

Manejo actual de la hernia inguinal por vía laparoscópica

Current management of inguinal hernia through laparoscopy

Dr. Roberto Bernal Gómez

Resumen

Introducción: Se revisan 22 citas bibliográficas relacionadas con el manejo laparoscópico de la hernia inguinal. La opinión de que las hernias inguinales deben de operarse cuando se diagnostican, con el objeto de prevenir complicaciones como obstrucción intestinal, incarceración o estrangulamiento del contenido herniario, ha sido cuestionada recientemente. Muchas cirugías se empezaron a realizar por vía laparoscópica y la herniorrafia inguinal no es la excepción. Actualmente las principales indicaciones de la herniorrafia laparoscópica son: 1. Hernia inguinal recurrente después de una herniorrafia abierta. 2. Hernias bilaterales. 3. La presencia de una hernia inguinal en un paciente que necesita ir a laparoscopia por algún otro procedimiento tal como colecistectomía.

Un tópico difícil de definir es el uso de herniorrafia laparoscópica en hernia unilateral no complicada. Aun cuando la técnica totalmente extraperitoneal (TEP) evita muchos de los problemas asociados con la laparoscopia, ya que no se penetra en la cavidad abdominal, se conserva intacto el peritoneo y puede realizarse bajo anestesia local, muchos cirujanos son escépticos en cuanto a los beneficios de la herniorrafia laparoscópica para la hernia no complicada.

Conclusiones: Existe evidencia clínica suficiente que soporta el uso de la herniorrafia laparoscópica como una opción razonable en el uso de la reparación de hernia inguinal no complicada. La pregunta es, si estos beneficios superan el incremento en el riesgo y en el costo.

Palabras clave: Hernia inguinal, hernioplastía, malla, laparoscopia.

Cir Gen 2006; 28:110-112

Abstract

Introduction: Twenty-two references were reviewed dealing with the laparoscopic management of the inguinal hernia. The notion that inguinal hernias must be operated when diagnosed to avoid complications, such as intestinal obstruction, incarceration or strangling of the hernia content, has been questioned recently. Many surgeries were started through the laparoscopic approach, and inguinal herniorrhaphy was no exception. Nowadays, the main indications for laparoscopic herniorrhaphy are: 1. Recurrent inguinal hernia after an open herniorrhaphy. 2. Bilateral hernias. 3. The presence of an inguinal hernia in a patient needing laparoscopy for another procedure, as for example cholecystectomy. A hard to define issue is the use of laparoscopic herniorrhaphy for a non-complicated unilateral hernia. Although the totally extraperitoneal (TEP) technique avoids many problems associated with laparoscopy, since the abdominal cavity is not penetrated, the peritoneum is kept intact and can be performed under local anesthesia, many surgeons are still skeptic regarding the benefits of laparoscopic herniorrhaphy for a non-complicated hernia.

Conclusions: There is enough clinical evidence to support the use of laparoscopic herniorrhaphy as a reasonable option to repair a non-complicated inguinal hernia. The question is whether these benefits exceed the increase in risk and cost.

Key words: Inguinal hernia, herniorrhaphy, mesh, laparoscopy.

Cir Gen 2006; 28:110-112

Introducción

La opinión comúnmente extendida de que las hernias inguinales deben de operarse cuando se diagnostican con el objeto de prevenir complicaciones, como obstrucción intestinal, incarceración o estrangulamiento del contenido herniario, ha sido cuestionada recientemente.¹ La historia natural de la hernia inguinal, aun en la actualidad, es mal entendida; sin embargo, los pocos estudios que existen en la literatura de tratamiento no quirúrgico de hernias inguinales con seguimientos a largo plazo han estimado que el riesgo de estrangulación de una hernia en un joven de 18 años será de 0.27 durante su vida y de un paciente de 75 años de edad su riesgo será de 0.034. Se requieren estudios clínicos bien llevados para saber realmente cuál es la situación del tratamiento quirúrgico comparado con el de no efectuar tratamiento.^{2,3}

El advenimiento de la colecistectomía laparoscópica hizo posible el re-entrenamiento de los cirujanos generales, de tal forma que se hicieron expertos en los principios de la laparoscopia terapéutica. Pronto, muchas cirugías se empezaron a realizar por vía laparoscópica y la herniorrafia inguinal no fue la excepción.

La reparación inguinal por vía laparoscópica se conceptuó como la mejor de los dos mundos; por un lado, evitar una incisión grande en la ingle con su consecuente cicatriz y, por el otro, con la aplicación de una malla, manteniendo el concepto de libre de tensión. Esta cirugía tiene ventajas sobre el procedimiento convencional abierto, tales como: Menos molestias y dolor postoperatorio, el periodo de recuperación es más corto, regreso más temprano a actividades, facilidad en la reparación de una hernia recurrente debido a que es realizada en tejido no trabajado previamente, capacidad de tratar hernias bilaterales, la posibilidad de realizar laparoscopia diagnóstica o terapéutica simultáneamente, y una mejor cirugía desde el punto de vista estético. Adicionalmente, se puede inferir que la herniorrafia laparoscópica debe tener un índice bajo de recurrencias, especialmente cuando se compara con las operaciones con tensión, por la ventaja mecánica de aplicar prótesis en el espacio preperitoneal por atrás del piso inguinal y la naturaleza de la reparación sin tensión.

En este momento las principales indicaciones de la herniorrafia laparoscópica son:

1. Hernia inguinal recurrente después de una herniorrafia abierta debido a que la operación se realiza en un tejido no cicatrizado.
2. Hernias bilaterales debido a que los dos lados pueden ser reparados, utilizando las mismas pequeñas incisiones laparoscópicas.
3. La presencia de una hernia inguinal en un paciente que necesita ir a laparoscopia por algún otro procedimiento, tal como colecistectomía.

Un tópico que ha sido difícil de definir es el uso de herniorrafia laparoscópica en una hernia unilateral no complicada. La posibilidad de un accidente lapa-

roscópico, que resulte en complicaciones mayores como perforación intestinal, lesión vascular, adherencias en los sitios de penetración peritoneal o en donde se ha colocado el material protésico, la necesidad de anestesia general y el incremento en el costo, debido a lo caro del equipo requerido, han hecho que muchos cirujanos cuestionen su indicación en hernia inguinal unilateral no complicada. Ellos arguyen que la operación convencional puede ser realizada con anestesia local ambulatoria con un mínimo riesgo de lesiones intraabdominales y un costo más bajo. Aun cuando la técnica totalmente extraperitoneal (TEP) evita muchos de los problemas asociados con la laparoscopia debido a que no se penetra en la cavidad abdominal, se conserva intacto el peritoneo, y puede ser realizado bajo anestesia local,^{4,5} muchos cirujanos son escépticos en cuanto a los beneficios de la herniorrafia laparoscópica para la hernia no complicada.

Existe evidencia clínica suficiente que respalda el uso de la herniorrafia laparoscópica como una opción razonable en el uso de la reparación de hernia inguinal no complicada.

Una revisión de 14 artículos publicados, prospectivos, controlados y aleatorios en donde comparan herniplastía convencional contra laparoscópica, ha sido esencial para determinar objetivamente el riesgo-beneficio a favor de uno u otro procedimiento en la reparación rutinaria de la hernia.⁶⁻¹⁹

Todos estos estudios excepto tres,^{2,15,16} han mostrado superioridad de la reparación laparoscópica sobre la abierta, tanto con o sin tensión, en uno o más de los siguientes parámetros: Requerimientos de analgesia, retorno a actividades normales más rápido y una mejoría en la calidad de vida por instrumentos validados.

La pregunta es, si estos beneficios superan el incremento en el riesgo y en el costo, ¿Cuáles son los problemas en la herniorrafia laparoscópica y cómo podemos mejorarlos en el 2006?²⁰

1. El tipo de la malla como causa de recurrencia. Algunas mallas específicamente polipropileno pesado pueden encogerse hasta en un 50%. Las alternativas para estas mallas son las de polipropileno de peso ligero, las de polipropileno recubiertas, o las de poliéster.
2. Fijación de la malla responsable de dolor postoperatorio; aun cuando se han reportado excelentes resultados sin recurrencias, no fijando la malla; también existen reportes de recurrencia incrementada; la forma de resolver actualmente este problema es con algún tipo de pegamento como los sellantes de fibrina, que son un adhesivo biodegradable formado por la combinación de fibrinógeno y trombina. Existe evidencia actual publicada de la superioridad de esta técnica sobre los métodos de fijación con grapas.²¹
3. Morbilidad consecutiva a la penetración abdominal; siempre que se pueda hay que realizar el procedimiento totalmente extraperitoneal (TEP).

4. En el procedimiento transabdominal (TAPP), en algunas ocasiones, sobre todo cuando el paciente ha tenido cirugías previas es difícil cubrir la malla totalmente con el peritoneo, o éste se desgarra. Para solventar este problema se pueden utilizar mallas con politetrafluoroetileno expandido (PTEFE) o bien las mallas biológicas que recientemente han salido al mercado, aun cuando su uso en la cavidad abdominal en contacto con las vísceras no ha sido completamente estudiado.²⁰
5. Curva de aprendizaje larga. Se ha estimado que se requieren entre 30 y 250 casos para que el cirujano tenga una madurez quirúrgica en el procedimiento, lo cual tomaría muchos años para que un cirujano adquiera maestría en el procedimiento, especialmente cuando se realiza la técnica únicamente para pacientes con hernia recurrente o bilateral. Por otro lado, al comparar la diferencia tan importante en las complicaciones y la recurrencia antes y después de la curva de aprendizaje de la técnica, se sugiere que estos procedimientos deberán realizarse en centros especializados de hernia y los residentes deberán de entrenarse en estos centros de concentración del procedimiento.¹⁷ El "Veterans Affaire Cooperative Trials" que compara la herniorrafia laparoscópica contra la plastía sin tensión, cuando el cirujano laparoscopista tenía suficiente experiencia no encontró diferencias de complicaciones ni recurrencia entre ambas técnicas.²²

Conclusiones

La mayoría de las autoridades en el tema concuerdan que la reparación laparoscópica es ideal en aquellos pacientes con hernias recurrentes, las bilaterales y en aquellos que requieren de algún otro procedimiento laparoscópico simultáneo. La discusión se centra en el uso de la hernioplastía laparoscópica en pacientes con hernia inguinal no complicada. La pregunta cardinal es si los beneficios de la laparoscopia justifican un incremento en el riesgo y costo, para ver finalmente si estos parámetros (riesgo y costo) pueden ser disminuidos conforme aumente la experiencia del cirujano. Algunos estudios están en progreso para contestar esta pregunta.¹⁹

Referencias

1. Fitzgibbons RJ. *Current opinions in minimally invasive hernia surgery*. 88th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons PG20, 2002: 4-6.
2. Neuhauser D. Elective inguinal herniorrhaphy versus truss in elderly. In: Bunker JP, Barnes BA, Mostler F (eds). *Costs, risks, and benefits of surgery*. New York, Oxford University Press, 1977: 223-239.
3. Fitzgibbons RJ. *Inguinal hernias: on whom should we operate, and what are the data*. 89th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons PG34 2003: 31-34.
4. Edelman DS, Misiakos EP, Moses K. Extraperitoneal laparoscopic hernia repair with local anesthesia. *Surg Endosc* 2001; 15: 976-980.
5. Deans GT, Wilson MS, Brough WA. Controlled trial of preperitoneal local anesthetic for reducing pain following laparoscopic hernia repair. *Br J Surg* 1998; 85: 1013-1014.
6. Stoker DL, Spiegelhalter DJ, Singh R, Wellwood JM. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair; Randomized prospective trial. *Lancet* 1994; 343: 1243-1245.
7. Payne JH Jr, Grininger LM, Izawa MT, Podoll EF, Lindhall PJ, Balfour J. Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy? A randomized prospective trial. *Arch Surg* 1994; 129: 973-979.
8. Vogt DM, Curet MJ, Pitcher DE, Martin DT, Zucker KA. Preliminary results of a prospective randomized trial of laparoscopic onlay versus conventional inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1995; 169: 84-89.
9. Lawrence K, McWhinnie D, Goodwin A, Doll H, Gordon A, Gray A. Randomized controlled trial of laparoscopic versus open repair of inguinal hernia: early results. *BMJ* 1995; 311: 981-985.
10. Barkun JS, Wexler MJ, Hinckley EJ, Thibeault D, Meaking JL. Laparoscopic versus open inguinal herniorrhaphy: preliminary results of a randomized controlled trial. *Surgery* 1995; 118: 703-709.
11. Wright DM, Kennedy A, Baxter JN, Fullarton GA, Fife LM, Sunderland GT, et al. Early outcome after open versus extraperitoneal endoscopic tension-free hernioplasty: a randomized clinical trial. *Surgery* 1996; 119: 552-557.
12. Kozol R, Lange PM, Kosir M, Beleski K, Mason K, Tennberg S, et al. A prospective, randomized study of open vs laparoscopic inguinal hernia repair. An assessment of postoperative pain. *Arch Surg* 1997; 132: 292-295.
13. Maddern GJ, Rudkin G, Bessell JR, Dewitt P, Ponte L. A comparison of laparoscopic and open hernia repair as day surgical procedure. *Surg Endosc* 1994; 8: 1404-1408.
14. Collaboration EH. Laparoscopic compared with open methods of groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg* 2000; 87: 60-867.
15. Lorenz, D, Stark E, Oestreich K, Richter A. Laparoscopic hernioplasty versus conventional hernioplasty (Shouldice): results of a prospective randomized trial. *World J Surg* 2000; 24: 739-746.
16. Picchio M, Lombardi A, Zolovkins A, Mikelsons M, La Torre G. Tension-free laparoscopic and open hernia repair: randomized controlled trial of early results. *World J Surg* 1999; 23: 1004-1009.
17. Juul P, Christensen K. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *Br J Surg* 1999; 86: 316-319.
18. The MRC Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Laparoscopic versus open repair of groin hernia: a randomized comparison. *Lancet* 1999; 354: 185-190.
19. Johansson B, Hallerbeck, B, Glise H, Anesten B, Smedberg G, Roman J. Laparoscopic mesh versus open preperitoneal mesh versus conventional technique for inguinal hernia repair: a randomized multicenter trial (SCUR Hernia Repair Study). *Ann Surg* 1999; 230: 225-231.
20. Ramshaw B. Case B The recurrent hernia following laparoscopic hernia repair. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons PG34 2004: 17.
21. Kathkouda N. What is new in laparoscopic hernia repair. 89th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons PG34 2003: 33-34.
22. Fitzgibbons R. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy versus tension-free: Implications of Veterans Affairs Cooperative Trials. American College of Surgeons National Audio Video 2004.