



Evolución y estado actual de la plastia inguinal con abordaje laparoscópico

Juan Antonio López Corvalá,* Fernando Guzmán Cordero,* Francisco Ortega Palláñez,* Galileo Villarreal,* Louisiana Valenzuela,* Francisco Velíz Maldonado*

Resumen

La hernioplastia laparoscópica ha demostrado buenos resultados, siempre que se sigan algunos principios para que la curva de aprendizaje sea apropiada, tales como familiarizarse con la anatomía de la región, recibir tutoría en los primeros procedimientos, seleccionar los primeros pacientes y otros. En esta revisión, los autores mencionan las principales ventajas de la reparación laparoscópica, haciendo un análisis acerca del costo y las ventajas en cuanto a la incapacidad en la institución de seguridad pública en la que trabajan.

Palabras clave: Hernia inguinal, hernioplastia laparoscópica, malla, TAAP, TEP.

Abstract

Laparoscopic hernioplasty has demonstrated good results if the principles of the appropriate learning curve such as being familiarized with the anatomy of the inguinal region, receiving proctorship in the first procedures, proper selection of the patients and others are followed. In this review, the authors mention the main advantages of laparoscopic hernia repair, analyzing the cost and the advantages of faster return to work in the public institution in which they work.

Key words: Inguinal hernia, laparoscopic hernioplasty, mesh, TAAP, TEP.

Desde principios de los 90, con el desarrollo de la cirugía laparoscópica, este abordaje ha provisto a los cirujanos de una herramienta innovadora para resolver una gran variedad de problemas quirúrgicos; muchas de estas técnicas han ganado una aceptación universal al demostrar grandes ventajas en los resultados obtenidos.

Una excepción es el caso de la plastia inguinal con abordaje laparoscópico, con el cual en sus inicios, según Rutkow, se obtuvieron resultados catastróficos, causando gran incidencia de complicaciones y recurrencias.¹ Esto es debido a que no se llevó a cabo el concepto correcto de la laparoscopia, es decir, imitar lo probado en cirugía abierta y cambiar únicamente el abordaje de donde se obtendrán las grandes ventajas.

A partir de que se adopta el principio de Stoppa (plastia inguinal preperitoneal libre de tensión), se iniciaron las técnicas laparoscópicas TAPP (Transabdominal preperitoneal) y TEP (Totalmente extraperitoneal), en las que los resultados han sido comparables con el abordaje abierto libre de tensión, siempre y cuando se cumplan las reglas de la curva de aprendizaje.¹

Han transcurrido más de 15 años desde el nacimiento de las plastias endoscópicas establecidas como tales, y desde entonces han ocurrido avances tanto en el desarrollo de material, instrumental, equipo y técnica operatoria, lo que ha permitido que la plastia inguinal endoscópica se vuelva reproducible y con resultados comparables a las plastias con abordaje abierto en cuanto a complicaciones y recidivas.²

Para dominar la plastia inguinal laparoscópica se considera que se deben de realizar de 30 a 300 procedimientos con tutoría.³ Los aspectos importantes para el cirujano son los siguientes:

- 1) Estar familiarizado y practicar cirugía laparoscópica avanzada en otras patologías de la cavidad abdominal.
- 2) Conocimiento anatómico de la región inguinal posterior.

* Centro de Entrenamiento de Cirugía de Invasión Mínima, HGR Núm. 1 IMSS, Tijuana, B.C. Cirugía Laparoscópica Grupo de Baja California.

Correspondencia:

Dr. Juan Antonio López Corvalá

Edificio Plaza California. José Clemente Orozco Núm. 2340, Cons. 401. Zona Río. Tijuana, B.C. 22320.
Tel. (664) 634.38.70, Fax (664) 634-38-71
E-mail: drlopez@telnor.net

- 3) Dominio en la técnica de la plastia inguinal libre de tensión con abordaje abierto.
- 4) Tutoría en un centro de entrenamiento donde la plastia inguinal con abordaje laparoscópico sea rutinaria y hayan estado expuestos a procedimientos de esta técnica en sus diferentes variedades.
- 5) Llevar a cabo una cuidadosa selección de pacientes especialmente en la primera etapa.
- 6) Iniciar con abordaje TAPP, ya que tiene las ventajas del acceso conocido de la cavidad abdominal, mayor área de maniobrabilidad para la cirugía y una más fácil identificación de los elementos anatómicos de esta zona vistos a través del peritoneo antes de iniciar con la técnica TEP.⁴

Superada la curva de aprendizaje, los tiempos quirúrgicos, las complicaciones y las recurrencias de la reparación laparoscópica son comparables a la cirugía abierta.⁵

Existen reportes en los cuales se menciona que las indicaciones actuales para este procedimiento son hernias bilaterales, hernias recidivantes y duda diagnóstica, por los grandes beneficios que se obtendrían.⁶ En cuanto a hernias primarias, se recomienda que sean realizadas por grupos con amplia experiencia laparoscópica.⁷

Dentro de las ventajas que ofrece este abordaje, se encuentra la disminución del dolor postoperatorio, y se ha comprobado que existe un puntaje mucho menor en la escala visual análoga de dolor. La duración de la administración de analgésicos, es significativamente menor en el postoperatorio del abordaje laparoscópico y por consecuencia disminuye costos. Además existen reportes en los cuales el dolor crónico es mucho menor en pacientes sometidos con este método.

La estancia intrahospitalaria puede ser comparable a la cirugía abierta, ya que pueden ser egresados de manera ambulatoria. Cabe mencionar que el tiempo de recuperación (retorno a actividades cotidianas) es significativamente más corto si se realiza por cirugía laparoscópica.

El estudio de los pacientes con duda diagnóstica mediante este abordaje es superior, debido a que la confirmación o descarte de este padecimiento se realiza sin destrucción de la anatomía de la región inguinal.

En cuanto a las hernias inguinales bilaterales, este abordaje involucra menos invasión de la región inguinal, menor tiempo quirúrgico, superior cosmesis y con los mismos resultados que el abordaje abierto.⁸

Finalmente, en pacientes con recurrencia este procedimiento ofrece la ventaja de identificación clara de la anatomía por trabajar en un área virgen de la región inguinal, lo que disminuye el riesgo de complicaciones.

De acuerdo con estos datos, podemos concluir que la reparación de las hernias inguinales por vía laparoscópica es superior a la cirugía abierta, en lo que concierne a los siguientes factores:

- a) Menor dolor postquirúrgico.
- b) Recuperación temprana.
- c) Menos días de incapacidad.
- d) Menos lesiones nerviosas.
- e) Diagnóstico y tratamiento en duda diagnóstica.
- f) Manejo de hernia bilateral.
- g) Reparación de recurrencia de la plastia inguinal anterior.
- h) Mejor cosmesis.

En cuanto a costos, se reporta que en las reparaciones laparoscópicas son mayores que en la cirugía abierta debido a la anestesia general, insumos referentes al equipo de laparoscopia, puertos e instrumentos especiales (engrapadoras y uso de balón disector), sin embargo, ha sido controversial el hecho de que este costo pueda compensarse con el periodo de recuperación más corto y el regreso temprano a las actividades.⁸

El costo del abordaje laparoscópico de la plastia inguinal se ha revisado en varios estudios. En uno de ellos, los costos hospitalarios fueron significativamente mayores en la reparación totalmente extraperitoneal, comparada con la reparación Lichtenstein (1,239 vs 782 (precios en dólares); $p < 0.001$). Los costos totales, definidos como directos e indirectos, causados por ausencia laboral, fueron sin embargo mayores en la reparación abierta (3,912 vs 4,661 USD para TEP vs Lichtenstein respectivamente; $p = 0.02$).⁹

En otro de los estudios se demostró que los beneficios económicos a la sociedad con la reducción de la ausencia laboral están claramente relacionados con las diferencias de costos directos al procedimiento y totales. Mientras que los costos intrahospitalarios son significativamente mayores para el TEP, comparado con la reparación abierta, no existen diferencias en los costos totales, incluyendo costos asociados con días de trabajo perdidos. Aunque la reparación por TEP es más cara para los hospitales, representa una ventaja costo-efectiva a la sociedad de manera integral.¹⁰

En nuestra experiencia, en el Instituto Mexicano del Seguro Social Clínica 1 Tijuana, BC, al analizar más de 1,000 procedimientos de abordaje laparoscópico de hernia inguinal, se concluye que los costos hospitalarios son mayores, compensándose con la disminución de la incapacidad laboral hasta en un 50%, y la mayor satisfacción del paciente.¹

Al realizar un análisis en la mayoría de los países de América Latina con cirujanos que tienen experiencia en la reparación laparoscópica de las hernias, todos coincidieron en que ahora es el momento clave para lograr una cirugía de excelencia, lo cual requiere el apoyo de los directivos en las instituciones de salud y en el plano de la especialidad, fomentando la creación de centros especializados dedicados a este tipo de cirugía.

Futuros estudios que evalúen costos directos e indirectos en población económicamente activa en México, podrían cambiar la perspectiva que se tiene sobre el «alto costo» de la hernioplastia laparoscópica. Uno de los factores más im-

portantes a considerar es el costo de la atención de una recurrencia, aparte de lo que pudiera implicar el retraso de la incorporación a actividades rutinarias en la vida del paciente que ha sido sometido a una plastia inguinal.¹¹

En el mundo se reporta una baja popularidad de la plastia inguinal laparoscópica, comparada con otros procedimientos laparoscópicos, siendo en los Estados Unidos efectuada por el 14% de los cirujanos de acuerdo a Fitzgibbons, y en México, según Mayagoitia, menos del 5%; consideramos que esto es debido a altos costos intrahospitalarios y a una curva de aprendizaje larga.

La expansión de la cirugía endoscópica en las reparaciones herniarias constituye un importante paso para su desarrollo, sin embargo se ha visto limitada debido a que no siempre se tienen todos los conocimientos en este sentido, y lo que es peor, sólo en pocos hospitales se cuenta con el equipo e instrumental especializado.

Actualmente se conoce que la plastia endoscópica compete con la abierta, y ofrece todas las ventajas de la mínima invasión, siendo superior en los casos de bilateralidad, recurrencia y duda diagnóstica. Cuando se evalúa el costo-beneficio y calidad de vida, surge victoriosa la plastia endoscópica.¹²

REFERENCIAS

1. López CJA, Guzmán CF, Jaramillo DTEJ, Covarrubias HMA. Plastia inguinal con abordaje laparoscópico TAPP vs TEP. *Cir Gen* 2005; 27: 263-268.
2. López CJA, Guzmán CF, Martínez GA. Curva de aprendizaje en plastia inguinal laparoscópica ¿Cómo superarla? *Cir Gen* 2003; 25: 291-294.
3. Voitek AJ. The learning curve in laparoscopic inguinal hernia repair for the community general surgeon. *Can J Surg* 1998; 41: 446-50.
4. Lau H, Patil NG, Yuen WK, Lee F. Learning curve for unilateral endoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernioplasty. *Surg Endosc* 2002; 16: 1724-8.
5. Memon MA, Cooper NJ, Memon B, Memon MI, Abrams KR. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2003; 90(12): 1479-92.
6. Edwards CC 2nd, Bailey RW. Laparoscopic hernia repair: the learning curve. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000; 10(3): 149-53.
7. Lowham AS, Filipi CJ, Fitzgibbons RJ Jr, Stoppa R, Wantz GE, Felix EL, Crafton WB. Mechanisms of hernia recurrence after preperitoneal mesh repair. Traditional and laparoscopic. *Ann Surg* 1997; 225(4): 422-31.
6. Congreso Mundial de Hernias. Asociación Mexicana de Cirugía Laparoscópica Guadalajara, Jalisco. Febrero de 1998.
7. O'Dwyer PJ. Current status of the debate on laparoscopic hernia repair. *Br Med Bull* 2004; 70: 105-18.
8. Mayagoitia GJC. Hernia de la pared abdominal. *Tratamiento actual*. Ed. Alfil, 2a. Edición, México, D.F. 2009.
9. Heikkinen TJ, Haukipuro K, Koivukangas P, Hulkko A. A prospective randomized outcome and cost comparison of totally extraperitoneal endoscopic hernioplasty versus Lichtenstein hernia operation among employed patients. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 338-344.
10. Kuhry E, van Veen RN, Langeveld HR, Steyerberg EW, Jeekel J, Bonjer HJ. Open or endoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair? A Systematic Review. *Surg Endosc* 2007; 21(2): 161-6.
11. Díaz EJA, González RR, Cantú GFJ, Villegas CO. Estudio comparativo de hernioplastia laparoscópica TAPP vs técnica abierta con malla vs técnica abierta convencional. *Avances* 2005; 3(5): 10-14.
12. López CJA, Guzmán CF, Ortiz LA. Plastia inguinal laparoscópica. Estado actual y perspectivas. ¿Cómo enseñar a realizarla? *Rev Mex Cir Endoscop* 2001; 2(2): 71-74.