



ARTÍCULO ORIGINAL

Intervenciones en hernias inguinocrurales. Bilateralidad y recidiva herniaria. Servicio de Cirugía del Hospital Naval de Viña del Mar



Jacqueline Villanueva B. * y Agustín Aguilera P.

Servicio de Cirugía, Hospital Naval de Viña del Mar, Viña del Mar. Quinta Región, Chile

Recibido el 17 de julio de 2016; aceptado el 20 de octubre de 2016

Disponible en Internet el 2 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Hernia inguinal;
Hernia femoral;
Hernia inguinal
bilateral

Resumen

Introducción: En nuestro país la hernioplastia inguinocrural es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, pero hay escasos estudios acerca de los resultados a largo plazo.

Materiales y método: Estudio observacional de cohorte retrospectiva utilizando base de datos, fichas clínicas y electrónicas, con el objeto de analizar las causas de reintervenciones en hernioplastias inguinocrurales desde el año 2000 hasta el 2010, con seguimiento hasta junio del 2015.

Resultados y discusión: Se realizaron 1.765 intervenciones con los códigos de hernia inguinal y femoral, de los cuales 100 casos requirieron reintervención: 84 hombres y 16 mujeres, con edad promedio de 62 años para la primera cirugía. En un tercio se encontró HTA, y en el 38% de los hombres uropatía obstructiva, sin ser estadísticamente significativo ($p=0,6$). Se demostró intervención por hernia contralateral en el 38% de los casos, con aparición predominante dentro de los 3 primeros años desde la primera cirugía; en el 37% se demostró recidiva herniaria. Los pacientes que recidivaron equivalen al 2,7% del total de cirugías realizadas, pero al considerar las recidivas solo con técnica de Lichtenstein, esta fue del 1,7% con respecto al total de hernioplastias realizadas, presentándose dentro de los 3 primeros años. En 5 casos se demostró doble recidiva y en 2 casos triple recidiva. Cinco pacientes presentaron complicaciones: 2 hematomas, un seroma, una inguinodinia crónica y un paciente falleció por obstrucción intestinal postoperatoria.

Conclusión: Nuestros resultados son similares a casuísticas nacionales y metaanálisis reportados en cuanto a tipo de pacientes, comorbilidades asociadas y porcentaje de recidiva a largo plazo, con menor tasa de complicaciones.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jacquivil@hotmail.com (J. Villanueva B.).

KEYWORDS

Inguinal hernia;
Femoral hernia;
Bilateral inguinal
hernia

Reoperations in femoral and inguinal hernias. Bilaterality and relapse. Surgery Service in the Navy Hospital Viña del Mar

Abstract

Introduction: In our country, hernioplasty for inguino-crural hernia is one of the most frequent surgical procedures, but there are scanty studies bring over of the long-term results.

Materials and method: Observational retrospective cohort study, using clinical data base of patient's clinical history, in order to analyze the cause of reoperations on our inguino-crural hernioplasty data base, from the year 2000 to the year 2010, and with a follow up until June 2015.

Results and discussion: In total they were performed 1,765 interventions coded crural and inguinal hernia, 100 cases required reoperation, 84 men and 16 women with an average age of 62 years for the first surgery. In a third hypertension was found, and in 38% of men, obstructive uropathy, not statistically significant ($P = .6$). Reoperation for contralateral hernia was performed in 38% of the cases, with predominant appearance within the first three years after the first surgery; in 37% of the cases, hernia recurrence was demonstrated. Patients, who recurred, were equivalent to 2.7% of all surgeries performed, but considering Lichtenstein technique, it was only 1.7% of all hernioplasties, occurring within the first three years. In 5 cases, we found double recurrence, and triple recurrence in two. Five patients had complications: two bruising, seroma, chronic inguinal pain and one death by postoperative intestinal obstruction.

Conclusion: Our results were similar to those reported in our country in relation to the type of patients, comorbidities and recurrence at long-term, but with a lower rate of complications.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En nuestro país la cirugía herniaria es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, siendo la hernioplastia inguino-crural la que ocupa el primer lugar de los procedimientos realizados. Según datos del año 2006, la prevalencia de hernioplastia inguino-crural para los usuarios de CAPREDENA fue de 119,5 por 100.000 habitantes.¹ El grupo con mayor riesgo son hombres menores de un año y mayores de 60 años. La hernioplastia de Lichtenstein o reparación con malla sin tensión es la técnica quirúrgica recomendada y más utilizada al tener resultados conocidos y reproducibles^{1,2}. Existen varios factores de riesgo asociados a la presentación de esta patología, como son la edad mayor de 60 años, el sobrepeso, la uropatía obstructiva, el estreñimiento, la tos crónica, las colagenopatías, entre otros; la mayoría de estos persisten tras la reparación herniaria, por lo que la probabilidad de recidiva y/o de hernia contralateral se mantiene elevada en el tiempo³.

El objetivo principal de esta revisión es analizar la incidencia de reintervención de patología herniaria inguino-crural entre los años 2000 y 2010, con seguimiento hasta junio del 2015, en los usuarios del sistema de salud del Hospital Naval de Viña del Mar. Como objetivos secundarios: evaluar la tasa de recidiva y bilaterality en las cirugías efectuadas, los factores de riesgo asociados, el tiempo libre de enfermedad y las complicaciones quirúrgicas de este grupo de pacientes.

Materiales y métodos

Estudio observacional de cohorte retrospectiva utilizando la base de datos del Servicio de Cirugía del HNAN desde el 1

de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre del 2010, según codificación CIE-10 K40 y K41, que corresponden a hernias inguinales y femorales respectivamente. Se seleccionaron los pacientes que presentaron 2 o más intervenciones con estos códigos durante este período de tiempo para luego realizar una revisión de las fichas clínicas y electrónicas de este subgrupo de pacientes analizando las siguientes variables: edad, sexo, enfermedades médicas asociadas, bilaterality, recidiva, técnica quirúrgica, tipo de malla utilizada, años libres de enfermedad y complicaciones postoperatorias. Se excluyeron del estudio los pacientes que no presentaron 2 o más intervenciones bajo el código de hernia inguinal y/o crural.

Se utilizó para el análisis estadístico el test de Chi cuadrado para las variables sexo y recidiva herniaria y la prueba exacta de Fischer para las variables sexo y comorbilidades.

Resultados y discusión

Durante este período se intervinieron 1.765 pacientes bajo estos diagnósticos, los cuales fueron operados por 23 cirujanos distintos, incluyendo 4 residentes de cirugía, de los cuales 100 de estos pacientes (5,66%) requirieron una o más reintervenciones. De los pacientes reintervenidos, 84 fueron de sexo masculino y 16 de sexo femenino (4:1), siendo no significativa la diferencia en cuanto al sexo, con valor de $p = 0,6$ según la prueba de Chi cuadrado. El grupo etario varió entre los 15 y 85 años, con un promedio de edad para la primera hernioplastia de 62 años y para la segunda intervención fue de 65 años. De las comorbilidades encontradas las más frecuentes fueron la HTA en 33 de los 100 pacientes estudiados,

la patología prostática obstructiva en 32 de los 84 pacientes hombres (38%), la DM2 en 17 pacientes, el sobrepeso y la obesidad en 13 de los 100 pacientes de la muestra, la enfermedad pulmonar crónica en 10 pacientes, la cardiopatía coronaria en 7 y estreñimiento crónico en 2 sujetos del estudio. No se demostró significación estadística al analizar las variables de uropatía obstructiva y reintervención herniaria en hombres, con un valor de $p=0,53$.

En 38 casos la segunda intervención fue por hernia contralateral (hernia bilateral), en 37 casos debido a recidiva herniaria, en 10 casos se realizó otra cirugía herniaria de la pared abdominal o una exploración inguinal por otra causa que fueron codificadas como hernias inguinales o crurales sin tener ese diagnóstico, en 14 casos la ficha clínica no estuvo disponible para el estudio debido a fallecimiento o por estar inactivas del sistema más de 10 años, y en un caso no se demostró la reintervención (fig. 1).

En los pacientes que presentaron bilateralidad (2,15%), 36 fueron hombres y solo 2 mujeres. El tiempo promedio de aparición de la hernia contralateral fue de 3,05 años. En 5 casos se diagnosticaron en la misma consulta.

En cuanto a las recidivas herniarias (2,1% del total de hernioplastias), en 7 pacientes no se utilizó malla en la primera intervención de hernia inguino-crural, sino que se realizó herniorrafia de Shouldice o McVay; en el resto de los pacientes que sí se utilizó malla se demostró un 1,7% de recidiva con la técnica de Lichtenstein con respecto al total de pacientes con reparación inguino-crural. En 5 pacientes el abordaje fue por vía de urgencia, en uno de estos por vía preperitoneal y en el otro se colocó un punto de sutura al orificio crural.

En 35 de los 37 pacientes la técnica utilizada en la reintervención fue la malla sin tensión de Lichtenstein. Seis pacientes presentaron doble recidiva herniaria, 4 de sexo masculino y 2 mujeres; en 5 de ellos la recidiva fue en el lado derecho, y todos fueron sometidos nuevamente a hernioplastia sin tensión de Lichtenstein. En 2 pacientes de los 37 que recidivaron, ambos de sexo masculino, fue necesaria una nueva cirugía por triple recidiva herniaria, una bilateral y la otra a derecha; en un caso no se logró resolver por imposibilidad de acceso a la región inguinal por plastrón de la malla y en el otro se utilizó la técnica sin tensión de Lichtenstein.

El tiempo promedio de recidiva herniaria fue de 3,3 años en los 37 pacientes que recidivaron, pero si analizamos solo

los casos en que se realizó la técnica de Lichtenstein, este fue de 2,4 años. Ocho pacientes —de ellos, 4 mujeres— presentaron recidiva de hernia crural luego de la reparación inguinal primaria.

El tipo de malla utilizada entre los años 2000 y 2004 fue la malla marlex; del 2004 al 2008 estuvieron disponibles la marlex y la de prolene a criterio del cirujano, y desde el 2008 en adelante se utilizó solo la malla de prolene.

En cuanto a las complicaciones quirúrgicas reportadas, se describen en 2 pacientes hematoma del sitio postoperatorio, uno de los cuales requirió reintervención para controlar el sangrado; un caso se presentó como hernia inguinal atascada que se complicó con perforación intestinal, peritonitis y el paciente falleció secundario a sepsis no controlada; en un caso se pesquisó inguinodinia crónica y en otro caso un seroma que se manejó en forma conservadora.

Al realizar esta revisión de pacientes intervenidos durante 11 años de hernioplastia inguino-crural observamos que hay escasos estudios que muestran casuísticas locales de períodos extensos con posibilidad de seguirlos a largo plazo, por lo que nos sentimos favorecidos al estar en un centro hospitalario con población cautiva que nos entrega mayor probabilidad de controles y reevaluaciones para determinar recidivas y complicaciones postoperatorias.

Al igual que lo encontrado en diversas publicaciones²⁻⁵, la mayor proporción de pacientes adultos que se operan de hernia inguinal y crural son hombres, mayores de 60 años y con antecedentes de patología prostática; así mismo observamos que al ser la mayoría pacientes añosos tienen además patologías crónicas frecuentes en nuestra población como son la diabetes mellitus, hipertensión arterial. No se logró demostrar asociación estadística de estas variables cualitativas ya que se necesitaba un tamaño de muestra mayor, 815 pacientes según el cálculo del tamaño muestral, lo que se consigue en aproximadamente 60 años de seguimiento.

En cuanto a la proporción de pacientes que requirieron cirugía por bilateralidad a los pocos años de haberse intervenido de hernioplastia inguino-crural, hay trabajos más recientes que muestran un mejor diagnóstico y tratamiento con técnicas laparoscópicas y resolverlas en un mismo procedimiento³.

Debido a que es conocido que el principal indicador para determinar el éxito de una cirugía de hernia inguinal sigue siendo la recidiva, en series reportadas por cirujanos herniólogos se encontró una recurrencia del 1%, mientras que en otras series en las que la cirugía es realizada por cirujanos no herniólogos la recurrencia se encuentra entre el 1 y el 3%, y en datos reportados por residentes no rebasa el 4% con experiencia de 3 a 4 años en cirugía⁴. En nuestra revisión encontramos una recidiva del 1,7% mediante el uso de la técnica con malla sin tensión, la cual está dentro de los valores esperados considerando que nuestro centro y los cirujanos que las realizaron no operan exclusivamente hernias.

En el trabajo publicado por Bardavid et al. en el 2006² se demostró que con el uso de mallas las recidivas son precoces y están dadas a nivel de la espina del pubis y a nivel del anillo inguinal profundo, habitualmente se manifiestan en los primeros meses y corresponden a falla técnica en la instalación del elemento protésico, tal y como observamos en nuestro trabajo, en el que el tiempo de

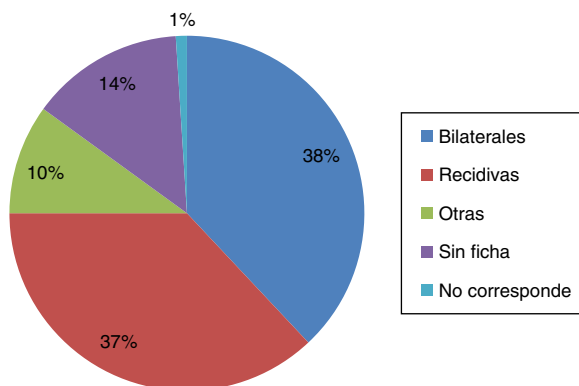


Figura 1 Causas de reintervención.

recidiva promedio con la técnica de Lichtenstein fue de 2,4 años. También hay que considerar que en el 21% de los que recidivaron se encontró una hernia crural, por lo que hay que evaluar si se debe reparar con malla también la región crural en la primera intervención.

Analizando los pacientes que presentaron doble y triple recidiva luego de una hernioplastia con malla sería conveniente considerar otras alternativas de abordaje quirúrgico, tales como TEP y TAPP para no ingresar nuevamente a una zona con proceso inflamatorio crónico, evitando el riesgo de no tener estructuras y tejidos firmes donde anclar nuevamente un material protésico, teniendo en cuenta que estas técnicas requieren de anestesia general, curva de aprendizaje para el cirujano y riesgo de complicaciones más severas que las que encontramos en esta revisión, que fueron escasas y la mayoría de manejo conservador^{6,7}.

Conclusión

Nuestros resultados son similares a casuísticas nacionales y metaanálisis reportados en cuanto a tipo de pacientes, comorbilidades asociadas y porcentaje de recidiva a largo plazo, con menor tasa de complicaciones.

Esta revisión nos permitirá en un futuro próximo tener una base de comparación para los resultados que obtendremos al realizar las nuevas técnicas para hernioplastias inguinocrurales laparoscópicas y endoscópicas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Dr. Alfredo Rioseco Besanilla, cirujano del HNAN, por su aporte en la recopilación de datos y estadísticas del Servicio de Cirugía del HNAN.

Dr. Felipe Martínez Lomakin por su aporte en el análisis estadístico del trabajo.

Bibliografía

1. Acevedo A, Reyes E, Lombardi J, Robles I. Prevalencia de la cirugía de las hernias inguinales. *Rev Chil Cir.* 2006;58:133-7.
2. Bardavid C, Guzmán H, Albarrán V, Blake P, Rodríguez L, Alamo M, et al. Seis años de estudio: 537 hernioplastias inguinales libres de tensión. *Rev Chil Cir.* 2004;56:453-7.
3. Clark JJ, Limm W, Wong LL. What is the likelihood of requiring contralateral inguinal hernia repair after unilateral repair? *Am J Surg.* 2011;202:754-8.
4. Respardo CA, Quiñonez ME, Peraza F, Pérez B, Salazar JA. Hernioplastia inguinal con técnicas sin tensión: incidencia de recidiva en experiencia intrahospitalaria. Disponible en: cnem.umh.es
5. Zaga I, Guzmán G, Romero E, Miranda A. Evaluación. Resultados a 16 años de las dos técnicas más comunes de hernioplastia inguinal abierta. *Cir Gen.l.* 2011;33:79-85.
6. Li J, Ji Z, Li Y. Comparison of laparoscopic versus open procedure in the treatment of recurrent inguinal hernia: A meta-analysis of the results. *Am J Surg.* 2014;207:602-12.
7. Paajanen H, Scheinin T, Vironen J. Análisis de las complicaciones relacionadas con la cirugía de la hernia inguinal. *Am J Surg.* 2010;199:746-51.