

Comportamiento y resultado quirúrgico de la hernia inguinal**Behavior and surgical outcome of inguinal hernia****Jorge E. López Martín**

Especialista de II grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad herniaria tiene una alta prevalencia dentro de la actividad quirúrgica general.

Objetivo: conocer el comportamiento de la hernia inguinal y sus modalidades de tratamiento en el entorno quirúrgico.

Métodos: se realizó un estudio retrospectivo analítico transversal que incluyó las operaciones por hernias inguinales realizadas en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", en el municipio de Güines, provincia Mayabeque, durante los años 2001 al 2005. La muestra la constituyeron 750 pacientes operados por hernias de la ingle. Se analizaron la edad, el sexo, la técnica quirúrgica empleada, así como el índice de reproductividad general.

Resultados: se encontró una prevalencia para las hernias inguinales de un 33,4 % en relación al total de intervenciones realizadas. El 86,6 % de los casos fueron hombres, predominando el grupo de edad entre 40-60 años. La técnica de Condon-Nyhus fue la más utilizada, seguida por otras técnicas faciales, sólo se usaron técnicas protésicas en el 8 %. El índice de recidiva (recurrencia) fue de 16,6 % para esta últimas.

Conclusiones: en comparación a un análisis realizado entre las hernias inguinales operadas en el 2010 se halló también un predominio del sexo masculino, así como del grupo de edad más afectado (40-60). La técnica de Condon-Nyhus siguió siendo la más utilizada, sin embargo, hubo un mayor uso de técnicas protésicas (21,8 %). El 72,7 % de los casos fue operado con anestesia local, y el índice de recidiva para las técnicas protésicas descendió a 0 % y 0,8 % para las faciales o clásicas.

Palabras clave: herniorrafia, prótesis.

ABSTRACT

Introduction: hernial disease has a high prevalence in the general surgical activity.

Objective: to know the behavior of inguinal hernia and its treatment modalities in the surgical environment.

Methods: It was carried out a retrospective, analytical and transversal study which included inguinal hernia surgeries performed at "Aleida Fernández Chardiet" Teaching General Hospital in Güines municipality, Mayabeque province, during the years 2001 to 2005. The sample was comprised by 750 patients operated on for groin hernias. It was analyzed age, sex, the surgical technique used, and the general reproductive rate.

Results: a prevalence for inguinal hernias of 33.4% was found in relation to the total of interventions performed. 86.6% of cases were male, predominantly the age group between 40-60 years. The Nyhus-Condon technique was the most used one followed by other facial techniques, prosthetic techniques were only used in 8%. The relapse rate (recurrence) was 16.6% for this last.

Conclusions: comparing an analysis effectuated between inguinal hernias operated in 2010 it was also found male predominance, and the most affected age group (40-60). The Nyhus-Condon technique remained the most commonly used, however, there was an increased use of prosthetic techniques (21.8%). The 72.7% of the cases were operated under local anesthesia, and the relapse rate for prosthetic techniques dropped to 0% and 0.8% for facial or classic ones.

Key words: herniorrafy, prosthesis.

INTRODUCCIÓN

La reparación de la hernia inguinal es la intervención que practican con más frecuencia los cirujanos generales.¹ La enfermedad herniaria, y dentro de ella, las hernias de la ingle tiene una alta prevalencia dentro de la actividad quirúrgica general. Según todas las estadísticas tiene una prevalencia en occidente del 5 % de la población.¹

Se vive una época en que ha cobrado un gran auge el uso de mallas protésicas, de variada procedencia y materiales, para la reparación del defecto herniario.² Para muchos conocidos de la materia no se debe operar una hernia si no se tiene una malla a mano.³ Este hecho ha venido a revolucionar el tratamiento de esta enfermedad y ha creado epónimos y sinónimos aún no estandarizados en el vocabulario de los cirujanos, incluyendo en ello las múltiples y variadas clasificaciones para la misma. Añádasele las siglas y abreviaturas de la cirugía laparoscópica. Este amplio uso de epónimos y siglas en el lenguaje clínico quirúrgico crea en ocasiones problemas de identificación no sólo ya en el estudiante de medicina, sino también en el cirujano general no dedicado específicamente al tema.¹

Sin embargo, no se debe despreciar, lo que durante años se estuvo y se ha venido haciendo en cuanto al tratamiento quirúrgico de la hernia inguino-crural en particular. Las técnicas quirúrgicas de reparación herniaria han recorrido muchos caminos pasando por las llamadas técnicas clásicas (Bassini, Madden, Shouldice, otras), las cuales en todo este tiempo han demostrado su valía. En el hospital se han usado y aún se utilizan en mayoría, las mismas, y solo ahora, en muy contados casos, se emplea la malla protésica como método de tratamiento, tal vez por los resultados obtenidos desde siempre con la aplicación de esas técnicas.

Es por ello que se decidió hacer un corte y analizar qué se había hecho por los cirujanos del hospital en el tratamiento de la hernia durante un periodo de cinco años y qué se ha hecho en este 2010 y con los conceptos actuales.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y de corte transversal, donde se analizaron algunos aspectos en cuanto a la hernia inguinal. El primer corte tuvo una

muestra de 750 pacientes operados por hernias de la ingle. Se analizaron la edad, el sexo, la técnica quirúrgica empleada, así como el índice de reproductividad general.

Se realizó otro corte que incluyó los pacientes operados personalmente (110 hernia inguinales) durante el año 2010, y se compararon los mismos aspectos para valorar el desarrollo y evolución de los mismos.

Los datos fueron tomados de los expedientes clínicos e informes operatorios, apoyados en el Libro de Intervenciones Quirúrgicas de la unidad quirúrgica "Mario Muñoz Monroy" del Hospital General "Aleida Fernández Chardiet" de Güines, actual provincia de Mayabeque. Los datos fueron tabulados en tablas según el método de por cientos para su mejor análisis y discusión.

RESULTADOS

En los años 2001 al 2005 se operaron 750 hernias inguinales entre los 2 245 pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro, lo que mostró un índice de prevalencia de 33,4 %.

Este estudio coincide en ambos cortes en que el sexo masculino tiene una mayor incidencia de esta entidad. Como muestra la tabla 1 el 86,6% y el 70,9% lo ocuparon los hombres; por cientos mayoritarios para este sexo.

Tabla 1. Análisis en cuanto al sexo

Sexo	2001 - 2005		2010	
	Número	%	Número	%
Masculino	650	86,6	87	70,9
Femenino	100	13,3	23	20,9

Fuente: Expedientes clínicos

Así el grupo de edad donde más apareció la enfermedad herniaria fueron los adultos de 40, 60 o más años de edad con un 40,6 % y 40,9 % respectivamente como se aprecia en la tabla 2

Tabla 2. Análisis del grupo de edades

Grupo de edades	2001 - 2005		2010	
	Número	%	Número	%
20 - 40	193	25,7	30	27,2
40 -60	252	33,6	45	40,9
+60	305	40,6	35	31,8

Fuente: Expedientes clínicos

Las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas por los cirujanos del hospital siguen siendo las llamadas técnica clásicas. En la tabla 3 se puede apreciar que la técnica descrita por Condon en el tratado de Nyhus sobre Hernia es la más usada por los cirujanos en ambos cortes analizados, 53,3 % y 54,5 %

respectivamente. Las técnicas protésicas o de sustitución (Lichsteintein, Dessarda) se emplearon muy pobremente entre los años 2001 al 2005, sin embargo, el uso, divulgación, y la demostrada eficacia de las mismas, hizo que en el corte realizado en el año 2010 estas fueran usadas más libremente. La técnica de Lichsteintein fue empleada en el 21,8 % de los casos y la técnica descrita por Dessarda en el 4,5 % de ellos, con muy buenos resultados un año después de practicadas.

Tabla 3. Técnicas quirúrgicas empleadas

<i>Técnica Quirúrgica</i>	<i>2001 - 2005</i>		<i>2010</i>	
	<i>Número</i>	<i>%</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Condon-Nyhus	400	53,3	60	54,5
Zimmerman	200	26,6	17	15,4
Lichsteintein	60	8	24	21,8
Dessarda	0	0	5	4,5
Madden	75	10	2	1,8
McVay	2	0,2	1	0,9
Shouldice	13	1,7	1	0,9

Fuente: Expedientes clínicos e informes operatorios.

El índice de reproductividad varió ostensiblemente en estos periodos. En los años 2001–2005 existió un índice de recidiva de 16,6 % para las técnicas protésicas y sólo un 9,1 % para las llamadas clásicas (tabla 4). Sin embargo, ya para el 2010 estos por cientos mejoraron. Si bien el por ciento de reproductividad para las técnicas clásicas siguió siendo bajo (0,8 %), el de las técnicas protésicas llegó a 0 % a pesar de haber aumentado su empleo.

Tabla 4. Índice de reproductividad

<i>Índice de Reproductividad</i>	<i>2001 - 2005</i>	<i>2010</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>
Clásicas	9,1	0,8
Protésicas	16,6	0

Fuente: Expedientes clínicos

DISCUSIÓN

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad herniaria Carbonel informa de un 5 % para el occidente europeo.¹ Otros, no nacionales, informan de la magnitud epidemiológica de esta enfermedad teniendo como referencia el enorme número de herniorrafias que se realizan anualmente en los Estados Unidos.⁴

Sin embargo, se coincide por lo reportado universalmente en relación al sexo más frecuentemente enfermo de alguna variedad herniaria. Autores nacionales reportan cifras similares,^{5,6} en cuanto a la edad y el sexo, todas las series revisadas^{7,8} coinciden en señalar al igual que en el estudio, que la enfermedad es más frecuente

después de los 60 años y en el sexo masculino, aunque otros autores⁹ reportaron un 9,56 % de reparaciones en mujeres, porcentaje superior al de esta serie.

El envejecimiento poblacional es evidente a nivel mundial y Cuba no escapa a este evento de manera que nuestra sociedad requerirá de grandes recursos humanos-formales e informales-para solucionar los problemas que acarrea esta situación.¹⁰

Este hecho se ha manifestado en países con gran desarrollo socioeconómico: estados europeos y otros del llamado "Primer Mundo", aunque, quizás, con mayor lentitud por diferentes causas económicas, políticas y migratorias.¹¹⁻¹³

En relación a las técnicas quirúrgicas, las protésicas han venido a inundar el saber científico actual han demostrado con evidencia suficiente unos excelentes resultados. Tanto desde el punto de vista de los índices de recidiva, como del confort del paciente, reducción de los gastos totales del proceso, facilidad de aprendizaje y ejecución. Todas estas son razones suficientes para que las técnicas protésicas gocen en la actualidad del favor de casi todos los cirujanos.¹

No obstante, el conocimiento anatómico de la región es imprescindible. La elección de cuál técnica emplear para algunos autores está en relación a cuál sea el defecto, por ejemplo, con fuertes estructuras anatómicas que forman los límites de la lámina TF/TAA lesionada, son obligatorios dos aspectos: cerrar el triángulo para disminuir su área o reforzarlo.¹⁴

Esto se logra históricamente con técnicas como las de Shouldice, Zimmerman o Mc Vay-Lotheissen. De cualquier manera, en la medida que estos procedimientos protésicos han ido imponiéndose en el quehacer diario de nuestros cirujanos, así mismo se han perfilado las indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. Durante todos estos años de labor asistencial y docente se han usado prioritariamente las técnicas clásicas con muy buenos resultados. Y nos preocupa: ¿deben aprender las nuevas generaciones de cirujanos las técnicas clásicas?

Los índices de recidiva (recurrencia) han sido muy bajos tradicionalmente y en la medida que la curva de aprendizaje fue aprendida se han llevado casi a un 0 %. Para autores nacionales y colaboradores la tasa de recurrencia después de la reparación de la hernia inguinal realizada por cirujanos expertos en hernias, en centros especializados, es menos del 2 %, pero en manos de cirujanos promedios o jóvenes la tasa reportada es tan alta como del 25 %.¹⁵

El problema no está solamente en encontrar una operación que cambie las tasas de recurrencia, sino, crear las habilidades para, evitando el uso de cuerpos extraños lograr esta baja tasa, porque a veces se opera sin la posibilidad del uso de estas prótesis y en muchas ocasiones un cirujano puede tener necesidad imperiosa de tener que usar las llamadas "técnicas clásicas". Dijo Francisco de Quevedo: "más fácilmente se añade lo que falta, que se quita lo que sobra"

Se podría pensar entonces que, a pesar de los avances tecnológicos en materia protésica para la reparación herniaria, y en especial de la región inguinal, no han perdido vigencia las técnicas clásicas de reparación: Bassini, Shouldice, Condon-Nyhus, Zimmerman, así como aquellas que intentan reparar el defecto de la pared posterior usando material autólogo (Mohan Dessarda).

De la misma manera insistir que en los hospitales docentes se deben adiestrar a los residentes en la comprensión, conocimiento y creación de habilidades para identificar las complejas estructuras y fisiología de esta región anatómica y eso se logra con la aplicación de estas técnicas clásicas. Definir uniformemente dentro de la comunidad de cirujanos, expertos o no, las indicaciones para las técnicas protésicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbonel-Tatay F. Hernia inguinal: conceptos, siglas, modas y sentido común. *Cir Esp* [Internet]. 2002 [citado 20 Jun 2011];71(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/ca/node/2017049>
2. López Martín JE, Rodríguez Rodríguez R, López Martín L. Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* [Internet]. 2006 [citado 20 Mar 2011];12(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol12_2_06/hab10206.htm
3. Acevedo FA, Viterbo SA, CaponaPR, Dellepiane TV. Manifestaciones clínicas de la hernia inguinal: ¿qué motiva al paciente a buscar una resolución quirúrgica?. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2008 Jun [citado 09 Jul 2011];60(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000300011&lng=es.
4. Desarda MP. Inguinal herniorrhaphy with an undetached strip of external oblique aponeurosis: a new approach used in 400 patients. *Eur J Surg* [Internet]. 2001 Jun [cited 2011 Jun 20];167(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11471669>
5. Espinel González M, Dopico Reyes E. Reparación de hernias inguinales recidivantes por vía preperitoneal con el uso de mallas protésicas. *Revista cubana de cirugía* [Internet]. 1997 Ene-Abr [citado 20 Mar 2011];36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74931997000100007&script=sci_arttext
6. Abraham Arap J. Hernias inguinales y Crurales (hernia de la Ingle) [artículo en línea] . *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2009 [citado 20 Jun 2011];48(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_2_09/cir10209.htm
7. Amid PK. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension free hernioplasty. *Hernia* [Internet]. 2003 Mar [cited 2011 Mar 15];7(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12612791>
8. Enríquez Weinmann ES, Roselló Fina JR, Canals Rabassa PP, Mederos Curbelo ON, Morejón Pozo C. Reparación protésica de hernias inguinales con técnica de Lichtenstein. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2003 Mar [citado 09 Jul 2011];42(1) . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000100005&lng=es.
9. Bardavid C, Gozman H, Albarran V, Blake P, Rodríguez L, Alamo M [et al]. Seis años de estudio: 537 hernioplastias inguinales libres de tensión. *Rev Chilena Cir* [Internet]. 2004 Oct [citado 15 Mar 2011];56(5). Disponible en: [http://revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202004_05/Rev.Cir.5.04.\(09\).AV.pdf](http://revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202004_05/Rev.Cir.5.04.(09).AV.pdf)
10. Duran Gondar A, Chávez Negrín E. "Una sociedad que envejece: restos y Perspectivas". *Temas* [Internet]. 1998 [citado 15 Mar 2011];14. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/111819CD024.pdf>

11. Fernández Guerra N. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. Acta Médica [Internet]. 2002 [citado 15 Mar 2011];10(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act011102.htm
12. Gornemman I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. Gac Sanit [Internet]. 2002 Mar-Abr [citado 15 Mar 2011];16(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Ene-Mar [citado 15 Mar 2011];33(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm
14. Abraham Arap JF. Cirugía de las hernias de la pared abdominal. Cap V: Tratamiento de las hernias de la ingle. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
15. Goderich Lalán J, Molina Fernández E. Implante con el sistema de reparación herniaria inguinal de prolene (Prolene Hernia System). Rev Cubana Cir [Internet]. 2002 Abr [citado 15 Mar 2011];41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932002000100007

Recibido: 31 de octubre de 2012.

Aprobado: 13 de diciembre de 2012.

Jorge E. López Martín: Especialista de. II grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: jemilio@infomed.sld.cu