

MÓDULO IV. HERNIAS DE LA PARED ANTEROLATERAL DEL ABDOMEN

Resultados a largo plazo de plastía inguinal

Dr. Ignacio J. Magaña Sánchez, Dr. Luis Manuel García Núñez

Los objetivos de esta presentación serán comparar las ventajas y desventajas de las técnicas quirúrgicas para hernioplastía inguinal en términos de resultados, tanto abiertas como laparoscópicas, con una breve reseña histórica de las mismas con objeto discernir cuál es la mejor, si es esto real, y buscando evitar las complicaciones relacionadas con estas técnicas.

El importante desarrollo de la tecnología nos ha proporcionado una gran cantidad de mallas sintéticas, biológicas, etc. y además existen abordajes abiertos y laparoscópicos, lo que ha provocado que actualmente nos enfrentemos a diferentes problemas que serán comentados más adelante. Por lo anterior, todos estos factores (mallas y técnicas) deben ser evaluados y comparados para intentar determinar cuáles son las mejores alternativas para el paciente.

El objetivo final es que todos nuestros pacientes tengan un mínimo de dolor postoperatorio con excelentes resultados cosméticos, así como que retornen a sus actividades rápidamente y por último, mantener una baja tasa de recurrencia.

Cuando revisamos la historia de la reparación de una hernia inguinal,¹ la historia moderna comienza con Bassini en 1887. Bassini fue el primero en darse cuenta de que la reparación de la fascia transversalis es fundamental para el éxito a largo plazo en la reparación de la hernia, y aunque sufrió numerosas modificaciones el principio siguió vigente durante muchos años. Esta reparación autógena fue copiada más tarde por la clínica Shouldice en Canadá con excelentes resultados a largo plazo únicamente utilizando tejidos propios del paciente. El primer reporte del uso de un material ajeno (una hoja de plástico) para reparar una hernia inguinal fue hecho por Acquaviva en Francia en 1944, pero fue en realidad hasta 1960 que Usher, en San Francisco, popularizó el uso de malla de polipropileno para casos difíciles de hernia inguinal. La primera gran serie realizada al respecto fue reportada por Martin, Newman, Barnes, y Capozzi mostrando que con esta técnica se podrían tener excelentes resultados con baja recurrencia. Posteriormente Irving Lichtenstein en 1986 popularizó el término de “reparación libre de tensión”, concepto que aprendió del Dr. Martin.

El cirujano que repare una hernia inguinal debe conocer a la perfección la anatomía del canal inguinal. Sea cual sea la técnica que elija para la reparación de la hernia inguinal, es muy importante que aprendan la técnica a la perfección asesorados con cirujanos que posean mayor experiencia. Condon estableció: “Si quieres apren-

der a hacer las cosas bien, apréndelo de alguien que lo está haciendo bien”. Con todas los recursos actualmente disponibles, el cirujano debe conocer todas las mallas disponibles, saber cuál utilizar y en qué situaciones. Un aspecto primordial es la técnica quirúrgica; se debe aplicar la malla correctamente, no dejarla en contacto con la piel y no contaminarla durante su manejo.

Dejando de lado las técnicas abiertas autógenas, que en la actualidad sólo deben utilizarse bajo circunstancias muy específicas, fuera del resorte de este reporte, enfocaremos la revisión a las principales técnicas de reparación sin tensión de una hernia inguinal y posteriormente se revisarán las técnicas laparoscópicas y su comparación y resultados entre ellas.

Probablemente el método más utilizado en todo el mundo, para la reparación abierta de una hernia inguinal es la reparación de Lichtenstein, que ha sido modificada varias veces en los últimos años por el Dr. Parviz Amid,² alumno del Dr. Lichtenstein y quien es el jefe del Instituto de Hernia Lichtenstein. Se trata de la aplicación de una malla de polipropileno, de 8 x 12 cm fijada al ligamento inguinal y por arriba a la vaina del recto y aponeurosis del oblicuo interno. Bajo este principio han sido probados otros materiales para la malla como el poliéster, dacrón y recientemente mallas biológicas que además de ser caras no han pasado aún la prueba del tiempo.

Han surgido varias modificaciones a esta técnica. En 1994 Kugel describió su técnica,³ la cual se trata de la colocación preperitoneal de un parche de polipropileno. Kugel informó sobre más de 1,400 reparaciones en el año 2003 con un tiempo medio de seguimiento de 35 meses, sin embargo, no especifica qué porcentaje de seguimiento realizó. En la serie de Kuge, hubo una tasa de recurrencia del 0.4%, sin embargo, esto no ha sido logrado, reportándose recurrencia entre 8% y 27%. El dolor crónico con la reparación de Kugel ha sido reportado constantemente entre 3 y 5%.

Otra variante descrita, ampliamente utilizada es la colocación de un cono y parche para cubrir el defecto. Descrito originalmente por Rutkow y Robbins,⁴ han informado sobre casi 4,000 reparaciones con recurrencias muy bajas en el caso de hernias primarias y aceptable en caso de hernias recurrentes. Sin embargo, no se menciona el tiempo de seguimiento ni su porcentaje. Al presentarse reportes de erosión y migración del cono, hubo modificaciones a la técnica original de Rutkow y Robbins, siendo la principal la de Millikan⁵ en Chicago en 1997 que cose los pétalos internos de la prótesis

en lugar de los pétalos exteriores colocando el parche en una posición sublay o preperitoneal con los pétalos externos por detrás del músculo de la pared abdominal. Millikan informó sus resultados en 2007 con más de 2,000 reparaciones y un seguimiento de hasta 10 años sin complicaciones importantes.

Una tercera variante es introducida por Gilbert⁶ en 1998. Consiste en un dispositivo de polipropileno bicapa conectado por un cilindro, colocando una capa preperitoneal y otra por arriba. En una serie recopilada de diferentes cirujanos de más de 7,000 pacientes en un lapso de 10 años con una media de seguimiento de hasta 48 meses, se reportaron 10 recurrencias y no se hizo mención de dolor en la serie.

Todas estas técnicas han sido comparados entre sí en múltiples ensayos clínicos aleatorizados. Sin encontrar diferencias significativas en cuanto a complicaciones, la presencia de dolor postoperatorio, retorno a actividades y tasa de recurrencia, cuando son realizadas cualquiera de ellas por cirujanos con experiencia.⁷

Durante los últimos 20 años han tomado gran relevancia las técnicas de reparación de hernia inguinal con abordaje laparoscópico en sus diferentes variedades, ya sea transabdominal preperitoneal (TAPP) o totalmente extraperitoneal (TEP). En la mayoría de series que se han realizado evaluando las técnicas laparoscópicas contra las abiertas, el método laparoscópico siempre tiene menos dolor y una recuperación más rápida, aunque esta diferencia es cada vez menos significativa al compararla con las técnicas con malla.⁸

Su principal desventaja es la gran curva de aprendizaje que requiere, y a pesar de sus tiempos quirúrgicos más prolongados, a medida que se desarrolla experiencia los tiempos operatorios pueden ser equivalentes. Por la misma razón, las tasas de recurrencia pueden ser más altas inicialmente. Respecto al aspecto económico, indudablemente es mayor con el abordaje laparoscópico por el equipo utilizado, pero si se compara con el más rápido retorno a actividades los costos pueden ser equivalentes.

La principal complicación en la reparación de una hernia inguinal independientemente de la técnica quirúrgica elegida es la recurrencia, que constituye uno de los principales parámetros de comparación para valorar las diferentes técnicas quirúrgicas. Sin embargo éste ya no es un problema tan grande como solía ser en el pasado debido a la aplicación de mallas al realizar una reparación. Es importante mencionar que es necesario un largo plazo de seguimiento para establecer realmente la tasa de recurrencia. Esta tasa de recurrencia es muy similar entre mallas ligeras y pesadas, por lo que la elección de la malla probablemente no afecta los resultados. De acuerdo a las experiencias recientes obtenidas, un principio quirúrgico establece que si se presenta una recurrencia después de una reparación primaria por vía laparoscópica, la resolución debe realizarse por una técnica anterior abierta que es más segura y viceversa.⁹

El segundo mayor problema en la resolución de una hernia inguinal es la presencia de dolor crónico.¹⁰ Este hecho ha sido relacionado con el uso de mallas durante los últimos 20 años, su fijación sobre todo

por vía laparoscópica y a la presencia de nervios que corren por esa zona. Se considera que sólo 20% de los pacientes tienen una anatomía "normal" respecto a los nervios de la región inguinal y además sólo en 40% de los casos esta anatomía es simétrica. Hay dos muy buenos estudios prospectivos, aleatorios, doble ciego en donde la sección del nervio ilioinguinal presenta menor incidencia de dolor crónico. En general los efectos sensoriales son mínimos debido a la abundante inervación cruzada que existe en esta zona como podemos prevenir el dolor crónico. Conociendo la anatomía, eligiendo la malla adecuada por la técnica adecuada y fijándola con sumo cuidado.

En la Unión Europea,¹¹ en 41 estudios controlados aleatorios se demostró que la reparación laparoscópica tuvo menos dolor crónico que la reparación abierta; algunos estudios han mostrado menos dolor con una malla de polipropileno ligera, sin embargo, algunas series no muestran diferencias, especialmente con la reparación de Lichtenstein.

Recientemente se ha reportado el uso de adhesivos para fijación de mallas. Ha habido dos grandes ensayos aleatorios que muestra el uso de adhesivos para la fijación de la malla, especialmente en el abordaje laparoscópico. Estos ensayos han mostrado menos dolor que cuando se usan tackers en la reparación laparoscópica. Estos hallazgos se han llevado a la reparación abierta. Existe un gran ensayo reciente en Italia con reparación de tipo Lichtenstein con adhesivos.¹²

En resumen, considero que vivimos un momento muy importante en la reparación de una hernia inguinal. Hay muchos nuevos enfoques terapéuticos respecto a técnicas, mallas, dispositivos de fijación, etc. y por eso es extremadamente importante que el cirujano se mantenga al día con respecto a todo esto. Debemos seleccionar con criterio lo que consideremos es apropiado y lo mejor para nuestro paciente y tratar de eliminar los problemas de dolor crónico y recurrencia.

Referencias

1. Lau WY. History of treatment of groin hernia. *World J Surg* 2002; 26: 748-59.
2. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. The Lichtenstein open "tension-free" mesh repair of inguinal hernias. *Surg Today* 1995; 25: 619-25.
3. Kugel RD. Minimally invasive, nonlaparoscopic, preperitoneal, and sutureless inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg* 1999; 178: 298-302.
4. Rutkow IM, Robbins AW. Hernioplasty with mesh implant. *Chirurg* 1997; 68: 970-6.
5. Millikan KW, Doolas A. A long-term evaluation of the modified mesh-plug hernioplasty in over 2,000 patients. *Hernia* 2008; 12: 257-260.
6. Gilbert AL, Graham MF, Voigt WJ. A bilayer patch device for inguinal hernia repair. *Hernia* 1999; 3: 161-66.
7. Nienhuijs SW, VanOort I, Keemers-Gels ME, Strobbe LJ, Rosman C. Randomized clinical trial comparing the prolene hernia system, mesh plug repair and Lichtenstein method for open inguinal hernia repair. *British Journal of Surgery* 2005; 92: 33-38.

8. Arregui ME, Young SB. Groin hernia repair by laparoscopic techniques: current status and controversies. *World J Surg* 2005; 29: 1052-7.
9. Eklund A, Rudberg C, Leijonmarck CE, Rasmussen I, Spangen L, Wickbom G, et al. Recurrent inguinal hernia: randomized multicenter trial comparing laparoscopic and Lichtenstein repair. *Surg Endosc* 2007; 21: 634-40.
10. Paajanen H. A single-surgeon randomized trial comparing three composite meshes on chronic pain after Lichtenstein hernia repair in local anesthesia. *Hernia* 2007; 11: 335-339. Epub 2007 May 10.
12. Anadol AZ, Akin M, Kurukahvecioglu O, Tezel E, Ersoy E. A prospective comparative study of the efficacy of conventional Lichtenstein versus self-adhesive mesh repair for inguinal hernia. *Surg Today* 2011; 41: 1498-503. Epub 2011 Oct 4.