

Revisión

Hernia inguinal 1988-1994. Evaluación de resultados

Alberto Pagan Pomar, Julio Lago Rodríguez, Gabriel Ventayol Clar, Juan Darder Cirera, Jose Antonio Soro Gosalves (*)

Introducción y método

La historia de la hernia inguinal es la historia misma de la Cirugía (1). Aunque la cirugía de la hernia inguinal forma parte de la labor cotidiana de todo cirujano, el número anual de publicaciones sigue a un ritmo muy elevado lo que demuestra el interés y la preocupación por parte de los profesionales de la Cirugía en la difusión y mejora de sus resultados. Éstos hacen un especial hincapié en la recidiva, que sigue siendo el caballo de batalla en la cirugía de las hernias.

Se realiza un estudio retrospectivo desde Septiembre de 1988 a Mayo de 1994 de la cirugía de la hernia inguinal en el Hospital Son Dureta. Se han descartado de la revisión a aquellos pacientes en los que se practicaron otras intervenciones asociadas a la herniorrafia.

Resultados.

Presentamos 588 pacientes con hernia inguinal que fueron atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Son Dureta entre Septiembre de 1988 y Mayo de 1994. Fueron intervenidos 573 pacientes con 620 hernias inguinales. Fueron intervenidos de urgencia 105 pacientes y

se incluyeron en la actividad programada a 427 pacientes.

Debido a intervenciones asociadas se han descartado de la revisión a cuarenta y cuatro pacientes.

La hernia inguinal representa el 2,57% de la actividad quirúrgica del Hospital.

La distribución por sexos en los pacientes que fueron intervenidos es de 527 varones por 46 mujeres con una edad media de 60 años, un mínimo de 16 y un máximo de 91 años.

Entre la patología asociada: a) enfermedad cardiovascular en 112 pacientes si incluimos a la HTA con 66 pacientes y 47 pacientes con cardiopatía isquémica; b) enfermedad pulmonar con 85 pacientes incluyendo 82 pacientes con broncopatía obstructiva y 3 pacientes con antecedente de asma severa; c) síndrome prostático en 42 pacientes y d) diabetes mellitus en 19 pacientes.

Nos referimos a 620 reparaciones de hernia inguinal de las que 327 correspondían a hernias no complicadas. Sesenta y un pacientes presentaban hernia bilateral, siendo intervenidos sólo cuarenta y uno de ambos lados a la vez, lo que representa 82 reparaciones, de las cuales 17 fueron sobre hernias previamente reparadas. Por la vía de urgencia se repararon 105 hernias inguinales de las que 22 eran recidivadas, en 9 casos fue necesaria la resección del tramo de intestino involucrado por inviabilidad del asa afecta. En 91 pacientes se intervinieron 109 recidivas, de éstas 17 reparaciones fueron realizadas en pacientes con hernias bilaterales y 22 fueron realizadas de urgencia. De las 109 recidivas intervenidas sólo en 25 casos existe el antecedente de intervención previa en el Centro (4% de recidivas).

Del total de reparaciones realizadas 349 fueron clasificadas como hernias indirectas, 227 como hernias directas, 28 como hernias con componente mixto y en 16 casos no se precisó el tipo de hernia reparado. Atendiendo a la reparación de

(*) Servicio Cirugía Hospital Son Dureta.

Gilbert a la que añadimos un sexto apartado que introdujeron Rutkow y Robbins en 1986 (componente mixto): a) Tipo 1, 5; b) Tipo 2, 279; c) Tipo 3, 78; Tipo 4, 214; Tipo 5, 13 y Tipo 6, 15 casos, en 16 no se pudo clasificar.

Las técnicas aplicadas fueron Bassini en 365 herniorrafias, Lotheissen en 131 casos, Mac. Vay en 52 casos, hernioplasticas en 41 casos, Shouldice en 12 casos y no especificada en 19 casos.

La estancia previa a la intervención fue de 2 días. Salvo en 1988 (20 reparaciones) en que la estancia fue de 11 días, la estancia media de los pacientes fue de 7, 6 días con una estancia postoperatoria de 5,5 días.

De los quinientos setenta y tres pacientes, ochenta y dos presentaron una o más complicaciones, 14,3% de los pacientes. Cuarenta y siete pacientes presentaron complicaciones "locales": 16 abscesos de herida quirúrgica (2,7%), 31 equimosis-hematomas de los cuales 2 evolucionaron a absceso y 7 precisaron drenaje quirúrgico (1,2%), 3 orquitis isquémicas (0,5%) y una atrofia testicular (0,1%).

Treinta y cinco pacientes presentaron complicaciones "generales": 9 cefaleas postanestesia locorregional (1,5%), 8 descompensaciones respiratorias (1,3%), 1 neumonía (0,1%), 13 retenciones de orina (2,2%), 2 insuficiencias renales (1,2%), 1 íleo paralítico (0,1%) y 1 fístula enterocutánea (0,1%).

Existieron 2 casos de mortalidad, los dos pacientes con gangrena del asa intestinal (0,3%).

Discusión.

Presentamos una serie de pacientes intervenidos entre el período de 1988 a 1994 con unos resultados que concuerdan con el resto de series revisadas. Hasta la fecha no conocemos de ninguna revisión de Mallorca que afecte a tantos pacientes y aunque el tiempo de seguimiento es corto

la población con hernia inguinal reparada es amplia y en un futuro próximo permitirá extraer conclusiones más definitivas.

La hernia inguinal representa el 2,5% de la actividad quirúrgica desarrollada entre el período de 1989 a 1993, destacándose los años de 1988 y 1994 por incompletos. Esta cifra es parecida a las citadas en otras series (2).

La distribución por sexos con un 91,9% de varones es ligeramente superior a las publicadas, aunque en el mismo contexto (3,4).

Se ha incluido el estudio de las enfermedades asociadas intentando buscar correlaciones entre las complicaciones postoperatorias o las recidivas. Se han revisado la edad, la enfermedad pulmonar, la diabetes y el antecedente de prostatismo. En nuestra serie no se han podido establecer una relación clara entre los factores de riesgo de recidiva (5): EPOC, obesos, fumadores, realización de grandes esfuerzos, y las recidivas existentes.

De todos los factores examinados, tan sólo la edad y la enfermedad pulmonar previa pueden ser decisivos respecto a las complicaciones que pueden surgir en el postoperatorio. La edad se demuestra como el más importante a la hora de predecir las futuras complicaciones, el 45% de las mismas aparecieron en pacientes mayores de 70 años, siendo el hematoma en la herida quirúrgica seguida de la retención de orina como las más importantes. De los mayores de 70 años historia de síndrome prostático existieron 4 casos de las 10 retenciones constatadas. Se detectó una especial tendencia en los bronquíticos crónicos a la descompensación respiratoria tras la herniorrafia.

Se comunican en la literatura recidivas de hasta un 10% en las hernias reparadas, en EE.UU. de 700.000 herniorrafias practicadas anualmente se espera que 50-100.000 sean sobre hernias recidivadas(2). Desde la introducción de la hernioplastia de Lichenstein en 1984(6) con un índice

de recidivas del 0-0, 77% existe una controversia importante entre los tipos de técnicas que se usan en las reparaciones, distinguiéndose entre las que provocan tensión y las que la evitan.

Se atribuye como factor fundamental en la recidiva la tensión en la línea de sutura inevitable en técnicas como la de Bassini o las herniorrafias sobre el ligamento de Cooper e incluso en la herniorrafia de Shouldice. Se distingue entre la recidiva temprana que ocurrirá en los primeros dos años de la reparación y la tardía que ocurrirá más allá de los dos primeros años y en los que la técnica quirúrgica tendrá menor relevancia (2). Aunque es difícil saber el momento exacto en que aparece la recidiva, en 14 sobre 25 casos, el tiempo medio entre la primera intervención y el segundo ingreso fue de 2,7 años. Creemos que según lo establecido dichas recidivas no puede ser atribuidas a la técnica quirúrgica. El uso de las técnicas denominadas "clásicas" utilizadas en la mayoría de las intervenciones realizadas en nuestra serie sigue vigente. Es posible que exista un defecto en el tejido conjuntivo como causa de la recidiva cuando ésta tenga lugar más allá del segundo año.

Hasta la fecha la clasificación tradicional de la hernia se basaba en distinguir su

relación con los vasos epigástricos dividiéndolas en directas, indirectas y mixtas o en pantalón. Creemos fundamental la clasificación de las mismas mediante una de las clasificaciones existentes (Gilbert, Nyhus, etc...), previamente consensuada entre los cirujanos del Centro para poder evaluar los procedimientos realizados y realizar eventuales sistemáticas de tratamiento para cada tipo de hernia en concepto.

En el 1,4% de los pacientes existió necrosis intestinal (9 de 620 casos). En estos pacientes existió un elevado número de complicaciones: abscesos herida quirúrgica, insuficiencia renal, fístula enterocutánea, descompensaciones respiratorias y dos de ellos fallecieron. No hubo mortalidad en el resto de los pacientes.

En conclusión, las técnicas denominadas clásicas tienen un lugar bien definido en la cirugía reparadora de la hernia inguinal. Creemos necesaria la aplicación sistemática de una clasificación previamente consensuada para poder valorar los resultados adecuadamente. Se debe evitar en lo posible la resección intestinal interviniendo precozmente cualquier complicación herniaria que conlleva una elevada tasa de morbi-mortalidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Sabiston, D.C. Tratado de patología quirúrgica Vol. I.: 1246. Interamericana, 13 ed.
- 2.- Lichtenstein I.L., Shulman A.G. Amid P.K.: Causas, prevención y tratamiento de la hernia inguinal recurrente. *Cir Quir North Am* 3: 567-583 (1993).
- 3.- Gonzales Serrano, C., Barrios Treviño, B., Taibo Asencor, M., Perea Munoz R., Vázquez E., Gómez A.: Indicaciones de la técnica de Bassini en el tratamiento de la hernia inguinal. Reunión herniorrafistas españoles, Menorca, Junio 16-17, 1994.
- 4.- Ingelmo A., De la Torre F., Palazuelos C., Alonso J., Alonso G.: Experiencia en el trata-

miento de la patología herniaria de la región inguino-crural. Reunión herniorrafistas españoles, Menorca, Junio 16-17, 1994.

- 5.- Porrero J.L., Díez M., Gallego J.L., Hernández F., Solana M., Enriquez J.M., Martín J., Gutierrez A., Nogueras F., Rodriguez A., Granell J., Lomas M.: Herniorrafia de Shouldice en el tratamiento de la hernia inguinal. Estudio preliminar a propósito de 120 casos. *Cir. Esp.*, 54: 49-51 (1993).
- 6.- Amid P.K., Shulman A.G., Lichtenstein I.L.: Estado actual de la hernioplastia abierta sin tensión de Lichtenstein. *Cir Esp.*, 55: 81-84 (1994).