

Cirujano General

Volumen 27
Volume

Número 4
Number

Octubre-Diciembre 2005
October-December

Artículo:

Cinco años de experiencia en el manejo quirúrgico de hernias inguinales usando la técnica laparoscópica

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



edigraphic.com

Cinco años de experiencia en el manejo quirúrgico de hernias inguinales usando la técnica laparoscópica

Five-years experience in the surgical management of inguinal hernias by means of laparoscopic technique

Dr. Armando Castillo González,* Dra. Angélica Maldonado Vázquez,* Dr. Gilberto Cornejo López,*
Dr. Pablo Cortés Romano*

Resumen

Objetivo: Dar a conocer la experiencia del tratamiento laparoscópico de hernias inguinales.

Diseño: Descriptivo, retrospectivo y transversal.

Análisis estadístico: Porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas

Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo de los casos de hernia inguinal operados por laparoscopia en los últimos cinco años, se revisaron los expedientes de los pacientes operados del 5 de enero de 2000 al 15 de abril de 2005, se estudiaron las siguientes variables: edad, género, tipo de hernia, técnica quirúrgica, fecha de cirugía, complicaciones, recurrencia y seguimiento del paciente.

Resultados: Fueron 96 pacientes, los tipos de hernias más frecuentes fueron: 25 casos de inguinal derecha indirecta y 23 casos de inguinal bilateral. La técnica más empleada fue totalmente extraperitoneal (TEP) en el 97%. El seguimiento fue de 4 meses a 5 años. Complicaciones en 9 casos y sólo se presentó recurrencia en un paciente. El tiempo de incapacidad promedio fue de 1 semana.

Conclusión: El porcentaje de morbilidad fue de 9.3% y no requirió reintervención quirúrgica; la recidiva tuvo una frecuencia de 1.04%. Estos datos indican que este procedimiento es seguro y efectivo.

Abstract

Objective: To report on the experience in the laparoscopic treatment of inguinal hernias.

Design: Descriptive, retrospective, and transversal study.

Statistical analysis: Percentages as summarizing measure for qualitative variables.

Methodology: A retrospective analysis was made of the inguinal hernia cases operated through laparoscopy in the last 5 years. We reviewed the clinical records of the patients operated from January 5, 2000 to April 15, 2005. The following variables were analyzed: age, gender, type of hernia, surgical technique, date of surgery, complications, recurrence, and follow-up of patients.

Results: There were 96 patients, the most frequent types of hernia were: 25 cases of right indirect inguinal and 23 cases of bilateral inguinal hernias. The most used technique was totally extraperitoneal (TEP) in 97%. Follow-up was of 4 months to 5 years. Complications occurred in nine cases and recurrence in only one patient. The average disabling time averaged 1 week.

Conclusion: Morbidity was of 9.3% and required no surgical re-intervention; recurrence had a 1.04% frequency. These data indicate that this procedure is safe and effective.

Palabras clave: Hernia inguinal, técnica laparoscópica.

Cir Gen 2005;27:296-300

Key words: Inguinal hernia, laparoscopic technique.

Cir Gen 2005;27:296-300

*Clínica de Hernias del Pedregal. Hospital Ángeles Pedregal.

Recibido para publicación: 30 de agosto de 2005

Aceptado para publicación: 29 de septiembre de 2005

Correspondencia: Dr. Armando Castillo González. Clínica de Hernias del Pedregal. Hospital Ángeles Pedregal. Camino a Santa Teresa Núm. 1055-1080, Héroes de Padierna, Magdalena Contreras, México D.F. 10700; 5652-9797, 5652-7317.

E-mail: consultorio1080@prodigy.net.mx

Introducción

Las hernias de la pared abdominal, son unos padecimientos que han afectado al ser humano desde sus orígenes, debido fundamentalmente a los esfuerzos que realiza para lograr su subsistencia.¹

Durante varios siglos fueron consideradas como una enfermedad grave por su complicación más temida, la estrangulación, lo cual le valió el calificativo de “enfermedad maligna”, a la que tanto médicos y pacientes guardaban gran respeto y temor.

Las hernias de la pared abdominal son una entidad con gran demanda de atención en nuestro país y ocupan el primer lugar dentro de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en forma programada en los hospitales generales de segundo nivel y por otro lado, el elevado costo en días de incapacidad que repercuten en la economía de las diferentes empresas y por ende en la economía del país.²⁻⁴

En un afán por lograr el procedimiento ideal para esta patología, los avances científicos y tecnológicos, al emplearse las técnicas “libres de tensión”, la aplicación de materiales protésicos así como diversos procedimientos quirúrgicos en donde hace su aparición la cirugía mini-invasiva, han contribuido a modificar criterios vigentes desde hace varias décadas.⁵⁻⁸

Como hemos mencionado previamente, la hernioplastía es la intervención quirúrgica que se practica con mayor frecuencia en cualquier hospital y sea institucional o privado y a pesar de encontrarnos en el siglo XXI, están a discusión las diferentes técnicas quirúrgicas, el modo de abordar el problema, así mismo el procedimiento anestésico más conveniente para el paciente. Los aspectos anatómicos de la región inguinal, las diferentes clasificaciones de las hernias, el detonador de la cirugía mini-invasiva y el empleo del material protésico, han revolucionado su tratamiento y se ha convertido en un terreno controversial pero apasionante.^{9,10}

La laparoscopia ha abierto nuevos horizontes para los cirujanos en el tratamiento de las hernias inguino-crurales. En efecto, estos nuevos procedimientos satisfacen todos los objetivos primarios y secundarios de la reparación del defecto herniario.¹¹

El principal beneficio de la cirugía de mínima invasión es la rápida recuperación del paciente, gracias a que las incisiones son pequeñas, la disección atramática y se emplean mallas, dejando libre de tensión la reparación. La anatomía de la región inguinal se torna muy atractiva e ideal para la reparación de las hernias inguino-crurales por esta vía.¹²

Los beneficios de la reparación laparoscópica consisten en que el paciente experimenta menos dolor postoperatorio, una recuperación más rápida, retorno con mayor prontitud a sus actividades habituales y una notable baja en la incidencia de recidivas.¹³⁻¹⁵

La reparación por vía preperitoneal ha probado además ser el último abordaje utilizado para las hernias inguinales y femorales complejas y con recurrencias. Este abordaje evita la disección a través de las capas de tejido cicatrizal que se dificulta,

a la vez que tiene la enorme ventaja de que con ella se aplica el principio de Pascal sobre la presión hidrostática que se ejerce sobre la pared reconstruida por este método.¹⁶⁻¹⁸

El argumento más importante a favor de las técnicas laparoscópicas es que resuelven el problema en el punto de su origen, es decir dentro del abdomen, en la región inguino-femoral. Durante más de un siglo y hasta nuestros días los cirujanos hemos persistido en nuestros esfuerzos por tratar las hernias con diferentes técnicas, todas basadas en el principio de cerrar el defecto herniario mediante aproximación de los músculos y sus fascias de la porción frontal de la pared abdominal con mayor o menor obliteración del conducto inguinal.^{19,20}

En la actualidad las técnicas laparoscópicas para la reparación de las hernias parecen haber establecido su verdadero valor como procedimiento de elección en los casos de hernias recurrentes, bilaterales o en pacientes que tengan alto rendimiento deportivo o deseen regresar rápidamente a sus actividades.²¹

El abordaje laparoscópico presenta las siguientes ventajas: menos dolor postoperatorio, actividad física temprana, menos complicaciones, la malla cubre la región inguino-crural (ofreciendo una mayor protección teórica contra recidivas); y desventajas: requiere anestesia general, mayor costo, probabilidad de adherencias intraabdominales, más difícil de aprender y no todos los casos se pueden manejar de forma ambulatoria.^{22,23}

El parámetro más importante y confiable para evaluar los resultados del éxito del tratamiento es la recidiva, pero en la actualidad lo más importante es evaluar el costo-beneficio, la estancia hospitalaria y la reintegración a sus labores.

La evaluación integral de cada paciente, sus características anatómicas, con patología inicial o secundarias, número de recidivas, género y edad, serán los parámetros para decidir el procedimiento a realizar, sin olvidar lo más importante, la experiencia del cirujano, su destreza, su responsabilidad y su ética profesional.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes con hernia inguinal operados por abordaje laparoscópico de la clínica de hernias del pedregal. Hospital Ángeles Pedregal en los últimos cinco años, se revisaron los expedientes de los pacientes operados del 5 de enero de 2000 al 15 de abril de 2005, incluyendo los siguientes datos: edad, género, tipo de hernia, técnica quirúrgica, fecha de cirugía, complicaciones, recurrencia y seguimiento del paciente.

Análisis estadístico: Porcentajes como medida de resumen para variables cualitativas

Resultados

Fue un total de 96 pacientes 80 hombres (83%) con una media de edad de 45.5 años (16 a 75 años) y 16

mujeres (17%) con una media de edad de 45.5 años (31 a 45 años) (**Figura 1**), los tipos de hernia fueron el siguiente: hernia inguinal izquierda indirecta (HIII) 19 (19.7%), mujeres 2 y hombres 17, hernia inguinal bilateral 23 (23.9%), mujeres 1 y hombres 22, hernia crural 5 (5.2%) sólo en mujeres, derecha 3 e izquierdas 2. Hernia inguinal derecha directa (HIDD) 12 casos (12.5%) 4 mujeres y 8 hombres. Hernia inguinal derecha indirecta (HIDI) 25 casos (26%), 4 mujeres y 21 hombres. Hernia inguinal indirecta derecha (HIID) 9 casos (9.3 %) todos hombres. Hernia recidivante 3 (3.1%) sólo en sexo masculino (**Figuras 2 y 3**). En cuanto al tipo de cirugía empleada fueron: TEP 93 (97%) y TAPP 3 (3%). Al dividir la cirugía por sexo encontramos: sexo femenino: TEP 14 (87.5%) y TAPP 2 (12.5%) y sexo masculino: TEP 79 (98.7%) y TAPP 1 (1.3%) (**Figuras 4, 5 y 6**). En promedio el seguimiento de los pacientes fue de 4 meses a 5 años: 3 con más de 4 años, 13 más de 3 años, 26 más de 2 años y 54 en su primer año de seguimiento. Las complicaciones fueron hematoma en 4 casos (4.1%), íleo en 1 caso (1.04%), meralgia 2 casos (2.08%), 1 caso de orquitis (1.04%) y 1 de hidrocele (1.04%) (**Figura 7**), se resolvieron con tratamiento médico todas, excepto el hidrocele, el cual se reoperó a los 6 meses. Sólo se presentó recurrencia en 1 paciente (1.04%),

con técnica TEPP, a los 5 meses de su cirugía y se resolvió con técnica TAPP. La mayoría de los pacientes se reintegraron a sus labores dentro de los primeros siete días postoperatorios: 1 a 3 días: 10 pacientes, 4 a 7 días: 15 pacientes y 71 pacientes entre 7 a 10 días. No hubo defunciones.

Discusión

Las hernias de la pared abdominal son una entidad con gran demanda de atención en todo el mundo, y como hemos mencionado ocupan el primer lugar dentro de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en forma programada en los hospitales de segundo nivel.²

Por lo tanto, es deber del cirujano disminuir el número de recidivas y complicaciones, procurar un postoperatorio con poco dolor y una recuperación más rápida para reintegrar al paciente a sus labores.³

En un afán por lograr el procedimiento ideal, en la actualidad es inaceptable no emplear "técnicas libres de tensión". Y en este campo la cirugía endoscópica ha contribuido a mejorar los resultados en cuanto a que el paciente experimenta menos dolor, pronta recuperación y mejor estética, no así con lo que respecta a la recidiva, ya que estudios comparativos nos demuestran que en este rubro los resultados son semejantes.^{11,12}

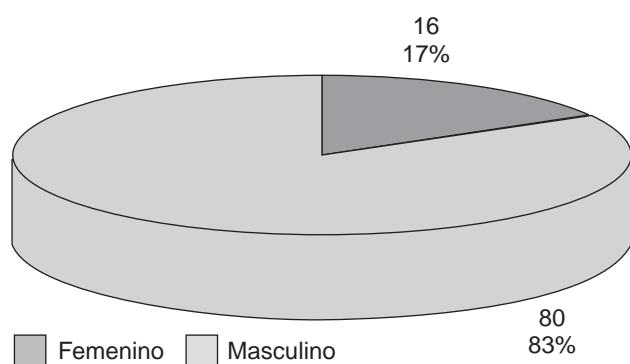


Figura 1. Distribución por género.

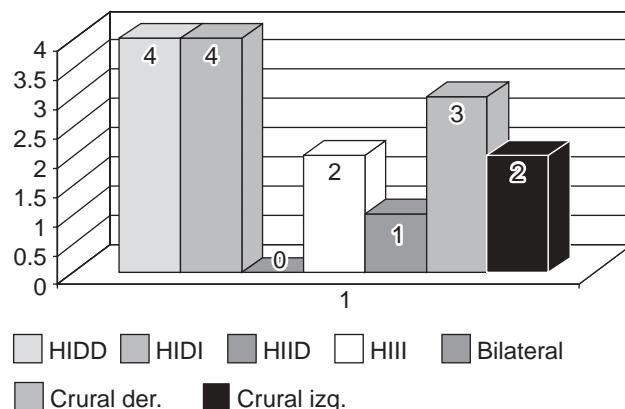


Figura 3. Tipo de hernia género femenino.

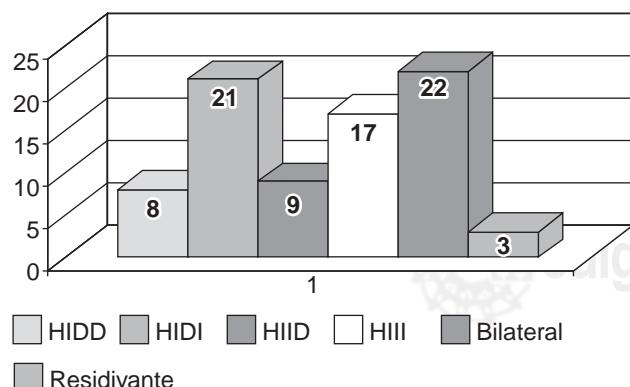


Figura 2. Tipo de hernia género masculino.

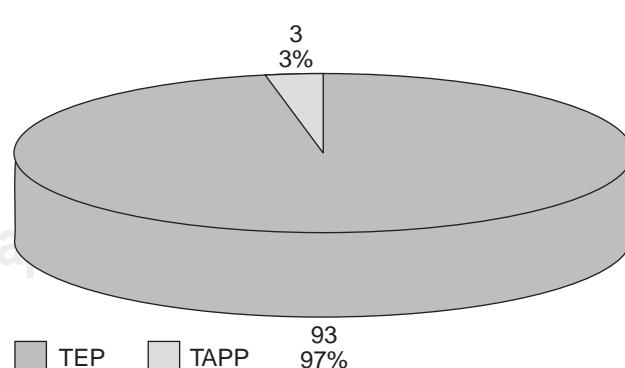


Figura 4. Tipo de herniplastía.

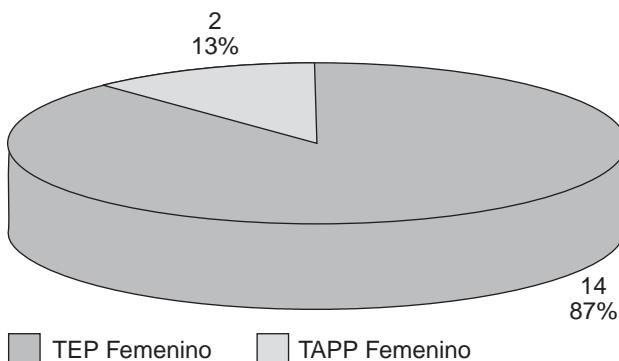


Figura 5. Tipo de herniplastía por género.

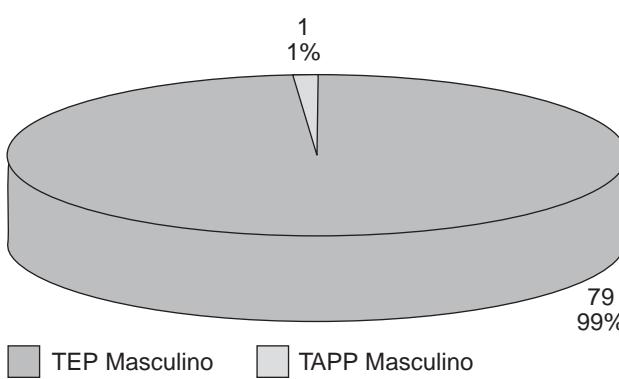


Figura 6. Tipo de herniplastía por género.

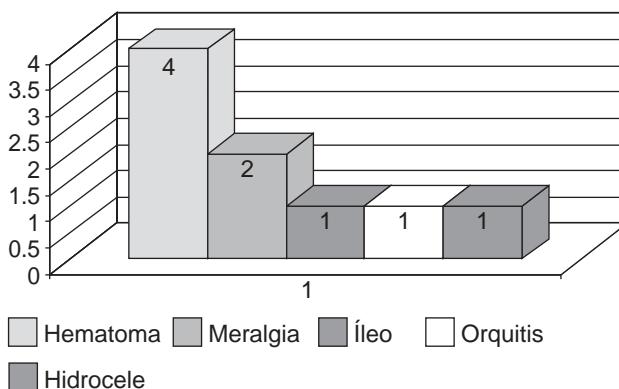


Figura 7. Complicaciones.

En este artículo presentamos nuestra experiencia con 96 pacientes y 119 procedimientos, ya que 23 de estos pacientes tenían hernia bilateral, nuestros resultados son semejantes a los publicados en la literatura mundial, ninguna de las complicaciones fue grave, todos los problemas se resolvieron en forma conservadora y sólo 2 pacientes tuvieron que ser reintervenidos, el caso de un hidrocele que no respondió al tratamiento médico se realizó hidrocelectomía y la re-

cidiva que se resolvió en forma endoscópica por vía transperitoneal.

Sin entrar en controversias sobre cuál técnica es mejor, en términos quirúrgicos podemos decir que la mejor es la más inocua, la más fácil de realizar y la que menos complicaciones genera. En términos económicos significa determinar con cuál se obtienen los mejores resultados globales en el paciente, en la familia y en la sociedad. Así, una técnica costosa no es cara cuando el beneficio, utilidad, efectividad o eficacia son mayores a la inversión presupuestada.

Nosotros utilizamos con mayor frecuencia la técnica totalmente extraperitoneal (TEP), en la actualidad esta técnica ofrece buenos resultados, con bajo índice de complicaciones y mínima recidiva. Sus indicaciones cada vez son más precisas y nosotros la utilizamos en los casos de recidiva, cuando la hernia es bilateral y en aquellos pacientes que son deportistas o que requieren reintegrarse más pronto a sus labores.

Conclusión

Se da a conocer nuestra experiencia en el manejo de las hernias inguinales por laparoscopia. Fueron 96 pacientes y 119 procedimientos. Los resultados de morbilidad y recurrencia son equiparables a lo reportado en la literatura mundial.

La técnica que nosotros preferimos es la totalmente extraperitoneal y consideramos que está indicada en los casos de hernias recidivantes, las bilaterales y en los pacientes que deseen reintegrarse más pronto a sus actividades.

Referencias

- French Associations for Surgical Research. Oberlin P, Boudet MJ, et al. Recurrence after inguinal hernia repair: prognostic facts in a prospective study of 1,706 hernias. abstract. *Br J Surg* 1995; 82(Suppl 1): 65.
- Friis E, Lindahl F. The tension-free hernioplasty in a randomized trial. *Am J Surg* 1996; 172: 315-9.
- Cunningham J, Temple WJ, Mitchell P, Nixon JA, Preshaw RM, Hagen NA. Cooperative hernia study. Pain in the post-repair patient. *Ann Surg* 1996; 224: 598-602.
- Kumar S, Wilson RG, Nixon SJ, MacIntyre IM. Chronic pain after laparoscopic and open mesh repair of groin hernia. *Br J Surg* 2002; 89: 1476-9.
- Rowntree CLG. National Program for Physical Fitness. Revealed and developed on the basis of 13,000,000 physical examinations of selective service registrants. *JAMA* 1944; 125: 821-7.
- Sondenaa K, Nesvik I, Breivik K, Korner H. Long-term follow-up of 1,059 consecutive primary and recurrent inguinal hernias in a teaching hospital. *Eur J Surg* 2001; 167: 125-9.
- Condon RE, Nyhus LM. Complications of groin hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, ed. *Hernia*. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995: 269-82.
- Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open "tension-free" repair of inguinal hernias: the Lichtenstein technique. *Eur J Surg* 1996; 162: 447-53.
- Kark AE, Kurzer MN, Belsham PA. Three thousand one hundred seventy-five primary inguinal hernia repairs: advantages of ambulatory open mesh repair using local anesthesia. *J Am Coll Surg* 1998; 86: 447-55; discussion 456.

10. Liem MS, van der Graaf Y, van Steensel CJ, Boelhouwer RU, Clevers GJ, Meijer WS, et al. Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal-hernia repair. *N Engl J Med* 1997; 336: 1541-7.
11. Laparoscopic versus open repair of groin hernia: a randomized comparison. The MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. *Lancet* 1999; 354: 185-90.
12. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM; EU Hernia Trialists Collaborations. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1): CD001785.
13. Fitzgibbons RJ Jr, Camps J, Cornet DA, Nguyen X, Litke BS, Annibali R, et al. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. Results of a multicenter trial. *Ann Surg* 1995; 221: 3-13.
14. Castillo A. Hernioplastía inguino-crural posterior por laparoscopia; abordaje preperitoneal con globo de distensión (T.E.P). En: Roesch F, Abascal R. *Hernias de la pared abdominal*. México: Manual Moderno; 2001: 185-94.

