

## ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

# Manifestaciones clínicas de la hernia inguinal: ¿qué motiva al paciente a buscar una resolución quirúrgica?

## Clinical manifestations of groin hernia: what drives the patient to seek for a surgical solution?

Drs. ALBERTO ACEVEDO F.<sup>1</sup>, AQUILES VITERBO S.<sup>1</sup>, RODRIGO CÁPONA P.<sup>1</sup>,  
VERÓNICA DELLEPIANE T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del CRS Cordillera Oriente. Universidad de Chile,  
Facultad de Medicina. Santiago, Chile.

### RESUMEN

Los síntomas clínicos de la hernia inguinal no complicada no aparecen suficientemente destacados en la literatura especializada. La mayoría de los autores se inclinan a considerar a las hernias como indoloras o escasamente dolorosas. En nuestra experiencia en el Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (PCMA) de las hernias, el dolor es una manifestación frecuente y nuestro objetivo es establecer su frecuencia en estos pacientes. Se diseñó una ficha que reunió la información obtenida en la primera consulta. Se introdujo a la base de datos del PCMA lo que permitió relacionar el dolor y sus características con diversos parámetros clínicos y técnicos. Se estudiaron 102 mujeres y 591 varones. El dolor estuvo presente en el 82,4% de los casos y fue el motivo de consulta en el 75%, seguido por la incomodidad en el 17%. El síntoma se presentó en una proporción similar en las hernias inguinales directas, indirectas y recidivadas, y en las hernias de tamaño pequeño, mediano o grande. Fue moderado o intenso en el 79,1% de los casos, predominando el dolor cansado y de tipo subagudo. El factor desencadenante fue el ejercicio físico en el 88,7%. Limitación para los movimientos, acentuada o muy acentuada estuvo presente 59,5% de la muestra. Concluimos que el dolor y la limitación funcional fueron el motivo para la búsqueda de una solución quirúrgica en una elevada proporción de pacientes portadores de hernia inguinal.

PALABRAS CLAVE: *Hernia inguinal, síntomas.*

### ABSTRACT

**Background:** Clinical symptoms of uncomplicated groin hernia are not adequately emphasized in the specialized literature. Most authors consider hernias to be painless or slightly painful. Our experience at the Major Ambulatory Surgery Program (MASP) of the Health Reference Center Cordillera indicates that pain is a usual complaint among these patients. **Aim:** To analyze the clinical profile of patients with groin hernia. **Material and methods:** The information was gathered by the staff surgeons, during the first consultation, using a previously designed form. The obtained data was transcribed to the database of the MASP. **Results:**

---

\*Recibido el 17 de Julio del 2007 y aceptado para publicación el 26 de Diciembre del 2007

Correspondencia a: Dr. Alberto Acevedo F.

Las Torres 5100, Peñalolén, Santiago, Chile.

e-mail: aacevedof@gmail.com

One hundred two females aged 15 to 85 years and 591 males aged 17 to 84 years, answered the survey. Pain was present in 82.4% of patients and it was moderate or intense in 79.1% of them. There was no relationship between pain intensity and the hernia type (direct, indirect or recurrent) or size (big, medium or small). The reason for consulting was pain in 75% of patients and discomfort in 17%. Restriction of the usual activities was referred by the 59% of patients, which was significant in 33% of them. A greater restriction in the activities was observed in patients with recurrent hernias. A dull character of pain of a sub acute type was most frequently observed. Physical activity increased the discomfort in 89% of cases. The proportion of patients with pain was similar among patients consulting early or late in the course of the disease. **Conclusions:** Pain and functional limitations were the reason to seek a surgical solution in a high proportion of patients with groin hernia.

KEY WORDS: *Inguinal hernia, pain, functional limitation.*

## INTRODUCCIÓN

La herniorrafia inguinal constituye una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en Chile<sup>1,2</sup> y en el mundo<sup>3,4</sup>. A pesar de ello, existe escasa información en la literatura sobre el cuadro clínico de estos pacientes. Una publicación reciente señala la presencia de dolor o de limitación funcional en dos tercios de los pacientes intervenidos<sup>5</sup>, contrastando con la opinión vertida por numerosos autores<sup>6-9</sup> que señalan que el dolor sería un motivo excepcional de consulta y frecuentemente con un carácter leve. La conformación de un centro de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en el Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera Oriente y de un programa de cirugía ambulatoria de las hernias con anestesia local en 1997, ha significado la afluencia de un gran número de pacientes portadores de esta patología. Durante este período observamos que el dolor y diversos grados de impotencia funcional eran un motivo frecuente de consulta.

El objetivo de esta publicación es dar a conocer el cuadro clínico que motiva la consulta en los pacientes que concurren al CRS Cordillera para la resolución quirúrgica de una hernia inguinal.

## MATERIAL Y MÉTODO

Entre Agosto del año 2003 y Mayo del 2007 se realizó un estudio observacional, descriptivo, en los pacientes que concurren al consultorio externo del CRS Cordillera Oriente para su intervención quirúrgica por una hernia inguinal. Los pacientes, derivados desde los consultorios periféricos, se sometieron a una encuesta para consignar la información demográfica y las características clínicas. Se dividieron dos grupos según su edad: de 14 a 44 y mayores de 45 años. Se evaluaron la presencia, intensidad, frecuencia del dolor y la limitación de las

actividades habituales experimentada por el paciente mediante escala analógica de 4 puntos. La frecuencia del dolor se calificó como muy frecuente (más de una vez al día), frecuente (una vez al día), ocasional (algunas veces en la semana) y excepcional (algunas veces en el mes). El tipo de dolor se clasificó en forma empírica como agudo, cuando su inicio fue brusco y su duración breve; subagudo, cuando su inicio fue más paulatino y su duración más prolongada; y crónico, cuando el dolor se mantuvo durante largo tiempo. Se establecieron, igualmente, la causa desencadenante, el carácter del dolor y la relación de la carga laboral con la presencia del dolor. Además se consignó el tiempo transcurrido entre la percepción de la hernia por el paciente y la consulta médica (antigüedad de la hernia).

La totalidad de los casos de esta muestra fue intervenido quirúrgicamente, clasificando las hernias en tres tipos: hernias directas, indirectas y recidivadas.

Se estableció la presencia de dolor inguinal como síntoma predominante (inguinodinia)<sup>10</sup> en presencia de una hernia inguinal.

La información se consignó en una ficha preimpresa y se introdujo en la base de datos del programa de cirugía ambulatoria de las hernias del CRS Cordillera Oriente, elaborada mediante el programa Epilnfo 2002®, lo que permitió correlacionar las características demográficas y clínicas con los hallazgos quirúrgicos en cada caso.

La significación estadística de los resultados se estableció para las variables no numéricas, mediante la prueba de Chi-cuadrado. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

El estudio se realizó en 693 pacientes, 102 mujeres con una edad promedio de 49,5 (15-85) años y 591 varones con una edad promedio de 52,4

años. La relación Hombre/Mujer en todos los grupos etarios fue de 5,8:1.

Las hernias directas constituyeron el 52% del total de la muestra. En los pacientes menores de 45 años predominaron las hernias indirectas con un 64,0% y en los mayores de 45 las hernias inguinales directas con un 60,6% (Tabla 1).

**Tabla 1**  
**FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE HERNIA EN CADA GRUPO ETARIO**

Edad	Hernia directa(%)	Hernia indirecta(%)	Hernia recidivada(%)	Total (%)
15 - 44	72 (33,2)	139 (64,0)	6 (2,8)	217 (31,3)
45 - 85	289 (60,6)	159 (33,4)	28 (5,9)	476 (68,6)
total	361 (52,0)	298 (43,1)	34 (4,9)	693 (100)

El dolor fue el motivo de consulta en el 75% de los casos, seguido por la incomodidad o disconfort en el 17% (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**MOTIVO DE CONSULTA DE LOS PACIENTES CON HERNIA INGUINAL**

Motivo de consulta	N	%
Dolor	520	75
Incomodidad	120	17
Temor	27	3,9
Crecimiento	21	3
Estético	3	0,4
Tamaño	2	0,3
Total	693	100

El síntoma dolor estuvo presente en 571 pacientes (82,4% de la muestra) y se presentó en una proporción similar en las hernias directas, indirectas y recidivadas. Fue muy intenso en 14 pacientes (1,9%), intenso en 231 (33,4%), moderado en 316 (45,7%) y leve en 132 casos (19%).

El dolor fue muy frecuente en 50 pacientes (7,2%), frecuente en 334 (48,2%), ocasional en 273 (39,4%) y excepcional 37 (5,3%), 412 pacientes (59,5%) refirieron algún grado de limitación por la presencia de la hernia. Esta fue muy marcada en 21 pacientes (5,1%), marcada en 114 (27,7%), moderada en 200 (48,5%) y leve en 77 (18,7%). La Tabla 3 aglutina la limitación en dos grupos y reúne las hernias directas e indirectas por comportarse en forma similar. Se estableció que las hernias recidivadas tienen un grado de limitación más acentuado con significancia límite (P=0.053).

**Tabla 3**  
**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE HERNIA Y EL GRADO DE LIMITACIÓN**

Tipo de hernia	Moderado (%)	Acentuado (%)	Total (%)
Directa + Indirecta	264 (68,2)	123 (31,8)	387 (100)
Recidivada	13 (52,0)	12 (48)	25 (100)
Total	277 (67,2)	145 (32,8)	412 (100)

P = 0.0536

El dolor de carácter cansado se presentó en 274 pacientes (47,9%) y el punzante en 163 (28,5%). Diversos otros caracteres de dolor se consignan en 134 pacientes (23,6%). El dolor cansado predominó significativamente (p=0,044) en las hernias directas e indirectas y el punzante en las recidivadas (Tabla 4).

**Tabla 4**  
**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE HERNIA Y EL CARÁCTER DEL DOLOR**

Tipo de hernia	Cansado (%) (a)	Punzante (%) (b)	Otros (%)	TOTAL (%)
Directa + Indirecta	263 (48,8)	150 (27,8)	126 (23,4)	539 (100)
Recidivada	11 (34,3)	13 (40,6)	8 (25)	32 (100)
Total	274 (47,9)	163 (28,5)	134 (23,6)	571 (100)

Significación estadística de la diferencia entre a y b, P=0.044

El tipo de dolor predominante fue el subagudo en 369 pacientes (64,6%), seguido por el agudo en 148 (25,9%) y el crónico en 21 (3,7%). En 33 pacientes (5,8%) no se logró definir el tipo de dolor. Las frecuencias señaladas fueron similares en los diferentes tipos de hernia.

En la Tabla 5 se expone la antigüedad de la hernia al momento de la consulta; se aprecia que en el 42% de los casos la hernia tenía menos de 1 año y en el 78,4% menos de 5 años.

**Tabla 5**  
**ANTIGÜEDAD DE LA HERNIA AL**  
**MOMENTO DE LA CONSULTA**

Antigüedad	Frecuencia	%	% Acumulado
< 1 AÑO	291	42	42
2 - 3 AÑOS	182	26,2	68,2
4 - 5 AÑOS	70	10,1	78,3
> 5 AÑOS	150	21,7	100

La Tabla 6 muestra que los pacientes con carga laboral muy pesada y pesada tuvieron una proporción de dolor algo mayor, pero no significativa, que los pacientes con carga laboral liviana y moderada (86,8% v/s 80,5% respectivamente,  $p=0.28$ ).

**Tabla 6**  
**RELACIÓN DE LA CARGA LABORAL**  
**CON LA PRESENCIA DE DOLOR**

Carga laboral	SÍ (%)	NO (%)	Total (%)
Liviano y moderado	387 (80,5)	94 (19,5)	481 (100)
Pesado y muy pesado	184 (86,8)	28 (13,2)	212 (100)
Total	571 (100)	122 (100)	693 (100)

$P=0.28$

La causa desencadenante del dolor fue el esfuerzo físico en 506 casos (88,7%), siendo otros factores como el frío, la alimentación y otras causas (11,3%), infrecuentes. No apreciamos una diferencia significativa en la frecuencia e intensidad del dolor en los pacientes con hernias grandes, medianas y pequeñas.

No hubo una diferencia significativa entre los pacientes que consultaron precozmente y los que

lo hicieron en forma tardía. En ambos casos la frecuencia de dolor fue cercana al 80%.

En esta muestra de pacientes portadores de hernia inguinal se estableció la presencia de una inguinodinia (dolor inguinal neuropático) en 57 oportunidades (8,3%) siendo esta condición encontrada con una frecuencia similar en las hernias directas, indirectas y recidivadas.

## DISCUSIÓN

La sintomatología clínica es ignorada o tratada en forma muy sucinta e incompleta en la mayoría de los textos de estudio y publicaciones de la especialidad.

La creación del programa de cirugía mayor ambulatoria de las hernias estuvo aparejada con un notorio y progresivo aumento de las consultas médicas en las que pudimos apreciar que un numeroso grupo de pacientes refería dolor como motivo de consulta.

La facilidad con que los pacientes tienen acceso al programa de cirugía mayor ambulatoria ha disminuido considerablemente el tiempo entre la percepción de la hernia por el enfermo, la consulta médica (antigüedad de la hernia) y el tratamiento quirúrgico. El 42% de los enfermos consultó antes del año de detectada la hernia y el 21,7 lo hizo después de 5 años. La tabla 5 detalla esta distribución. Este dato nos pareció importante por cuanto el dolor podría ser atribuido a una consulta tardía. Esta hipótesis se descarta, sin embargo, porque la proporción de dolor fue similar en las hernias recientes (menos de un año) con 81% y en las antiguas (más de un año) con 83,2%.

El dolor estuvo presente en el 82,5% de los pacientes y constituyó el motivo de consulta en el 75% de ellos. Esta cifra es algo superior a la comunicada por Hair<sup>5</sup> y difiere considerablemente con la opinión generalizada de los cirujanos<sup>6-9</sup> para los cuales el dolor en estos pacientes es excepcional y siempre de escasa intensidad. En nuestros pacientes predominó el dolor moderado e intenso en casi el 80% de los casos y afectó en forma similar a todos los tipos de hernia.

En las hernias primarias, predominó dolor de carácter "cansado" con un 48% y en las recidivadas el dolor de carácter "punzante" con un 40,6%.

Un factor que favoreció la aparición de dolor fue una carga laboral pesada. En estos pacientes el dolor estuvo presente con una frecuencia algo mayor, aunque sin significación estadística, que en aquellos con una carga liviana o moderada ( $p=0.28$ ). Tabla 6.

Desde otro punto de vista el factor desencadenante del dolor fue predominantemente el esfuerzo físico en casi un 90% de los pacientes.

El tipo de hernia inguinal (directa, indirecta y recidivada), no fue un factor agravante del dolor, a diferencia de lo reportado por Hair et al.<sup>5</sup> que refiere haber encontrado aumento significativo del dolor en los pacientes portadores de hernia inguinal indirecta ( $p=0.001$ ).

Tampoco el tamaño de la hernia fue un factor capaz de incrementar el dolor en nuestros pacientes.

La limitación de las actividades habituales de los pacientes con hernia debe ser destacada, a pesar de la cual los pacientes requirieron sólo excepcionalmente de una licencia médica. La existencia de limitación en el 59,5% de los enfermos contrasta con el 29% reportado por Hair et al<sup>5</sup>; nuestros pacientes con hernia inguinal recidivada presentaron una limitación acentuada de su capacidad funcional en una mayor proporción (48%) que las hernias primarias (31,8%) con una significancia límite ( $p=0,053$ ).

De todo lo anterior se desprende que el cuadro clínico y específicamente el dolor es un factor relevante en la patología herniaria de la región inguinal; por esto, creemos necesario el desarrollo de nuevos estudios sobre este tema con muestras poblacionales de características demográficas diferentes, que incluyan a pacientes con un distinto perfil sociocultural, como por ejemplo, con una carga laboral más liviana y con menos esfuerzo físico, que podría hacer variar los resultados y así establecer el grado de importancia de algunas variables sociales en la hernia inguinal.

Cabe destacar que en este estudio encontramos la presencia de inguinodinia en 57 pacientes (8,3%). Este cuadro, descrito recientemente<sup>10,11</sup>, representa una radiculitis de D XII - L I o una neuralgia de la inervación de la región inguinal, se encuentra en forma frecuente en la población, sin embargo no encontramos literatura que lo relacione con pacientes con hernia inguinal. A futuro debe indagarse dirigiéndose el cuadro de inguinodinia en pacientes portadores de hernia inguinal.

## REFERENCIAS

1. Acevedo A, Lombardi J, Contreras D, Costa F. Gestión del servicio de cirugía del Hospital del Salvador desde la perspectiva de un centro moderno de manejo informático. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 38-45.
2. Altamirano C, Catan F, Toledo G, Ormazabal J, Lagos C, Acevedo A. Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 654-657.
3. Rutkov I M, Epidemiologic, economic and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990's. *Surg Clin NA* 1998; 78: 941-951.
4. Weber A, Garteiz D, Valencia S. Epidemiology of inguinal hernia: a useful aid adequate surgical decisions. In Bendavid R, Abrahamson J, Arregui M, Flament JB, Phillips EH, Abdominal wall hernias. Springer N Y, 2001:109.
5. Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter J, O'Dwyer PJ. What effect does the duration of an inguinal hernia have on patient symptoms? *J Am Coll Surg* 2001; 193: 125-129.
6. Barroetaveña J, Herszage L, Barroetaveña JL, Ainstein R. Hernias de la ingle. Ateneo, BsAs, 1993: 33.
7. Ponka JL. Hernias of the abdominal wall. WB Saunders Co, Philadelphia, 1980: 43.
8. Schumpelick V. Hernien. Thieme Verlag, Stuttgart, 2000: 54.
9. Pérez P, Amat J, Korn O. Hernias abdominales. Editorial Mediterráneo, Santiago, 1999: 49.
10. Deysine M, Deysine G R, Reed Jr W P. Groin pain in the absence of hernia: a new syndrome. *Hernia* 2002; 6: 64-67.
11. Acevedo A, Viterbo A, Valenzuela S, Bravo J, Revello F. Síndrome de ingle dolorosa, un cuadro clínico poco conocido. Cuaderno de Resúmenes Congreso Chileno e Internacional de Cirugía, Noviembre, 2006