo de información: Dependencia de reportes de complicaciones, que pueden estar subestimadas o sobrevaluadas.</p>
2	<p>Sesgo de publicación: Es posible que solo se incluyan estudios positivos en revisiones sistemáticas, lo que puede afectar la interpretación de la eficacia.</p> <p>Sesgo de medición: Dificultad para medir "defectos ocultos", que puede influir en la percepción de la eficacia del enfoque laparoscópico</p>
3	<p>Sesgo de selección: La población estudiada puede no ser representativa de todos los pacientes con hernias inguinales.</p> <p>Sesgo de expectativa: Los resultados pueden influir en los pacientes y cirujanos que esperan diferentes resultados basados en el tipo de técnica utilizada.</p>
4	<p>Sesgo de confusión: Las diferencias en las características demográficas pueden influir en los resultados, como la edad en la cohortes.</p> <p>Sesgo de interpretación: Diferencias en la experiencia del cirujano pueden afectar los resultados de las técnicas comparadas.</p>
5	<p>Sesgo de tamaño de muestra: La comparación entre grupos con tamaños diferentes puede influir en la significancia estadística.</p> <p>Sesgo de recuerdo: Reporte de complicaciones puede estar influenciado por la memoria de los pacientes sobre su experiencia.</p>
6	<p>Sesgo de selección: La inclusión de solo pacientes con hernias deslizantes puede limitar la aplicabilidad de los resultados.</p> <p>Sesgo de medición: Las complicaciones pueden no ser reportadas uniformemente entre los diferentes tipos de reparaciones.</p>
7	<p>Sesgo de seguimiento: Una baja tasa de respuesta en la encuesta puede introducir sesgo en la evaluación del dolor crónico y calidad de vida.</p> <p>Sesgo de confusión: Otros factores no controlados pueden influir en el dolor crónico</p>
8	<p>Sesgo de selección: Los estudios inclusivos pueden no capturar a todos los pacientes que se beneficiarían de las técnicas laparoscópicas.</p> <p>Sesgo de interpretación: Diferencias en la atención postoperatoria pueden influir en la percepción de complicaciones.</p>

9	<p>Sesgo de publicación: La falta de reportes negativos podría sesgar los resultados.</p> <p>Sesgo de medición: La evaluación de la formación de seromas puede depender de la técnica utilizada por el cirujano.</p>
10	<p>Sesgo de selección: La inclusión de solo pacientes con características específicas limita la aplicabilidad.</p> <p>Sesgo de medición: La técnica de cierre puede no ser estandarizada entre todos los cirujanos.</p>
11	<p>Sesgo de selección: La metodología de búsqueda puede excluir estudios relevantes.</p> <p>Sesgo de confusión: Factores como el índice de masa corporal y el tabaquismo pueden influir en los resultados.</p>
12	<p>Sesgo de confusión: La influencia de la comorbilidad cardiovascular podría afectar los resultados.</p> <p>Sesgo de selección: La selección de pacientes puede limitar la generalización a la población general de pacientes con hernias.</p>
13	<p>Sesgo de recuerdo: Los pacientes pueden no recordar con precisión su dolor postoperatorio.</p> <p>Sesgo de confusión: Factores como la ansiedad preoperatoria pueden influir en los resultados.</p>
14	<p>Sesgo de selección: La baja tasa de respuesta puede resultar en una muestra no representativa.</p> <p>Sesgo de medición: Diferencias en la evaluación del dolor pueden influir en los resultados.</p>
15	<p>Sesgo de selección: La población estudiada puede no ser representativa de otras regiones.</p> <p>Sesgo de medición: Los métodos de diagnóstico pueden variar y afectar la clasificación de las hernias.</p>
16	<p>Sesgo de selección: La inclusión de solo hombres tratados en un hospital puede limitar la aplicabilidad a otros grupos.</p> <p>Sesgo de confusión: Factores relacionados con el tratamiento del cáncer de próstata pueden influir en la incidencia de hernias.</p>

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. DISCUSIÓN

La selección del enfoque quirúrgico para tratar a un paciente con hernia inguinal debe tener como objetivo minimizar la incomodidad tanto durante la intervención como en el postoperatorio. (27) La elección entre hernioplastia abierta y laparoscópica debe ser individualizada, considerando características del paciente y la hernia. Para hernias unilaterales primarias, ambas técnicas son viables, pero se prefiere la laparoscópica por sus beneficios. En hernias bilaterales primarias y recurrentes, especialmente tras una primera reparación abierta, también se recomienda la laparoscópica. La técnica abierta, aunque indicada para algunas hernias primarias y recurrentes, se utiliza menos en casos de hernias recurrentes tratadas laparoscópicamente y en defectos mayores a 4.5 cm. Un estudio con 474 pacientes mostró que la laparoscópica se asoció a hernias inguinales bilaterales y recurrentes. Otros autores, como Ziarra, respaldan la preferencia por la laparoscópica en mujeres y pacientes con obesidad, debido a menor complicación y tiempo quirúrgico. En un grupo de 250 pacientes intervenidos laparoscópicamente, el 88.4% eran hombres y el 11.6% mujeres, con el uso de la técnica TAPP en el grupo femenino. (28)

La elección entre técnicas quirúrgicas abiertas o laparoscópicas se ve influenciada por factores como la presencia de enfermedades crónicas. Un estudio de Smith et al. encontró que los pacientes con enfermedad cardiovascular tendieron a recibir más la técnica de Lichtenstein, la cual no incrementa el riesgo de morbilidad y puede realizarse con anestesia local. Otro estudio de Andercou et al. mostró que el 9.2% de los pacientes con hernias inguinales recidivantes se sometieron a cirugía abierta, mientras que el 91.2% con hernias primarias optaron por laparoscopia, ambos grupos presentando menos complicaciones. (29)

Las complicaciones postoperatorias, como recurrencias, dolor crónico e infecciones, pueden surgir independientemente de la técnica utilizada. Según Cardozo et al., en un estudio con la técnica de Lichtenstein, se reportaron tasas de complicaciones como recurrencias y seromas. Por otro lado, un análisis más amplio de Sol et al. no encontró complicaciones significativas en pacientes tratados con Lichtenstein y mostró que la laparoscopia estaba asociada a tasas más bajas de recurrencia, dolor crónico e infecciones. Un metanálisis de Pang et al. reafirmó que la reparación laparoscópica presenta menos infecciones y dolor crónico en comparación con la técnica abierta, destacando su ventaja en la reducción de complicaciones.

La comparación entre las técnicas quirúrgicas de hernioplastia laparoscópica y abierta revela varios beneficios para ambas. La laparoscopia, según O'Brien y colaboradores, ofrece mínimas incisiones, una visión ampliada de la anatomía inguinal y se asocia con menor dolor postoperatorio, menos complicaciones (como seromas e infecciones), una recuperación más rápida y menor tiempo de estancia hospitalaria. Sin embargo, la técnica abierta también presenta ventajas, como la posibilidad de usar anestesia local en pacientes de alto riesgo, menor tiempo operatorio y costos reducidos. Aunque el riesgo de recurrencia es bajo para ambas técnicas (1% para laparoscopia y 0.7% para abierta), estas cifras son importantes a considerar. Por último, en contextos de bajos recursos, la técnica abierta resulta más rentable. (30)

La hernia inguinal es la protrusión de un órgano o parte de él a través de la pared abdominal. Las hernias abdominales se pueden clasificar según su localización o causa. (31). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en Ecuador se registraron 14,192 pacientes con hernias inguinales, de los cuales 11,094 eran hombres. Esta condición ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de

hospitalización en 2022, según el Registro estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios.

En la cirugía abierta para hernias inguinales no complicadas, se recomienda una reparación sin tensión con malla, ya que las técnicas de aproximación primaria son propensas a fallos. En hernias complicadas, el uso de malla es debatido debido al riesgo de infección. Se sugiere utilizar malla si el paciente está en condiciones adecuadas, como en hernias encarceladas con solo edema. Sin embargo, en casos de contaminación por perforación intestinal o necrosis, se debe optar por una reparación tisular primaria para reducir el riesgo de infección. (32).

La técnica TAPP es el enfoque laparoscópico original para la reparación de hernias inguinales, mientras que la TEP es una evolución que aborda ciertos problemas de TAPP, aunque es más técnica y desafiadora debido al espacio de trabajo limitado. Las directrices internacionales sugieren que los cirujanos elijan la técnica en función de su formación y habilidades. Estudios indican que los tiempos operatorios, el dolor postoperatorio y las complicaciones son similares en ambas técnicas, pero TEP es preferida en casos de adherencias intraabdominales, mientras que TAPP se utiliza en cirugías abdominales previas, hernias ocultas y por razones de costo. (33).

Actualmente, se prefiere la laparoscopia sobre la técnica abierta sin tensión, ya que facilita una recuperación más rápida y reduce las complicaciones postoperatorias. Aunque se favorecen los procedimientos menos invasivos, la elección del enfoque dependerá de la experiencia del cirujano y de la situación clínica del paciente. (34).

4.2. CONCLUSION

Se evaluó la información sobre la hernioplastia inguinal laparoscópica en comparación con la técnica abierta sin tensión, analizando el bienestar del paciente y

la destreza del cirujano. El objetivo fue demostrar, a través de evidencia científica, que ambos procedimientos implican riesgos que dependen de las características del paciente y de la experiencia del equipo quirúrgico.

El análisis de técnicas quirúrgicas para tratar hernias inguinales revela que, a pesar de la evidencia, la técnica de Lichtenstein es la más común entre los cirujanos. Sin embargo, la técnica laparoscópica TAPP se destaca por ofrecer mayores ventajas en seguridad y una menor tasa de recurrencia.

La incidencia de hernias inguinales es mayor en hombres (27%) que en mujeres (3%). Se observó que la recurrencia de hernias inguinales primarias tras la reparación quirúrgica, ya sea abierta sin tensión o laparoscópica, es baja, entre el 1% y el 2%, gracias a avances en el material protésico y en las técnicas quirúrgicas.

Se analizaron las ventajas y desventajas de la hernioplastia inguinal laparoscópica, destacando que la técnica TAPP ofrece mejor identificación de la anatomía y de la hernia contralateral, mientras que la TEP evita abrir y cerrar el peritoneo. Ambos procedimientos tienen tiempos quirúrgicos y tasas de complicaciones similares. Sin embargo, la TAPP presenta más lesiones viscerales, mientras que la TEP tiene un mayor número de lesiones vasculares en el acceso. Además, la TEP muestra tasas de recidiva más altas y costos superiores en varios estudios.

REFERENCIAS

1. Van Veenendaal N, Simons M, Hope W, Tumtavitikul S, Bonjer J, Aufenacker T, et al. Consensus on international guidelines for management of groin hernias. *Surg Endosc.* 2020.
2. Haladu N, Alabi A, Brazzelli M, Imamura M, Ahmed I, Ramsay G, et al. Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews of randomised controlled trials. *Surg Endosc.* 2022;36:1-16.
3. Urkan M, Peker Y. TEP versus Lichtenstein, which one to choose? A retrospective cohort study. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65(4):531-7.
4. Alonso Rodríguez Y, Emilio J, Martín L, Hernández Núñez A. Characterization of Patients with Inguinal Hernia Operated on Using the Lichtenstein Technique. [sin publicación de revista].
5. Köckerling F, Simons M. Current Concepts of Inguinal Hernia Repair. *Visceral Medicine.* 2015;34(1):51-6.
6. Correa Martínez L, Luis D, Rodríguez D. *Ciencias Médicas de Pinar del Río.* 2018.
7. Muñoz H, Mayagoitia J. Inguinal hernia management and clinical practice guide. *Rev Hispanoamericana Hernia.* 2021;9:61-70.
8. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. ATENCIÓN MÉDICA News Hernias inguinales: diagnóstico y tratamiento. 2020.
9. Calle Reinoso M, Vera Pulla R, Calle Reinoso J. Complicaciones de la hernioplastia inguinal laparoscópica. *Rev Vive.* 2023.

10. Cabrera-Bermón C-C, JM, M-S JL, M-R C, R-M N, D-L-D F, et al. Reparación laparoscópica de la hernia inguinal en Cirugía Mayor Ambulatoria. Es el momento. 2021.
11. Cubas S, Varela M, Brito M, Pouy A, Muniz N, Parada U, et al. Tapp technique performed by young hands. Reproducing the results of the Lichtenstein procedure for symptomatic primary unilateral inguinal hernia. Rev Argent Cirugia. 2021.
12. Quispe R, Salgado W. Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus open Lichtenstein hernia repair. Comparison of the systemic inflammatory response and the postoperative pain. Acta Cir Bras. 2019;34(2):e201900206.
13. Sofi J, Nazir F, Kar I, Qayum K. Comparison between TAPP & Lichtenstein techniques for inguinal hernia repair: A retrospective cohort study. Ann Med Surg. 2021;72:103054.
14. Hurel R, Bouazzi L, Barbe C, Kianmanesh R, Romain B, Gillion J, et al. Vigil R, Del Castillo M. Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria. Rev Medica Hered. 2021;32(4):201-6.
15. Primatesta P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: Incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. Int J Epidemiol. 1996;25:835-9.
16. Millikan KW, Deziel DJ. The management of hernia. Considerations in cost effectiveness. Surg Clin North Am. 1996;76:105-16.

17. Élthes EE, Cozlea AL, Dénes M, Borz C, Sárdi K, Páll O, et al. Laparoscopic Versus Conventional Open Surgery for the Treatment of Bilateral Inguinal Hernias. *J Interdiscip Med.* 2018;3(3):181-5.
18. Gomes CA, Gomes FC, Podda M, Braga APF, Ribeiro SC, Vaz LF. Liechtenstein versus correção de hérnia laparoscópica transabdominal pré-peritoneal (tapp): um estudo comparativo prospectivo com foco nos resultados pósoperatórios em uma unidade de cirurgia geral. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2021;34(4):e1642.
19. Wu JJ, Way JA, Eslick GD, Cox MR. Transabdominal Pre-Peritoneal Versus Open Repair for Primary Unilateral Inguinal Hernia: A Meta-analysis. *World J Surg.* 2018;42(5):1304-11.
20. Rutkow IM. Epidemiologic, economic, and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990s. *Surg Clin North Am.* 1998;78:941-51.
21. Vigil R, Del Castillo M. Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria. *Rev Medica Hered.* 2021;32(4):201-6.
22. 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. 2019.
23. Tinoco Ortiz TL. Comportamiento de los factores de riesgo asociados a complicaciones agudas de la hernioplastia inguinal en el hospital metropolitano de Quito desde enero del 2015 hasta enero del 2018. [sin publicación de revista].

24. Lichtenstein versus TIPP versus TAPP versus TEP for primary inguinal hernia, a matched propensity score study on the French Club Hernie Registry. *Hernia*. 2023;27(5):1165-77.
25. Rodríguez Palmero O, Ordaz Marín L, Marcos García AA, Del Rosario Herrera VM. Hernioplastia inguinal de Lichtenstein. *Rev Sinapsis*. [sin año de publicación].
26. Morales-Conde S, Balla A, Navarro-Morales L, Moreno-Suero F, Licardie. ¿Es preferible el TAPP por vía laparoscópica para el tratamiento de la hernia inguinal? Técnica, indicaciones y expectativas de futuro. 2023.
27. Ahtinen M, Vironen J, Murtola TJ. The risk of inguinal hernia repair after radical prostatectomy – a population-based cohort study. *Scand J Urol*. 2022;56(3):191-6. Available from: <https://doi.org/10.1080/21681805.2022.2065357>
28. Ziarra A. Full article: Pattern of inguinal hernia in Al-Basra teaching hospital: a prospective clinical study. [sin año de publicación]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20905068.2021.1880042>
29. Patel VH, Wright AS. Controversies in Inguinal Hernia. *Surg Clin North Am*. 2021;101(6):1067-79. Available from: doi: 10.1016/j.suc.2021.06.005
30. Sun L, Shen YM, Chen J. Laparoscopic versus Lichtenstein hernioplasty for inguinal hernias: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Minim Invasive Ther Allied Technol*. 2020;29(1):20-7. Available from: doi: 10.1080/13645706.2019.1569534

31. Brooks, D. C., & Hawn, M. (Abril de 2024). UpToDate. Obtenido de Classification, clinical features, diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2%7E126&usage_type=default&display_rank=2#H606339728
32. Forrest, G. (2022). Reparación quirúrgica abierta de hernia inguinal y femoral en adultos. UptoDate. Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/open-surgical-repair-of-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=Hernioplastia%20inguinal%20laparosc%C3%B3pica%20versus%20t%C3%A9cnica%20abierta%20sin%20tensi%C3%B3n.&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_t
33. Sarosi, G., & Kfir, B.-D. (2022). Reparación laparoscópica de hernia inguinal y femoral en adultos. UpToDate. Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/laparoscopicinguinal-and-femoral-hernia-repair-in-adults?search=Hernioplastia%20inguinal%20laparosc%C3%B3pica%20versus%20t%C3%A9cnica%20abierta%20sin%20tensi%C3%B3n.&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=
34. Cubas, S., Varela, M., & Brito, M. (2023). Técnica TAPP en manos jóvenes. Es posible reproducir los resultados de la técnica Lichtenstein para la hernia inguinal sintomática primaria unilateral. Clínica quirúrgica B del hospital de

clínicas unidad docente asistencial de Cirugía

doi:<http://dx.doi.org/10.25132/raac.v113.n4.1498>