



## Comparación de la reparación de hernia inguinal por técnica abierta versus laparoscópica: revisión sistemática de la literatura

### Comparison of Open Versus Laparoscopic Inguinal Hernia Repair: A Systematic Literature Review

<https://doi.org/10.37135/ee.04.26.08>

#### Autores:

Erik Jhosue Sinche Herrera<sup>1</sup> - <https://orcid.org/0009-0002-8552-004X>

Fernando Ramiro Quito Ortiz<sup>1,2</sup> - <https://orcid.org/0000-0002-0592-5155>

#### Afiliación:

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba-Chimborazo.

<sup>2</sup>Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**Autor de correspondencia:** Erik Jhosue Sinche Herrera. Universidad Nacional de Chimborazo. Dirección postal: Av. Antonio José de Sucre Km 1 ½, vía a Guano, Riobamba – Ecuador. Email: [erik.sinche@unach.edu.ec](mailto:erik.sinche@unach.edu.ec)  
Teléfono: 0980116372

**Recibido:** 15 de febrero de 2026

**Aceptado:** 30 de abril de 2026

#### RESUMEN

La reparación de hernia inguinal es una de las intervenciones más frecuentes a nivel mundial, por lo que persiste la controversia sobre el abordaje óptimo entre técnica abierta y laparoscópica. En consecuencia, esta revisión sistemática comparó los desenlaces clínicos de ambos procedimientos. Se utilizó Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020); asimismo, se revisaron bases de datos como PubMed SciELO y Google Scholar dentro del lapso 2020 a 2025. Se incluyeron 24 estudios que cumplieron los criterios de inclusión; los hallazgos indican que la laparoscopia se asoció con menor dolor posoperatorio agudo y crónico, menor tasa de infecciones de herida, menor estancia hospitalaria y retorno más rápido a actividades habituales. No obstante, la técnica abierta presentó tiempos operatorios más breves y ligera ventaja en costos. En consecuencia, la laparoscopia ofrece mejores resultados funcionales y de calidad de vida, especialmente en pacientes jóvenes y activos.

**Palabras clave:** hernia inguinal, laparoscopia, cirugía general.



## ABSTRACT

Inguinal hernia repair is one of the most common surgical procedures worldwide, and controversy persists regarding the optimal approach between open and laparoscopic techniques. Consequently, this systematic review compared the clinical outcomes of both procedures. The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) guidelines were followed; databases such as PubMed, SciELO, and Google Scholar were searched for studies published between 2020 and 2025. Twenty-four studies that met the inclusion criteria were included; the findings indicate that laparoscopy was associated with less acute and chronic postoperative pain, a lower rate of wound infections, a shorter hospital stay, and a faster return to normal activities. However, the open technique had shorter operative times and a slight cost advantage. Consequently, laparoscopy offers better functional outcomes and quality of life, especially in young, active patients.

**Keywords:** Inguinal Hernia, Laparoscopy, General Surgery.

## INTRODUCCIÓN

Entre 1990 y 2019, los casos estimados de hernia inguinal aumentaron un 36 %, alcanzando aproximadamente 32,5 millones a nivel global, aunque las tasas ajustadas por edad han descendido en muchos países.<sup>(1)</sup> Representa cerca del 75 % de todas las hernias de pared abdominal, con una prevalencia combinada del 7,7 % (IC 95 %: 6,06–9,34) según un metaanálisis reciente, con marcado predominio masculino.<sup>(2)</sup>

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en 2021 se registraron 11 687 egresos hospitalarios por esta causa, cifra que ascendió a 14 192 en 2022, equivalente a una tasa de 7-8 egresos por cada 10 000 habitantes. Estas cifras ratifican la elevada carga asistencial en el país, por ende, resulta imprescindible perfeccionar el encuadre terapéutico.

En la actualidad el manejo quirúrgico electivo de la hernia inguinal sintomática se ejecuta sobre todo mediante dos derroteros, la técnica abierta libre de tensión (Lichtenstein) y los abordajes laparoscópicos mínimamente invasivos TAPP (transabdominal preperitoneal) y TEP (totalmente extraperitoneal). La modalidad de Lichtenstein afianzada como patrón desde la década de los 80 exhibe eficacia sólida además de una curva de aprendizaje asequible. En contraste los procedimientos laparoscópicos aun cuando exigen mayor pericia operatoria han acreditado beneficios tales como: menor dolor posoperatorio, recuperación más pronta, menor frecuencia de infecciones y superior complacencia del paciente.<sup>(3,4)</sup>

Las guías internacionales actualizadas, como la European Hernia Society (EHS) y la International Guidelines for Groin Hernia Management (2018) avalan ambos abordajes como alternativas legítimas en la hernia inguinal primaria sugiriendo que la selección se sustente en la destreza del equipo quirúrgico, la disponibilidad



tecnológica y las particularidades del paciente<sup>(4)</sup>. Con todo en la praxis asistencial subsiste la disputa acerca de qué técnica entrega mejores resultados en desenlaces de mayor pertinencia tales como dolor (agudo y crónico) complicaciones tiempo quirúrgico recidiva y reincorporación a las actividades.

Si bien existen revisiones y metaanálisis de aparición reciente muchos integran cohortes desiguales (hernias primarias y recidivadas) o examinan lapsos extensos previos a 2020 sin incorporar los progresos técnicos contemporáneos ni el influjo de la curva de aprendizaje en laparoscopia y por ende resulta crucial reexaminar la evidencia más nueva para dilucidar si las tendencias persisten y si aportan datos transferibles al escenario actual en especial en naciones de ingresos medios como Ecuador.

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión sistemática de la literatura publicada entre 2020 y 2025, empleando la metodología PRISMA con el fin de comparar los resultados clínicos de la reparación de hernia inguinal primaria mediante cirugía abierta convencional versus abordaje laparoscópico en población adulta y se analizarán comparativamente los siguientes desenlaces: tasa de recidiva, dolor postoperatorio (agudo y crónico), complicaciones, duración de la cirugía, tiempo de hospitalización, tiempo de recuperación y satisfacción del paciente con la finalidad de aportar evidencia actualizada que respalde la toma de decisiones quirúrgicas basadas en evidencia.

## MÉTODO

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos entre 2020 y 2025 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO y Google Scholar, siguiendo las guías PRISMA 2020. Los elementos de la propuesta PICO fueron, población (P) que corresponde a adultos (>18 años) con diagnóstico de hernia inguinal primaria, sin distinción de sexo. La intervención (I) evaluada es la reparación quirúrgica laparoscópica con colocación de malla, mediante abordajes convencionales como (TAPP o TEP). El comparador (C) es la reparación quirúrgica abierta tradicional, también con colocación de malla, generalmente mediante la técnica de Lichtenstein u otras variantes libres de tensión. Por último, los desenlaces (O) sometidos a examen abarcaron la proporción de recurrencia herniaria el dolor posoperatorio (agudo y crónico) las complicaciones, la duración del acto quirúrgico, la estancia intrahospitalaria, la recuperación funcional y la satisfacción del paciente. De este modo dicha armazón posibilitó encauzar la pesquisa sistemática hacia estudios comparativos recientes que contestaran de manera directa la interrogante PICO ¿En pacientes adultos con hernia inguinal primaria, la reparación laparoscópica ofrece mejores resultados clínicos que la reparación abierta?

La búsqueda bibliográfica se efectuó del 1 al 30 de junio de 2025 en las bases PubMed - SciELO y Google Scholar sin limitación por país aunque sí con acotación por fecha y por tipología de estudio y se fijaron como pautas de inclusión los trabajos originales difundidos entre enero de 2020 y junio de 2025 disponibles en inglés o español que confrontaran de forma directa las técnicas quirúrgicas abiertas frente a las laparoscópicas para la corrección de hernia inguinal en población adulta por lo que se admitieron ensayos clínicos aleatorizados



(ECA), estudios de cohorte tanto prospectivos como retrospectivos, diseños observacionales comparativos además de estudios mixtos prospectivo retrospectivos. Se descartaron revisiones narrativas, misivas al editor, investigaciones pediátricas, reportes de caso, ponencias, estudios de simulación, artículos sin acceso a texto completo y asimismo aquellos con fallas metodológicas severas o sin un comparador nítido.

Se emplearon términos precisados a partir del MeSH y del DeCS combinados con operadores booleanos "inguinal hernia"- "laparoscopic repair" -"open hernioplasty" - "Lichtenstein technique"- "TAPP"- "TEP"- "surgical outcomes" y "comparative study" Las tácticas de rastreo bibliográfico se amoldaron a las singularidades de cada repositorio por tanto se incorporaron equivalencias léxicas en castellano en SciELO y Google Scholar.

Los ejes contemplados para la depuración y la ordenación de la información abarcaron diseño del estudio, magnitud muestral, rasgos poblacionales, modalidad de intervención y contraprueba desenlaces clínicos troncales y accesorios hallazgos cuantitativos y cualitativos. Habida cuenta de la disparidad de diseños escenarios y estilos de notificación se prefirió un examen cualitativo de cotejo.

La solvencia metodológica de los trabajos incorporados se ponderó mediante la escala del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) aplicando los instrumentos específicos conforme al tipo de diseño (ensayos clínicos y estudios observacionales). La evalu se efectuó de manera autónoma por los autores luego las divergencias se resolvieron por consenso y con apoyo en los estratos de evidencia alcanzados más la congruencia de los hallazgos se fijó el grado de recomendación global.

## RESULTADOS

Después de aplicar la metodología PRISMA, se obtuvieron 282 artículos mediante la búsqueda en las bases de datos antes mencionadas distribuidas de la siguiente manera: PubMed (130), SciELO (61) y Google Scholar (91). De estos artículos 87 fueron eliminados por ser registros duplicados. Se procedió a realizar el tamizaje de títulos y resúmenes descartando así un total de 131 estudios que no cumplían los criterios de inclusión. Finalmente se revisaron 64 artículos a texto completo de los cuales 40 fueron excluidos por las siguientes razones: no presentar datos que comparen adecuadamente ambas técnicas, no diferenciar entre intervenciones en hernias primarias y recurrentes o por la imposibilidad de obtener acceso completo al artículo.

La población estudio de esta revisión sistemática quedó integrada por personas adultas ( $\geq 18$  años) con diagnóstico de hernia inguinal primaria sometidas a reparación quirúrgica por lo cual tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión ya estipulados se eligieron 24 estudios originales divulgadas entre 2020 y 2025 que en conjunto congregaron 110 889 pacientes de modo que dentro de esa suma 100 029 individuos (90,2 %) fueron intervenidos mediante reparación por vía abierta con predominio de la técnica de Lichtenstein mientras que 10 860 sujetos (9,8 %) recibieron manejo mediante abordaje laparoscópico con supremacía de la modalidad totalmente extraperitoneal (TEP).

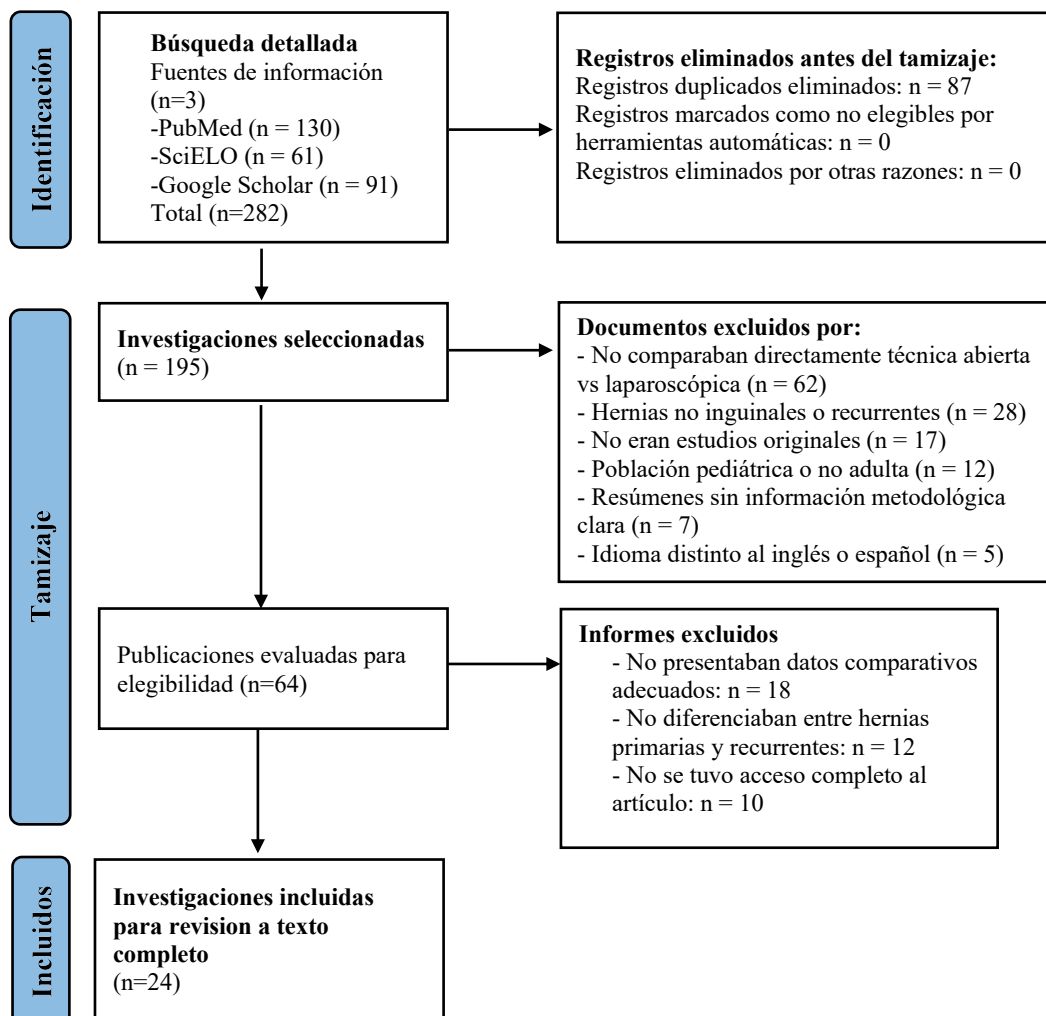


La magnitud muestral de los estudios individuales osciló entre 50 y 107 073 pacientes en consecuencia se evidencia una variabilidad muy amplia tanto en la arquitectura del diseño como en el alcance poblacional de las investigaciones incorporadas.

Desde el ángulo geográfico la mayoría de los trabajos procede de Asia (58,3 %; 14 estudios), destaca India al concentrar 8 investigaciones. Luego aparece América Latina con 4 estudios (16,7 %) y a continuación Europa con 3 estudios (12,5 %) seguido de Medio Oriente con 2 estudios (8,3 %) junto con un estudio originado en Nepal. Esta distribución delata un interés en ascenso por confrontar estas técnicas en entornos socioeconómicos y asistenciales dispares.

En lo que respecta al tipo de estudio, 8 correspondieron a ensayos clínicos aleatorizados (33,3 %) asimismo 9 fueron prospectivos comparativos no aleatorizados (37,5 %) mientras que los 7 restantes fueron observacionales retrospectivos en ciertos casos con análisis mixtos prospectivo retrospectivos. Este equilibrio metodológico permitió reunir evidencia con peldaños distintos de robustez y de aplicabilidad clínica.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA





Las variables clínicas comparadas más frecuentemente entre los estudios fueron: duración quirúrgica (22 estudios), dolor luego de la operación (agudo) (21 estudios), dolor crónico (16 estudios), tasa de recurrencia (17 estudios), tiempo de reincorporación laboral o funcional (18 estudios), estancia hospitalaria (20 estudios), incidencia de complicaciones intra o postoperatorias (21 estudios), y grado de satisfacción o calidad de vida postoperatoria (10 estudios, algunos con el cuestionario SF-36). (Tabla 1)

**Tabla 1.** Resultado de la revisión bibliográfica. Comparación de reparación de hernia inguinal con técnica laparoscópica vs abierta.

Autor y Nivel SIGN	Diseño del estudio y muestra	Tiempo quirúrgico	Dolor post operatorio	Estancia hospitalaria y reincorporación	Complicaciones destacadas	Recidiva y observaciones
Meier et al. <sup>(5)</sup> 2+	Retrospectivo multicéntrico N=107 073 Lap (AG) n=9 636 vs Abierta AG n=75 104 y Abierta AL n=22 333 Base VASQIP 1998-2019.	Lap 4.31 min más que Abierta AG (p=0.048) Lap 10.42 min más que Abierta AL (p<0.001).	No evaluado.	No evaluadas.	Sin diferencia significativa entre Lap y Abierta AG (-0.15%, p=0.22) ni entre Lap y Abierta AL (-0.05%, p=0.70).	No evaluada. Ambas técnicas equiparables en seguridad. El tipo de anestesia influye en la duración operatoria.
Vigil-Guerrero & Del Castillo <sup>(6)</sup> 2	Retrospectivo comparativo N=154 TAPP/TEP n=60 vs Lichtenstein n=94.	85.8 min (Lap) vs 76.4 min (Abierta) (p=0.033).	No evaluado.	78% con egreso el mismo día en ambos grupos. Prolongación de las estancias por causas administrativas en 22% de los casos.	Sin diferencia significativa en complicaciones anestésicas ni quirúrgicas.	No evaluada. Mayor proporción de mujeres en grupo Lap (26.7% vs 10.6%; p=0.01).
Xu et al. <sup>(7)</sup> 2+	Retrospectivo con PSM N=146 (≥60 años) TAPP n=73 vs Lichtenstein n=73.	Mayor en Lap (p=0.001). Pérdida hemática también mayor en Lap (p=0.005).	VAS a las 24 h: 2.55 (Lap) vs 3.48 (Abierta) (p<0.001).	EH: 2.42 días (Lap) vs 2.68 días (Abierta) (p=0.036).	4.1% (Lap) vs 13.7% (Abierta) (p=0.046). Menos incidencia de ISQ y retención urinaria en Lap.	Ninguna en ambos grupos. Los pacientes eran de ≥60 años. PSM aplicado para reducir sesgo de selección.
Ulutas & Yilmaz <sup>(8)</sup> 1+	ECA N=60 (≥60 años) TEP n=30 vs Lichtenstein n=30.	53.4 min (Lap) vs 41.7 min (Abierta) (p<0.05).	VAS menor en TEP vs Abierta (2.3 vs 4.1; p<0.01).	Reincorporación: 7.4 días (Lap) vs 14.8 (Abierta) (p<0.001). EH no fue reportada.	Sin diferencia significativa. Se presentó 1 retención urinaria en TEP y 2 hematomas escrotales en abierta.	Ninguna a 6 meses. El seguimiento fue 6 meses.



Moreno-Suero et al. <sup>(9)</sup> 2-	Retrospectivo observacional (urgencias) N=490 TAPP n=36 vs Abierta n=454 Protocolo ERAS.	No reportado.	No evaluado.	EH: 2.88 días (Lap) vs 4.87 (Abierta) (valor p no reportada).	Complicaciones médicas no quirúrgicas: 0 en Lap vs 19 en Abierta. Sin diferencia estadística en complicaciones totales.	No evaluada. Estudio de hernias encarceladas en urgencias. Número de pacientes sometidos a Lap insuficiente para comparación estadística.
Orellana et al. <sup>(10)</sup> 2-	Retrospectivo observacional N=106 TAPP/TEP n=32 vs Abierta n=74 (Hospital IESS Riobamba, 2018).	50 min (Lap) vs 65 min (Abierta) (p=0.30).	Dolor crónico: 6.2% (Lap) vs 9.5% (Abierta).	EH: 46h (Lap) vs 53 h (Abierta) (p=0.31).	18.8% (Lap) vs 18.9% (Abierta) (p=0.95). ISQ 5.4% en Abierta. Seroma, hematoma y reintervención 6.2% en Lap.	6.2% en Lap vs no reportada en Abierta. Ninguna diferencia estadística en los desenlaces evaluados.
Reghunandan et al. <sup>(11)</sup> 2+	Prospectivo observacional N=84 TEP n=42 vs Lichtenstein n=42.	Mayor en TEP (p<0.001); valor exacto no reportado.	Menor en Lap (sin significancia estadística).	EH: 1.9 vs 2.21 días (p<0.005) Reincorporación: 7 vs 14.5 días (p<0.001).	Seroma menor en Lap (sin significancia). Sin ISQ en ningún grupo.	No reportada. Seguimiento de 6 meses.
Xi et al. <sup>(12)</sup> 2+	Retrospectiva cohorte (PSM) N=447 (≥65 años) TEP n=39 vs Lichtenstein n=408 2 centros, 2012–2021.	No reportado.	No evaluado.	No reportadas.	Sin diferencia significativa tras aplicación de PSM (p>0.05). El hematoma escrotal fue más frecuente en subgrupo co-manejado (25% vs 0%, p=0.02).	No reportada. Lap más frecuente en pacientes con manejo médico quirúrgico (SMC).
Duwal & Manandhar <sup>(13)</sup> 2+	Prospectivo observacional N=56 TAPP/TEP n=28 vs Lichtenstein n=28.	No reportado.	Menor en Lap a las 12, 24 y 48 h (p<0.01).	EH: 2.14 días (Lap) vs 2.43 días (Abierta) (p=0.286). Reincorporación a los 13.3 días (Lap) vs 21.2 días (Abierta) (p<0.001).	Seroma, infección y edema escrotal más frecuentes en Abierta sin significancia estadística.	No reportada.



Alharthi et al. <sup>(14)</sup> 2-	Retrospectivo de cohorte N=468 Lap n=90 vs Abierta n=378 Hospital terciario, Arabia Saudita, 2013-2022.	142.8 min (Lap) vs 107.2 min (Abierta) (p<0.001).	Dolor escrotal mayor en Lap (1.11% vs 0.26%; p=0.024).	EH: 1.58 días (Lap) vs 2.05 días (Abierta) (p>0.05). Sin significancia estadística.	Las readmisiones fueron más frecuentes en Lap (2.22% vs 0.52%, p=0.029). El hematoma escrotal fue más frecuente en Abierta (0.52% vs 0%; p=0.033). Sin diferencia en ISQ ni en reintervención	Recidivas de 7.8% (Lap) vs 3.4% (Abierta) (p=0.081).
Mahمود et al. <sup>(15)</sup> 2+	Prospectivo comparativo N=100 TAPP n=50 vs Abierta n=50.	80.1 min (Lap) vs 60.0 min (Abierta) (p<0.01).	Menor en Lap en todos los tiempos evaluados (p<0.01). Dolor crónico a 6 meses: 6% (Lap) vs 26% (Abierta) (p=0.027).	EH: 1.48 días (Lap) vs 2.28 días (Abierta) (p<0.01).	Ninguna complicación, reintervención ni mortalidad en ningún grupo.	Ninguna en ambos grupos. El seguimiento fue de 6 meses.
Avci et al. <sup>(16)</sup> 1+	ECA prospectivo N=128 Lap n=64 vs Abierta n=64.	No reportado.	El dolor crónico al año se mantuvo sin diferencias entre grupos (p=0.130).	EH no reportada. La calidad de vida según SF-36 a 6 y 12 meses se presentó sin diferencia global.	Sin eventos en 92% de Abiertas vs 95.2% de Lap. No existe diferencia estadísticamente significativa.	1 caso en cada grupo. Presencia de mejor función física en mujeres intervenidas con Lap y mejor rol emocional en hombres intervenidos con Abierta (p=0.049).
Herrera et al. <sup>(17)</sup> 2+	Prospectivo comparativo N=52 TAPP n=20 vs Rutkow-Robbins n=32 Venezuela.	101.1 min (Lap) vs 60.9 (Abierta) min (p<0.001).	VAS 24 h sin diferencia estadísticamente significativa entre grupos.	EH sin diferencia significativa.	10% (Lap) vs 37.5% (Abierta) (p=0.032).	5% (Lap) vs 6.25% (Abierta) (p=0.65). Seguimiento ≥2 años. El comparador fue la técnica abierta de Rutkow-Robbins, no Lichtenstein.



Thulasilingam & Akhter <sup>(18)</sup> 2+	Prospectivo comparativo N=60 TAPP n=30 vs Lichtenstein n=30.	No reportado.	Menor en Lap en todos los tiempos (p<0.05). Uso de analgésicos: 4.67 (Lap) vs 5 días (Abierta) (p=0.019).	Reincorporación en 8 días (Lap) vs 9 días (Abierta) (p<0.001). EH no reportada.	Seroma y retención urinaria más frecuentes en Abierta (sin significancia). No existió ISQ ni dolor crónico en ningún grupo.	Ninguna a 3 meses. Seguimiento 3 meses.
Vallipriya & Surendran <sup>(19)</sup> 2+	ECC no aleatorizado N=50 Lap n=25 vs Lichtenstein n=25.	68.94 min (Lap) vs 54.23 min (Abierta) (p<0.0001).	VAS menor en Lap en todos los tiempos de 0 a 24 h (p≤0.05). Analgésicos requeridos: 1 paciente (Lap) vs 6 pacientes (Abierta) (p=0.042).	EH no reportada.	Seroma significativamente mayor en Lap (8 vs 1; p=0.01). Sin diferencia en hematoma ni atrofia testicular.	No evaluada.
Ilyas & Cholleti <sup>(20)</sup> 1+	ECA prospectivo cegado N=50 Lap n=25 vs Abierta n=25 India.	No reportado con valor exacto.	Menor en Lap (sin presencia de valores numéricos publicados).	EH menor en Lap y retorno al trabajo más rápido con Lap (sin reporte de valores exactos).	Sin diferencia estadísticamente significativa entre grupos.	Recidiva de 8% (Lap) vs 0% (Abierta).
Choudhary et al. <sup>(21)</sup> 2+	Prospectivo observacional N=100 Lap n=39 vs Lichtenstein n=61.	105.38 min (Lap) vs 79.95 min (Abierta) (p<0.001).	Menor en Lap en todos los tiempos evaluados (p<0.001).	EH: 1.56 días (Lap) vs 1.90 días (Abierta) (p=0.002). Reincorporación: 16.23 vs 41.10 días (p<0.001).	Sin diferencia significativa.	No reportada.
Ugraiah et al. <sup>(22)</sup> 1+	ECA prospectivo N=70 TAPP n=35 vs Lichtenstein n=35.	Unilateral: 63.44 min (Lap) vs 47.35 min (Abierta). Bilateral: 123.80 min (Lap) vs 90.42 min (Abierta). (p<0.05 en ambos).	Menor en Lap a los 0, 3 y 7 días (p<0.05).	EH: 3.5 días (Lap) vs 6 días (Abierta), en cuanto a reincorporación 4.8 días (Lap) vs 8.1 días (Abierta) (p<0.05).	ISQ: 0% (Lap) vs 14.3% (Abierta). Menos incidencia de seroma y retención urinaria en Lap.	Ninguna en ningún grupo a 3 meses.



Shah et al. (23) 2+	Prospectivo observacional N=174 TEP n=88 vs Lichtenstein n=86 2016–2021.	Sin diferencia significativa.	Sin diferencia significativa.	EH y reincorporación se presentaron sin diferencia estadísticamente significativa.	Sin diferencia significativa.	Sin diferencia significativa. El antecedente de cirugía abdominal previa no afectó resultados del TEP.
Gulati et al. (24) 2+	Prospectivo comparativo N=100 TEP n=40 vs Lichtenstein n=60.	95.21 min (Lap) vs 70.87 min (Abierta) (p<0.001).	VAS día 1: 4.26 (Lap) vs 5.48 (Abierta) (p=0.010). Dolor crónico a 6 meses: 15% (Lap) vs 5% (Abierta) (p=0.001).	EH: 2.10 vs 3.30 días (p<0.001). Reincorporación laboral: 15.33 días (Lap) vs 31.9 días (Abierta) (p=0.005).	Sin diferencia significativa.	Sin diferencia. El dolor crónico fue mayor en el grupo laparoscópico en este estudio, este hallazgo es contrario a la tendencia general.
Nair et al. (25) 2+	Prospectivo comparativo N=60 TAPP n=30 vs Lichtenstein n=30.	70.1 min (Lap) vs 59.3 min (Abierta) (p<0.05).	VAS: 2.4 (Lap) vs 3.8 (Abierto) (p<0.001).	EH: 1.6 vs 2.4 días (p<0.05). Reincorporación de 7.2 vs 14.6 días (p<0.001).	6.7% vs 20% (p=ns). ISQ y seromas más frecuentes en Lichtenstein.	0 vs 2 casos a 6 meses (p=ns). Nota: Mismo equipo quirúrgico en ambas técnicas.
Prasad & Patel. (26) 2–	Retrospectivo observacional N=460. TAPP/TEP n=150 vs Lichtenstein n=310. Seguimiento hasta 3 años.	No reportado.	Inguinodinia: 16.67% (Lap) vs 24.83% (Abierta). Dolor severo: 1.9% total.	EH y reincorporación es no reportadas.	ISQ: 4% (Lap) vs 12.98% (Abierta). Complicaciones testiculares solo en Abierta (4.9%).	No reportada. El 88.23% de los pacientes reportó mejoría del dolor a los 3 años.
Başkent et al. (27) 2–	Retrospectivo comparativo N=201 TEP (AG) n=98 vs Lichtenstein (AE) n=103 Seguimiento 24 meses.	61.2±15 min (Lap) vs 55.3±12 min (Abierta) (p<0.05).	No evaluado por diferente tipo de anestesia utilizada entre grupos lo que impide su comparación	EH: 1 día en ambos grupos. Retorno laboral: 8.67±2.47 días (Lap) vs 9.17±2.4 días (Abierta).	Complicaciones globales de 7.1% (Lap) vs 9.7% (Abierta).	Reporte de 2.04% (Lap) vs 1.94% (Abierta) El uso de diferente tipo de anestesia (AG vs AE) limita la comparabilidad del dolor en esta serie.



Islam et al. (28)	Cohorte prospectivo-retrospectivo N=200 TEP/TAPP n=100 vs Lichtenstein n=100 Dhaka, 2023–2024.	Mayor en Lap en todas las variantes (p<0.001); valor exacto no reportado.	Dolor persistente: 3.5% (Lap) vs 16.5% (Abierta) (p<0.001).	EH: 1.9 vs 2.21 días (p<0.005). Reincorporación : 7 vs 14.5 días (p<0.001).	Sin diferencia significativa. Sin ISQ en ningún grupo.	Las recidivas fueron asociadas a cirujanos con <5 años de experiencia (p<0.001).
-------------------	---	---	---	--	--	--

Nota: ECA: ensayo clínico aleatorizado. ECC: ensayo clínico controlado no aleatorizado. EH: estancia hospitalaria. ISQ: infección del sitio quirúrgico. PSM: propensity score matching. SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SMC: co-manejo médico-quirúrgico. VAS/EVA: escala visual analógica de dolor. AG: anestesia general. AE: anestesia espinal. Lap: laparoscópica. min: minutos. Los valores de tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y reincorporación corresponden a medias o medianas según lo reportado por cada autor.

## DISCUSIÓN

Los 24 artículos analizados coinciden en términos generales que la reparación de la hernia inguinal por vía laparoscópica aporta mejores resultados postoperatorios inmediatos comparado con la reparación abierta convencional mediante técnicas libres de tensión. Por otra parte, la evaluación metodológica mediante el sistema SIGN evidenció que la mayoría de los estudios incluidos en esta revisión corresponden a niveles que oscilan entre 2+ y 2-, con la presencia de cuatro ensayos clínicos aleatorizados clasificados como 1+. Basado en esta estratificación y con la consistencia de los resultados en cuanto a reducción del dolor postoperatorio y recuperación funcional más temprana con resolución laparoscópica nos permite establecer un grado de recomendación B a favor del abordaje laparoscópico en pacientes con hernia inguinal primaria.

En la mayoría de los estudios, el abordaje mínimamente invasivo se asoció con menor dolor postoperatorio agudo y una recuperación más rápida. Por ejemplo, Duwal et al<sup>(13)</sup> encontraron que los pacientes operados por vía laparoscópica presentaron puntuaciones de dolor significativamente menores a las 12, 24 y 48 horas tras la cirugía, en comparación con quienes recibieron una hernioplastia abierta. En ese mismo estudio, aunque la estancia hospitalaria fue similar entre grupos, el tiempo medio para retornar al trabajo fue mucho más corto con el abordaje laparoscópico (aproximadamente 13 días vs. 21 días; p<0.001). De manera reiterada en los demás trabajos incorporados se constató que la cirugía laparoscópica facilita una reincorporación más prematura a las actividades habituales por ende dicho atributo resulta particularmente apreciado en pacientes con alta exigencia laboral.

Otro hallazgo sustantivo dentro de nuestros resultados corresponde a la disparidad en la incidencia de dolor inguinal crónico a mediano y largo plazo, pese a cierta variabilidad entre estudios, la mayoría consigna una menor proporción de dolor persistente tras una reparación laparoscópica en comparación con la técnica



abierta y esta directriz se ve apuntalada por evidencia de jerarquía elevada dado que una revisión sistemática amplia publicada en 2022 que integró 21 metaanálisis de ensayos clínicos determinó que la reparación laparoscópica se vincula con una disminución significativa (del 26–46 %) del riesgo de dolor crónico posquirúrgico frente a la reparación abierta.<sup>(29)</sup> En nuestra pesquisa pocos artículos midieron el dolor crónico con vigilancia prolongada sin embargo aquellos que lo hicieron igualmente reprodujeron esta brecha, por ejemplo, en un ensayo clínico con pacientes ancianos ( $\geq 65$  años) Ulutas et al<sup>(8)</sup> notificaron dolor crónico al año de seguimiento en apenas 1,7 % de los pacientes intervenidos por vía laparoscópica TEP frente a 10 % en el grupo abierto con una diferencia en el umbral de la significación  $p=0.05$ . Estas magnitudes perfilan una inclinación persistente en tanto el abordaje posterior endoscópico reduce el ultraje nervioso en la región inguinal y por ende atenúa la probabilidad de dolor neuropático duradero.<sup>(30)</sup>

En lo que respecta a la tasa de recurrencias de la hernia, nuestros resultados no mostraron diferencias significativas entre ambas técnicas. Ninguno de los estudios incluidos demostró superioridad clara de un abordaje frente al otro en este aspecto, siempre y cuando las cirugías fueran realizadas por cirujanos experimentados. Este hallazgo coincide con la literatura, puesto que múltiples ensayos controlados y metaanálisis han demostrado que las tasas de recurrencia son similares entre la reparación laparoscópica y la abierta.<sup>(31)</sup> Apoyando este argumento, una revisión sistemática realizada en 2022 señaló que la mayoría de estudios incluidos no encontraron diferencias en la tasa de recurrencias, lo cual sugiere que ambas técnicas son igual de efectivas para prevenir recidivas.<sup>(29)</sup> Cabe destacar que en los estudios analizados las recurrencias absolutas fueron bajas en ambos grupos (típicamente inferiores al 5 %), reflejando el éxito general de la hernioplastia con malla independientemente de la vía de acceso.

Al confrontar estos resultados con los planteamientos de otros autores más la evidencia exógena se advierte una concordancia marcada en los hallazgos medulares aunque asimismo emergen ciertas disimilitudes que ameritan deliberación por un lado nuestros datos robustecen la postura largamente afianzada durante la última década a saber que el enfoque laparoscópico concede ventajas en la morbilidad posoperatoria tanto temprana como crónica por consiguiente diversos metaanálisis de nueva hornada han dictaminado que la laparoscopia atenúa el dolor posquirúrgico en su fase aguda y también en su faceta persistente frente a la técnica abierta.<sup>(29,31)</sup> En consonancia Andersson et al.,<sup>(31)</sup> compendian que múltiples estudios de gran escala exhiben menor dolor precoz y menor dolor sostenido tras una hernioplastia laparoscópica sin variaciones en recidivas. Esto concuerda plenamente con nuestros resultados. Asimismo, en cuanto a complicaciones de la herida, otros autores han documentado ventajas de la vía laparoscópica: por ejemplo, en el contexto de hernias inguinales recidivadas, un metaanálisis halló que la tasa de infecciones del sitio quirúrgico es significativamente menor con abordaje laparoscópico que con la técnica abierta ( $OR=0,28$ ;  $p = 0,02$ ).<sup>(30)</sup> Nuestros casos de hernia primaria exhiben una inclinación análoga pues se aprecia menor ocurrencia de infecciones superficiales y de hematomas con la técnica de mínima invasión aun cuando numerosas series incluidas adolecieron de potencia estadística insuficiente de tal modo que la diferencia no alcanzó significación.



Con todo la evidencia agregada apunta a que soslayar una incisión inguinal extensa disminuye la probabilidad de complicaciones locales por ende esta prerrogativa se torna particularmente patente en pacientes con hernias recidivas o con condicionantes que incrementan el riesgo infeccioso.<sup>(30)</sup>

Por otro lado, algunos estudios recientes aportan matices y resultados divergentes que enriquecen el debate. Avci et al.<sup>(16)</sup>, en un ensayo prospectivo aleatorizado en Turquía con 128 pacientes, no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas abierta (Lichtenstein) y laparoscópica (TAPP/TEP) en cuanto a complicaciones postoperatorias, dolor crónico ni calidad de vida a seis meses. Este estudio, centrado en la evaluación de calidad de vida mediante el cuestionario SF-36, sugiere que ambas técnicas pueden lograr resultados equivalentes en pacientes seleccionados, contradiciendo en parte la superioridad del abordaje laparoscópico en dolor crónico que reportan otros trabajos. Inclusive se describieron contrastes según el sexo del paciente por consiguiente en mujeres intervenidas por vía laparoscópica se documentaron puntuaciones más altas de función física en el posoperatorio mientras que en varones tratados mediante técnica abierta se observaron puntajes levemente superiores en el rol emocional.<sup>(16)</sup> Aún cuando tales divergencias por subgrupo deben leerse con cautela igualmente perfilan la eventualidad de que atributos del paciente (p. ej., sexo, talante psicosocial o clase de actividad) modulen los resultados percibidos con cada procedimiento.

Otro eje de cotejo concierne al tiempo quirúrgico junto con la curva de adiestramiento ámbitos en los que la bibliografía muestra dictámenes heteróclitos dado que de forma tradicional se ha sostenido que la reparación laparoscópica demanda mayor tiempo operatorio además de instrucción especializada por ende tales factores podrían amortiguar en parte sus ventajas y en nuestros estudios el promedio del tiempo quirúrgico tendió a ser ligeramente superior en el grupo laparoscópico en ciertas series no obstante en la mayoría de los ensayos recientes no se apreciaron diferencias con significación y en el ensayo aleatorizado en adultos mayores ya citado<sup>(8)</sup> de manera llamativa no existió diferencia en la duración operatoria entre la técnica abierta y la TEP laparoscópica al situarse ambas alrededor de 36 minutos. En consecuencia, ello sugiere que bajo manos avezadas la laparoscopia puede equipararse a la cirugía abierta en eficiencia incluso en poblaciones complejas, aunque este desenlace contrasta con series pretéritas en las que la laparoscopia se prolongaba más y por consiguiente probablemente refleja el aumento de pericia quirúrgica junto con el pulimento técnico alcanzado en años recientes.

Sin embargo otros estudios observacionales incluidos señalaron que en centros con escasa experiencia laparoscópica el tiempo operatorio además del índice de conversiones hacia cirugía abierta puede incrementarse de tal modo que se reafirma que la curva de aprendizaje continúa siendo un determinante cardinal y la literatura converge en que existe una variabilidad sustantiva dependiente del cirujano pues mientras unidades especializadas reportan tiempos comparables además de resultados mínimamente invasivos sobresalientes en ámbitos de menor volumen la técnica abierta todavía resulta más expedita y más simple de ejecutar.

A la luz de estos hallazgos más la evidencia externa se torna nítido que el abordaje laparoscópico aporta ventajas clínicas tangibles en la reparación de hernia inguinal sobre todo al disminuir el dolor posoperatorio



tanto agudo como crónico además de favorecer una convalecencia más veloz del paciente.<sup>(8,13)</sup> Por ende tales beneficios tienen repercusiones notables pues menos dolor más un retorno temprano al trabajo se traducen en mejor calidad de vida posquirúrgica y potencialmente en menor carga socioeconómica dado que el paciente restituye antes su funcionalidad. No es casualidad que las guías internacionales actuales reflejen esta tendencia. Las guías de HerniaSurge (actualización 2023) y de la Sociedad Europea de Hernia recomiendan priorizar el abordaje laparo-endoscópico en hernias inguinales primarias, citando precisamente la reducción en la tasa de dolor crónico postoperatorio como argumento principal de superioridad.<sup>(4)</sup> Adicionalmente, señalan que la técnica laparoscópica/ endoscópica con malla suele conllevar una recuperación más rápida y incluso puede ser más costo-efectiva en el global del proceso asistencial, pese a los mayores insumos requeridos, debido a la pronta deambulacion y menor morbilidad.<sup>(8)</sup> Nuestros resultados respaldan plenamente estas recomendaciones al demostrar beneficios consistentes de la laparoscopia sin penalización en eficacia quirúrgica.

No obstante, una discusión rigurosa exige reconocer que la elección óptima de técnica debe individualizarse. Diversos autores enfatizan que no existe un “estándar de oro” absoluto aplicable a todos los pacientes.<sup>(4)</sup> El mejor abordaje dependerá de factores como la experiencia del cirujano y del centro, las características y preferencias del paciente, y los recursos disponibles. Por ejemplo, en pacientes añosos con comorbilidades importantes que desaconsejan la anestesia general, la cirugía abierta bajo anestesia regional o local sigue siendo una alternativa sensata pese a las ventajas teóricas de la laparoscopia. De hecho, en pacientes de edad muy avanzada o con hernias mínimas y asintomáticas, algunas guías sugieren incluso la opción de vigilancia activa en lugar de cualquier intervención inmediata. Del mismo modo, en entornos con recursos limitados como hospitales rurales o países en desarrollo, donde quizá no se dispone del equipamiento laparoscópico ni de cirujanos entrenados en esta técnica, la reparación abierta (idealmente mediante técnica sin tensión con malla) seguirá siendo el estándar práctico y seguro. Esta realidad es destacada por Huerta et al,<sup>(4)</sup> quien plantea que todas las técnicas actuales deben verse como estrategias complementarias más que competitivas, integrándolas según las circunstancias para optimizar resultados.

En síntesis, la discusión contemporánea sobre la reparación de la hernia inguinal ya no se centra en cuestionar la viabilidad de la laparoscopia, sino en definir cuál es la mejor estrategia para cada paciente en particular. Los datos presentados aportan evidencia consistente de que, cuando es factible, el abordaje mínimamente invasivo proporciona mejores desenlaces orientados al paciente sin comprometer la efectividad quirúrgica. Al mismo tiempo, reconocemos que la técnica abierta continúa siendo válida y necesaria en ciertos escenarios clínicos. Lejos de ser excluyentes, ambas modalidades se complementan dentro del arsenal terapéutico del cirujano. La clave estará en aplicar de forma racional las lecciones de la evidencia: maximizar el uso de técnicas menos invasivas allí donde brinden claros beneficios, y mantener las técnicas convencionales como respaldo seguro cuando las circunstancias así lo dictaminen.<sup>(4)</sup>



## CONCLUSIONES

Tanto la compostura abierta como la laparoscópica configuran procedimientos resolutivos para el abordaje de la hernia inguinal primaria en adultos por ende exhiben proporciones de recidiva semejantes cuando son ejecutadas por cirujanos con adiestramiento idóneo no obstante la evidencia examinada indica que la ruta laparoscópica se vincula con menor dolor posoperatorio además de menor incidencia de complicaciones de la herida quirúrgica junto con menor permanencia intrahospitalaria y una restitución funcional más temprana de tal modo que se favorece una reincorporación más pronta a las actividades cotidianas y al quehacer laboral.

En el contexto ecuatoriano, donde esta patología representó 14 192 egresos hospitalarios en 2022 según datos oficiales, una eventual reducción en la estancia hospitalaria (como la observada en múltiples estudios incluidos en esta revisión) podría contribuir a optimizar la disponibilidad de camas quirúrgicas y mejorar la eficiencia en la gestión hospitalaria. Asimismo, el retorno laboral más temprano reportado en el abordaje laparoscópico (en algunos estudios aproximadamente 7 días frente a 14,5 días en cirugía abierta) sugiere un posible impacto favorable en los costos indirectos asociados a incapacidad laboral dentro del sistema público de salud (IESS y MSP).

No obstante, la implementación generalizada de la cirugía laparoscópica en el país se ve condicionada a la disponibilidad de infraestructura tecnológica, capacitación en las técnicas laparoscópicas y aseguramiento de un adecuado volumen de cirugías que permitan a los cirujanos completar una adecuada curva de aprendizaje. Todos estos factores pueden variar entre niveles de atención, regiones y hospitales. Por lo tanto, actualmente es inviable generalizar una técnica a nivel nacional y la elección de la misma debe individualizarse según las características propias del paciente, la experiencia del equipo quirúrgico disponible y los recursos con los que se cuenta en cada una de las instituciones de salud.

Finalmente, se recomienda el desarrollo de estudios multicéntricos nacionales y evaluaciones económicas formales que permitan generar evidencia local sobre la costo-efectividad de estos procedimientos, permitiendo así la toma de decisiones basadas en datos propios del sistema sanitario ecuatoriano.

**Financiamiento:** los autores declaran haber utilizado fondos propios.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no presentar.

**Declaración de contribución:**

Erik Jhosue Sinche Herrera realizó la búsqueda y selección de los artículos, aplicó los criterios de inclusión y exclusión, y desarrolló el análisis crítico de las fuentes. Fernando Ramiro Quito Ortiz diseñó la propuesta metodológica, redactó las secciones del manuscrito y se encargó de la revisión y edición final del artículo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ma Q, Jing W, Liu X, Liu J, Liu M, Chen J. The global, regional, and national burden and its trends of inguinal, femoral, and abdominal hernia from 1990 to 2019: findings from the 2019 Global Burden of Disease Study – a cross-sectional study. *International Journal of Surgery*. [Internet] 2023 [citado 2 Jun 2025];109(3):333–342. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37093073/>.
2. Abebe MS, Tareke AA, Alem A, Debebe W, Beyene A. Worldwide magnitude of inguinal hernia: Systematic review and meta-analysis of population-based studies. *SAGE Open Medicine* [Internet] 2022 [citado 2 Jun 2025];10. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/20503121221139150>.
3. Wang F, Ma B, Ma Q, Liu X. Global, regional, and national burden of inguinal, femoral, and abdominal hernias: a systematic analysis of prevalence, incidence, deaths, and DALYs with projections to 2030. *International Journal of Surgery*. [Internet] 2024 [citado 2 Jun 2025];110(4):1951–1967. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38265437/>.
4. Huerta S, Garza AM. A Systematic Review of Open, Laparoscopic, and Robotic Inguinal Hernia Repair: Management of Inguinal Hernias in the 21st Century. *JCM*. [Internet] 2025 [citado 2 Jun 2025];14(3):990. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/3/990>.
5. Meier J, Stevens A, Berger M, Makris KI, Bramos A, Reisch J, et al. Comparison of Postoperative Outcomes of Laparoscopic vs Open Inguinal Hernia Repair. *JAMA Surg*. [Internet] 2023 [citado 7 Jun 2025];158(2):172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9857280/>.
6. Vigil-Guerrero RE, Del Castillo Yrigoyen MA. Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria. *Rev Med Hered*. [Internet] 2022 [citado 7 Jun 2025];32(4):201–206. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2021000400201](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000400201).
7. Xu Z, Zhao Y, Fu X, Hu W, Zhao C, Ge C, et al. Laparoscopic versus Open Inguinal Hernia Repair in Aging Patients: A Propensity Score Matching-Based Retrospective Study. *TCRM*. [Internet] 2023 [citado 7 Jun 2025];Volume 19:657–666. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10422990/>.
8. Ulutas ME, Yilmaz AH. Comparison of open and laparoscopic inguinal hernia repair in the elderly patients: a randomized controlled trial. *Hernia* [Internet] 2025 [citado 7 Jun 2025];29(1). Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s10029-025-03368-x>.



9. Moreno-Suero F, Tallon-Aguilar L, Tinoco-González J, Sánchez-Arteaga A, Suárez-Grau JM, Alvarez-Aguilera M, et al. Laparoscopic vs. Open Approach in Emergent Inguinal Hernia: Our Experience and Review of Literature. [Internet] 2023 [citado 7 Jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10955576/>.
10. Henríquez JEO, Romero SAP, Moina ERN, Farías DAM, Davalos JCC. Comparacion entre hernioplastia inguinal convencional vs laparoscópica en el Hospital General Riobamba, IESS. 2018. [Internet] 2020 [citado 8 Jun 2025]; Disponible en: [https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/article/view/3218#:~:text=mediante%20cirugía%20laparoscópica%20fue%20del,31](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/3218#:~:text=mediante%20cirugía%20laparoscópica%20fue%20del,31).
11. Pulikkal Reghunandan R, Ali Usman A, Basheer S, Kuttichi L, Els Jojo J, Abdul Rasheed MF. Laparoscopic Versus Open Inguinal Hernia Repair: A Comparative Study. Cureus [Internet] 2023 [citado 8 Jun 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/188225-laparoscopic-versus-open-inguinal-hernia-repair-a-comparative-study>.
12. Xi S, Chen Z, Lu Q, Liu C, Xu L, Lu C, et al. Comparison of laparoscopic and open inguinal–hernia repair in elderly patients: the experience of two comprehensive medical centers over 10 years. Hernia. [Internet] 2024 [citado 9 Jun 2025];28(4):1195–1203. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11297095/>.
13. Duwal S, Manandhar K. Comparison of postoperative outcome of laparoscopic and open inguinal hernia mesh repair. Int Surg J. [Internet] 2024 [citado 10 Jun 2025] ;11(7):1081–1085. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/10447>.
14. Alharthi M, Almontashri AI, Alsharif RH, Mozahim SF, Alyazidi LK, Ghunaim M, et al. Outcomes of Open Versus Laparoscopic Technique in Primary Inguinal Hernia Repair: A Retrospective Study. Cureus [Internet] 2023 [citado 10 Jun 2025]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/188240-outcomes-of-open-versus-laparoscopic-technique-in-primary-inguinal-hernia-repair-a-retrospective-study>.
15. Mahmood MA, Khan ZU, Ghaznfar Ali, Rehman HU, Wyne A, Manzoor SM. Comparison of Outcome of Laparoscopic and Open Inguinal Hernioplasty. PAFMJ. [Internet] 2024 [citado 10 Jun 2025] ;74(1): 174–178. Disponible en: <https://www.pafmj.org/PAFMJ/article/view/9508>.
16. Avci, Mehmet, Akgun, Can, Polat, Suleyman, Ciftci, Ahmet Burak, Buk, Omer, Daldal, Emin. Open or Laparoscopic Hernia Repair? A Comparative Prospective Study in the Turkish Population. J Coll Physicians Surg Pak. [Internet] 2025 [citado 10 Jun 2025] ;35(35):152–156. Disponible en: <https://jcpsp.pk/article-detail/popen-or-laparoscopic-hernia-repair-a-comparative-prospective-study-in-the-turkish-populationorp>.



17. Médico Cirujano. Residente de servicio de cirugía general Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas – Venezuela, Herrera A, Level C. L. Eficacia de TAPP vs Rutkow Robbins para el manejo de hernia inguinal. Estudio prospectivo comparativo. Rev Venez Cir. [Internet] 2024 [citado 11 Jun 2025]; 77(2):80–84. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-64202024000200080](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-64202024000200080).
18. Thulasilingam K, Akhter J. A comparative study on short term surgical outcome between laparoscopic inguinal hernia mesh repair vs. open inguinal hernia mesh repair for primary unilateral inguinal hernias. Int Surg J. [Internet] 2023 [citado 11 Jun 2025];10(4):599–605. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/9366>.
19. Vallipriya V, Surendran S. Comparison of outcome between laparoscopic inguinal hernia repair and open inguinal hernia repair. Int Surg J. [Internet] 2022 [citado 11 Jun 2025];9(6):1231. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/8866>.
20. Mohd. Ilyas, Venkat Vaijnath Cholleti. Prospective Randomized Blinded Study to Compare Laparoscopic and Open Inguinal Hernioplasty. AJS. [Internet] 2020 [citado 11 Jun 2025] ;3(1):149–154. Disponible en: <https://ajournals.com/index.php/ajs/article/view/1569>.
21. Choudhary S, Soni H, Mehta JM, Kalia S. A prospective comparative study of outcome between open lichtenstein versus laparoscopic repair of inguinal hernia. Int J Res Med Sci. [Internet] 2021 [citado 11 Jun 2025] ;9(5):1417. Disponible en: <https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/9450>.
22. Anilkumar BU, Shyam S, Manohar S. A comparative study of laparoscopic technique versus open repair for inguinal hernia. Int Surg J. [Internet] 2020 [citado 15 Jun 2025] ;7(10):3246. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/6459>.
23. Shah MY, Raut P, Wilkinson TRV, Agrawal V. Surgical outcomes of laparoscopic total extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair compared with Lichtenstein tension-free open mesh inguinal hernia repair: A prospective randomized study. Medicine. [Internet] 2022 [citado 15 Jun 2025];101(26): e29746. Disponible en: [https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2022/07010/surgical\\_outcomes\\_of\\_laparoscopic\\_total.48.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2022/07010/surgical_outcomes_of_laparoscopic_total.48.aspx).
24. Gulati DGS, Kumar DS, Sinha DR. A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY OF LAPAROSCOPIC (TEP) AND OPEN(LICHTENSTEIN) INGUINAL HERNIA REPAIR. Inguinal Hernia Repair. [Internet] 2025 [citado 17 Jun de 2025]. Disponible en: <https://www.jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/10644>.



25. Nair CC, J. KEM. Surgical sequale of transabdominal preperitoneal approach versus Lichtenstein open repair in a rural setting. *Int Surg J.* [Internet] 2021[citado 17 Jun 2025] ;8(8):2341. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/7757>.
26. Prasad D, Patel Y. A study of incidence of inguinodynia in inguinal hernias repair at a tertiary center. *Int Surg J.* [Internet] 2020 [citado 20 Jun 2025];7(9):2985. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/6197>.
27. Başkent A, Kündeş MF, Memişoğlu E. Comparison of the Results of Lichtenstein Method and Laparoscopic Total Extraperitoneal Method in Inguinal Hernia Repair. *Eastern J Med.* [Internet] 2024 [citado 22 Jun 2025];29(2):175–180. Disponible en: [https://jag.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM-52128-ORIGINAL\\_ARTICLE-MEMISOGLU.pdf](https://jag.journalagent.com/ejm/pdfs/EJM-52128-ORIGINAL_ARTICLE-MEMISOGLU.pdf).
28. Islam MdS, Faizi SAM, Rahman MZ, Alam RJ, Hossain MdJ, Miraj AA. Laparoscopic versus open surgical outcomes repair for inguinal hernia: A combined prospective and retrospective cohort study. *Int J Surg Sci.* [Internet] 2024 [citado 22 Jun 2025] ;8(3):122–5. Disponible en: <https://ijmrr.medresearch.in/index.php/ijmrr/article/view/1500>.
29. 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.* [Internet] 2022 [citado 23 Jun 2025];36(7):4685–4700. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9160137/>.
30. Yang C, Deng S. Laparoscopic versus open mesh repair for the treatment of recurrent inguinal hernia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.* [Internet] 2020 [citado 25 Jun 2025];9(3):1164–1173. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498531/>.
31. Lund H, Spanager L, Winther ACR, Gierløff M, Sunekær K, Kleif J, et al. Recurrence and complications after laparoscopic inguinal hernia repair using a self-adherent mesh: a patient-reported follow-up study. *Surg Endosc.* [Internet] 2025 [citado 25 Jun 2025] ;39(4):2464–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39994048/>.