



Herniorrafia inguinal: diez años de seguimiento

LILIAN TORREGROZA*, HÉCTOR PULIDO**, SAÚL RUGELES***, FRANCISCO HENAO****

Resumen

La hernia inguinal constituye una de las patologías que con más frecuencia recibe tratamiento quirúrgico a nivel mundial, y a pesar de ello no hay consenso universal en cuanto al tipo de cirugía ideal.

Entre las principales medidas de calidad de la herniorrafia se encuentran los índices de recurrencia, que en series personales o de centros especializados se ha reportado entre 1 y 2%, pero que no ha sido reproducible en centros docentes por cirujanos con diferente nivel de experiencia y en forma no estandarizada, donde se han reportado cifras hasta del 15%.

En el siguiente trabajo, se presenta la experiencia de diez años con la cirugía de hernia inguinal por vía anterior en el Hospital Universitario San Ignacio, cuyos resultados buscan establecer conductas futuras más efectivas en el manejo de estos pacientes.

Se encontró una tasa inaceptablemente alta de recurrencia a largo plazo (16%) con el uso del reparo a la cintila iliopúbica, lo cual plantea la búsqueda de alternativas quirúrgicas más seguras en los pacientes con hernias inguinales indirectas y orificio profundo debilitado, los cuales constituyen su principal indicación. Asimismo, la baja morbilidad y mortalidad de la técnica de McVAY, unidas a una recurrencia del 7%, la hacen una alternativa segura y eficaz en el reparo de cualquier tipo de hernia inguinal no complicada por vía anterior.

Introducción

A partir de 1888, momento en que BASSINI abre las puertas de la moderna cirugía de hernias, se han publicado en la literatura quirúrgica más de un centenar de reparos herniarios con sus modificaciones^{17,26}, y todos ellos han buscado disminuir la incapacidad, molestias posoperatorias, los costos y la recurrencia^{16,18,23,24}. Sin embargo, no existe en este momento un reparo ideal que se pueda aplicar a todos los tipos de hernia con pocas complicaciones, eliminando el problema de la recurrencia a largo plazo²⁷.

Las series personales y de centros especializados en cirugía de hernias informan excelentes resultados^{1,7,14,15,19,25} que no han sido reproducibles en hospitales universitarios o aquellos que dedican sólo parte de su práctica en cirugía general al cuidado de las hernias^{4,9,22,20}. Sin embargo, a pesar de que los mejores resultados se obtienen al estandarizar la técnica¹³, y por cirujanos "herniólogos"^{2,7,21}, la realidad es que la herniorrafia es la cirugía que con más frecuencia lleva a cabo un cirujano general durante su ejercicio profesional, generalmente en hospitales no especializados y en forma no estandarizada; y la literatura carece de reportes en los que estos resultados sean comparables a los de centros especializados⁴.

Es necesario entonces, conocer los resultados de la experiencia de cada cirujano o grupo quirúrgico, como medida de control de calidad que busque modificar conductas que contribuyan a la mayor recurrencia y morbilidad.

El objetivo de este trabajo es evaluar retrospectivamente y a largo plazo los resultados de la cirugía de hernias en un hospital universitario de entrenamiento quirúrgico en el que los reparos herniarios corresponden al 15% de la cirugía general, empleándose dos técnicas de reparo por vía anterior: el reparo al ligamento de COOPER (McVAY), en casos de hernia

* LILIAN TORREGROZA A. Residente IV año Cirugía General.

** HÉCTOR PULIDO. Profesor Asistente de Cirugía.

*** SAÚL RUGELES. Profesor Asociado y director Departamento de Cirugía. Hospital Universitario San Ignacio.

**** FRANCISCO HENAO. Profesor Titular de Cirugía. Decano Facultad de Medicina, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

directa o indirecta con debilidad en la pared posterior; y el reparo a la cintilla iliopúbica en casos de hernia indirecta con dilatación del anillo profundo.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo analítico retrospectivo en un período de diez años entre enero de 1987 y diciembre de 1997, en el que se incluyó la siguiente población:

- Pacientes mayores de 14 años.
- Herniorrafia inguinal por vía anterior.
- Disponibilidad de información completa en la historia clínica.
- Posibilidad de seguimiento a largo plazo.

Se revisaron las historias clínicas haciendo énfasis en datos demográficos y de hospitalización, diagnóstico intraoperatorio, técnica quirúrgica empleada, cirugías asociadas, tipo de anestesia, duración de la cirugía y complicaciones trasoperatorias y del posoperatorio temprano (incluyendo mortalidad en los primeros 30 días y reintervención).

Mediante seguimiento telefónico los investigadores entrevistaron los pacientes, y se aplicó un formato de encuesta preestablecido que incluía información acerca de la evolución posoperatoria, los principales síntomas presentados a largo plazo y la reaparición de la hernia (figura 1).

1. Datos demográficos.
2. Fecha de la cirugía.
3. ¿Qué molestias ha presentado después de la cirugía?
4. ¿Alguna de ellas dificulta el desarrollo de sus actividades diarias en casa y el trabajo?
5. ¿Qué tratamiento ha recibido para esas molestias?
6. ¿Ha notado nuevamente la aparición de la hernia?
¿En qué fecha?

FIGURA 1. Encuesta de seguimiento a largo plazo.

Los formatos alimentaron una base de datos D-Base IV, que se llevó posteriormente a análisis estadístico encontrándose significancia para los valores con una $p \leq 0,05$.

Resultados

Entre enero 1987 y diciembre de 1997 se llevaron a cabo 2.112 herniorrafias inguinales por vía anterior de las cuales se obtuvo seguimiento completo en 1.415 pacientes (67%), en un período de 6 a 120 meses (promedio 15 meses), los cuales constituyen la muestra estudiada.

La edad promedio fue de 46 años (rango entre 14 y 92), el 29% de la población correspondió al sexo femenino y el 71% al sexo masculino.

El 8% de los procedimientos se llevó a cabo en forma de urgencia. La herniorrafia por vía anterior es una técnica que empleamos en su mayoría (92%) para el reparo electivo de hernias inguinales no complicadas.

En un 79% de los casos el procedimiento se lleva a cabo en forma ambulatoria, con un 21% de hospitalizados.

La técnica anestésica empleada fue la regional el 70% de los casos, seguida por la anestesia general inhalatoria en 29%. Se utilizó la anestesia local y local asistida en un grupo seleccionado de pacientes que correspondió al 0,8% de la serie. El tiempo quirúrgico promedio fue de 58 minutos.

De los 1.415 pacientes seguidos, 966 fueron llevados a reparo de McVAY, el cual aunque se puede emplear para la corrección de cualquier tipo de hernia no complicada por vía anterior, está indicado en su mayoría para hernias directas y aquellas indirectas asociadas a debilidad de la pared posterior del conducto. Tabla 1.

Se realizaron 449 reparos al tracto iliopúbico, siendo sus indicaciones principales las hernias indirectas tipo I y II. Tabla 1.

TABLA I
Tipo de hernia y tipo de cirugía indicada

Tipo de hernia	Técnica	
	McVay	Cintilla
Directas	437	76
Indirectas	395	396
Pantalón	61	1
Crurales	32	0

Se llevaron a cabo procedimientos quirúrgicos asociados en 9% de los casos, en su mayoría resecciones trasuretrales de próstata (5,5%), y reparos de otros defectos de la pared abdominal (3,5%).

Complicaciones: las principales complicaciones tempranas fueron el seroma, hematoma, infección de la herida (0,8%) y retención urinaria. No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, en cuanto a la tasa general y relativa de complicaciones. Tabla 2.

TABLA 2
Complicaciones posoperatorias

Complicación	Técnica	
	McVAY	Cintilla
Hematoma	1.7%	2.2%
Seroma	2.6%	4%
Infección	0.6%	0%
Retención urinaria	2%	1.8%

Con la operación de McVAY se presentaron 2 lesiones de vena femoral que requirieron reparo en el mismo acto operatorio, y dos hematomas en la sala de recuperación que requirieron reexploración inmediata, sin desarrollar complicaciones tardías. No hubo lesión vascular en los pacientes operados mediante el reparo a la cintilla y se presentaron cuatro casos de hematoma en este grupo, con similar evolución.

Los principales síntomas a largo plazo informados por los pacientes entrevistados fueron el dolor en 8,5% y las disestesias en 4%, porcentajes con similar distribución entre los dos tipos de reparo. Ningún caso requirió reexploración quirúrgica como parte de su manejo.

El tiempo promedio de seguimiento para los dos grupos fue de 15 meses; 1,2% de las reproducciones aparecieron en los primeros tres meses, 14% en los primeros dos años, tiempo en que las recurrencias se han atribuido en la literatura, a fallas técnicas¹ o hernia secundaria inadvertida. El 45% de las recurrencias apareció entre el segundo y quinto año, y el 31% se presentó al seguir los pacientes más de cinco años.

La recurrencia global para el grupo de reparos a la cintilla iliopúbica fue del 16%, cifra que no presenta variación si se excluyen los reparos de hernias complicadas. La recurrencia es mayor en casos de hernias directas reparadas con esta técnica (17,3%).

Discusión

Las diversas técnicas de herniorrafia por vía anterior pueden ser empleadas para la corrección de todos los tipos de hernia, dependiendo en gran parte de la elección del cirujano, que debe basarse en el conocimiento pleno de una técnica quirúrgica estandarizada.

Una de las ventajas de la técnica de McVAY ha sido su utilidad para corregir todos los defectos del orificio miopectíneo^{4,15,19}; en el Hospital Universitario San Ignacio hemos empleado el reparo de McVAY en casos de hernia di-

rectas y en algunas indirectas con debilidad de la pared posterior del conducto asociada, así como en hernias diagnosticadas intraoperatoriamente como cruales.

La tasa de recurrencia del estudio, de 7% para el reparo de McVAY está de acuerdo a las informadas en la literatura, las cuales fluctúan entre el 0,2 y 15%^{1,4,15}.

Las hernias cruales reparadas con la técnica de McVAY tuvieron una recurrencia de 0% con seguimiento hasta de 7 años, hallazgo similar al encontrado por RUTLEDGE en 1.142 herniorrafias¹⁹ y en contraste con la recurrencia de 6,1% reportada por la Clínica Shouldice¹⁴. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la recurrencia del McVAY en casos de hernia directa o indirecta, de acuerdo a lo hallado por BARBIER¹, y a diferencia de otros informes previos de mayor recurrencia para el empleo de esta técnica en casos de hernia indirecta¹⁸ o directa¹⁹.

Utilizamos el reparo a la cintilla iliopúbica en casos de hernia indirecta con debilidad del orificio profundo, encontrando una tasa muy alta de recurrencia del 16%, mucho mayor que la reportada para los otros reparos anatómicos por vía anterior^{9,10,18}; posiblemente por pobre estandarización de la técnica que utiliza una estructura de firmeza variable y anatomía inconstante, como parte fundamental de la técnica quirúrgica.

El seguimiento posoperatorio en el 86% de los pacientes es una cifra satisfactoria y acorde con las informadas previamente^{4,13}; alcanzó hasta un máximo de 10 años posoperatorios, tiempo que la mayoría de autores coinciden en considerar suficiente para detectar recurrencia a largo plazo⁷. Es importante anotar que 31% de las recurrencias aparecieron en un tiempo mayor de 5 años, lo cual justifica períodos largos de seguimiento posoperatorio para un adecuado control de calidad en cirugía de hernias⁸.

La técnica anestésica más frecuentemente empleada en el Hospital Universitario San Ignacio es la general, seguida por la regional, a diferencia de lo informado en la mayor parte de la literatura, donde se emplea en forma casi rutinaria la anestesia local en centros de cirugía ambulatoria^{10,11,14}.

El tipo de anestesia no influyó la tasa de recurrencia en este estudio, como ha sido informado por otros autores⁹. Sin embargo, el bajo número de casos con anestesia local impide hacer una conclusión definitiva.

El alto porcentaje de pacientes hospitalizados corresponde al número de cirugías concomitantes durante el mismo acto anestésico, y a la alta coexistencia de enfermedades asociadas en este grupo de pacientes, las cuales requieren cuidado perioperatorio intrahospitalario.

El índice global de complicaciones es bajo, comparado con otros estudios^{1,5,9}; sin embargo, llama la atención el porcentaje de dolor crónico, 8%, aun cuando se encuentra dentro de las cifras informadas en el seguimiento a las técnicas de BASSINI, McVAY y SHOULDICE¹². La mortalidad (0 pacientes), se encuentra por debajo del rango publicado en la literatura quirúrgica del 1 a 2%^{1,7}.

Considerando que se llevaron a cabo en su mayoría cirugías de tipo limpio, para las cuales no empleamos de rutina antibiótico profiláctico, la infección posoperatoria se encuentra entre los rangos aceptados⁵.

Conclusiones

El reparo a la cintilla iliopúbica es una técnica con baja morbilidad, sin mortalidad, pero con una inaceptable tasa de

recurrencia del 17%, aun en casos de hernia indirecta tipo II, la cual constituye su principal indicación. Se plantea la inquietud de un trabajo prospectivo en el cual se busquen alternativas quirúrgicas con menor recurrencia para este grupo de pacientes.

El reparo al ligamento de COOPER McVAY tiene una morbilidad similar al reparo anatómico por vía anterior, no presenta mortalidad, y su índice de recurrencia está de acuerdo a los reportados en la literatura, inclusive al ser empleado en un medio universitario, por cirujanos en entrenamiento y cirujanos generales con diferente nivel de experiencia que no se dedican exclusivamente al reparo de hernias de la pared abdominal. Por lo tanto, consideramos el reparo de McVAY como una alternativa quirúrgica segura y eficaz por vía anterior, en el manejo de la hernia inguinal no complicada tanto directa como indirecta y crural.

Abstract

Worldwide, inguinal hernia constitutes one of the most common surgical entities. However, there is still no universal consensus regarding the optimal technique for the surgical repair of inguinal hernias. The outcome of surgical repair is determined by different parameters, especially the recurrence rate, which in some personal series is reported to be 1% to 2%. However, these low rates have not been reproduced by general surgeons with varying degrees of experience, and overall recurrence rates have been reported as high as 15%. We hereby report our experience of 10 years with the repair of inguinal hernia by the anterior approach at Hospital Universitario San Ignacio, Bogota, Colombia. We initially encountered an unacceptable high recurrence rate of 16% with the use of the iliopubic tract repair. This led to seeking surgical alternatives for the repair of indirect inguinal hernias presenting with a dilated deep inguinal ring. The low morbidity and mortality rates of the McVay repair, associated with a recurrence rate of 7%, makes it a safe and efficient procedure for repair via an anterior approach in patients with uncomplicated inguinal hernias.

Referencias

1. BARBIER J, Carretier M, Richer JP: Cooper ligament repair: An Update. World J Surg 1989; 13:499-505.
2. DEYSINE M.: Must we specialize herniorrhaphy for better results? Am J Surg 1990; 160:239-241.
3. DEYSINE M, Grimson RC, Soroff H: Inguinal herniorrhaphy, reduced morbidity by service standarization. Arch Surg 1991; 126:628-630.
4. PANOS RG, BECK DE, MARESH JE, et al.: Preliminary results of a prospective randomized study of COOPER'S ligament vs. SHOULDICE herniorrhaphy technique. Surg Gynecol Obstet. 1992; 175:315-319.
5. BOWEN JR, THOMPSON WR, DORMAN BA, et al.: Change in the management of adult groin hernia. Am J Surg 1979; 135:564-569.
6. MATUK A, TAWIL M, ESCALLÓN G, BUSTILLO J, Gross C: Hernia inguinocrural. División de Capacitación, Dirección de Recursos Humanos – Ministerio de Salud. República de Colombia, Bogotá, 1985.
7. LINCHTENSTEIN IL: Herniorrhaphy: a personal experience with 6321 cases. Am J Surg 1987; 153:553-63.
8. SCHAAP H.M, van de PAVOORDT HDWM, Bast TJ: The preperitoneal approach in the repair of recurrent inguinal hernias. Surg Gynecol Obstet 1992; 174:460-464.

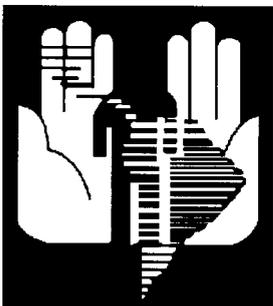
9. HAY JM, BOUDET MJ, FINGERHUT A, *et al.*: SHOULDICE inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? *Ann Surg* 1995; 222(6):719-727.
10. FRIIS E, LINDAHL F: The tensionfree hernioplasty in a randomized trial: *Am J Surg* 1996 Oct; 172:315-319.
11. GRACIA O, VARELA JA, ÁLVAREZ D, y cols.: Herniorrafia inguinal con anestesia local. *Rev Colomb Cir* 1992; 7:17-20.
12. CUNNINGHAM J, TEMPLE WJ, MITCHELL P: Cooperative hernia study, pain in the postrepair patient. *Ann Surg* 1996; 224(5):598-602.
13. MILLIKAN K, DEZIEL DJ: The management of hernia: considerations in cost effectiveness. *Surg Clin North Am* 1996; 76(1):105-115.
14. WELSH D, ALEXANDER M: Reparación de SHOULDICE. *Clin Quir NA* 1993; 3:485-503.
15. RUTLEDGE R: Reparación al ligamento de COOPER. *Clin Quir NA* 1993; 3:505-534.
16. LAFFERTY PM, MALINOWSKA A: Lichtenstein inguinal hernia repair in a healthcare setting. *Br J Surg* 1998; 85:793-796.
17. BENDAVID R: New Techniques in hernia repair. *World J Surg* 1898; 13:522-531.
18. ASMUSSEN T, ULVEMAN Jensen F: Follow up study on recurrence after inguinal hernia repair. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156:198-200.
19. RUTLEDGE RH: COOPER'S ligament repair: a 25 year experience with a single technique for all groin hernias in adults. *Surgery* 1988; 103(1):1-10.
20. PANOS R, BECK D, *et al.*: Preliminary results of a prospective randomized study of COOPER'S ligament versus SHOULDICE herniorraphy technique. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:315-319.
21. DEYSINE M, GRIMSON R, *et al.*: Inguinal herniorraphy, reduced morbidity by service standarization. *Arch Surg* 1991; 126:628-630.
22. ASMUSSEN T, ULVEMAN F: A follow up study on recurrence after inguinal hernia repair. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156:198-200.
23. PATIÑO RESTREPO JF: La hernia inguinal. *Rev Colomb Cir* 1988; 86:62-73.
24. PATIÑO RESTREPO JF: Operación de Nyhus: Hernioplastia preperitoneal. *Trib Méd* 1992; 86:62-73.
25. ESCALLÓN MAINWARING J: Herniorrafia inguinal. Técnica de Shouldice modificada. *Rev Colomb Cir* 1987; 2:69-74.
26. PATIÑO RESTREPO JF, GARCÍA-HERREROS LG, ZUNDEL MAJEROVICH N: Inguinal hernia repair. The Nyhus posterior ooreoeritoneal operation. *Surg Clin North Am (United States)*, Dec 1998; 78(6) p 2063-74.
27. ALVARADO BESTENE J, *et al.*: Manual de cirugía, 1a ed. Santa Fe de Bogotá: CEJA, 1999. Cap. II p.179-94.

Correspondencia:

LILIAN TORREGROZA A.

Teléfono: 585 00 00 • Cód. 18 99 80

Bogotá, D.C., Colombia

**FELAC****Federación Latinoamericana de Cirugía**

Sitio en la red y Boletín trimestral en Internet

www.fepafem.org/felac