

III. HERNIA DE LA ZONA INGUINAL

Cirugía bilateral en las hernias inguinales

Alarcón del Agua y Cañete

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Concurrencia de la bilateralidad (confirmada, sospechada, no sospechada, futura)

Cuando hablamos de hernias bilaterales tenemos que diferenciar entre aquellos pacientes que presentan hernia bilateral clínica o a la exploración, y aquellos pacientes con hernia clínicamente unilateral siendo el lado contralateral asintomático y con una exploración negativa por parte del cirujano. En este último caso, cuando la reparación de esta hernia unilateral se realiza mediante un abordaje que nos permite la exploración del lado contralateral como es la laparoscopia podemos encontrarnos ante 3 escenarios diferentes en el lado contralateral al que vamos a reparar; una verdadera hernia oculta contralateral (True occult hernia), una hernia incipiente (equiparable a una persistencia del conducto peritoneo-vaginal) o una región inguinal sin sospecha de hernia (exploración negativa).

Hernias bilaterales verdaderas

Dentro del tratamiento de las hernias inguinales bilaterales, el abordaje laparoscópico supone una de las principales indicaciones (así como en las recidivas herniarias de abordaje anterior) dentro de la aplicación del abordaje laparoscópico en el tratamiento de la hernia inguinal.^{1,2}

En la revisión sistemática de McCormack et al (10) donde se analizan la efectividad y el coste económico de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta, se aprecia una ventaja económica de la cirugía abierta para el tratamiento de la hernia inguinal primaria, pero una clara ventaja económica en el uso de la laparoscopia para el tratamiento de las hernias inguinales recidivadas y en las hernias inguinales bilaterales. En esta misma revisión sistemática, se apreciaba un dato relacionado tanto con el análisis económico como con la efectividad

postoperatoria de la cirugía, como es una reincorporación precoz a las actividades diarias en los pacientes sometidos a un abordaje laparoscópico frente al abordaje abierto.

Por lo tanto, desde un punto de vista puramente económico, el abordaje abierto resultaría más rentable para el tratamiento de la hernia inguinal bilateral. Pero las ventajas que presenta el abordaje laparoscópico respecto a la disminución del dolor postoperatorio y la aceleración en la reincorporación laboral (en aquellos pacientes que lo desean), hacen de este abordaje mínimamente invasivo una opción socio-económicamente más rentable que el abordaje abierto en las hernias inguinales bilaterales (figuras 1 y 2).

Ante un paciente con una hernia inguinal bilateral, salvo una contraindicación específica para el abordaje laparoscópico o la anestesia general, la reparación laparoscópica puede ser considerado actualmente como el Gold Estándar. (1,2,3)

Hernia contralateral oculta o incipiente

El concepto de hernia «oculta» nace con la cirugía laparoscópica, ya que con este abordaje podemos reparar la hernia primaria, y simultáneamente explorar el lado contralateral sin modificar la vía de abordaje. La tasa de hernias ocultas, oscila según las series, pero podemos considerarla elevada. Koehler et al (5) encontraron un 13% de hernias contralaterales ocultas en pacientes sometidos a un TAPP unilateral. Thumbe et al (6) por su parte, encontraron un 22%, también en TAPP. En el abordaje TEP, Bochkarev et al reportaron un 22% de hernias contralaterales ocultas en TEP en 100 pacientes, siendo todas indirectas. (5)

La importancia de estas hernias «ocultas» radica en determinar si merece la pena o no su reparación en función de la evolución sintomática que pudieran tener en el caso de dejarlas sin reparar una vez descubiertas. Hay que diferenciar entre hernias «verdaderas» e «incipientes», que serían equiparables a una persistencia del conducto peritoneovaginal. Van der Heuvel et al (8), analizaron un total de 1681 pacientes con diagnóstico clínico de hernia inguinal unilateral sometidos a reparación laparoscópica mediante abordaje TAPP. De ellos,

Correspondencia: Alarcón del Agua. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n, 41013 Sevilla.

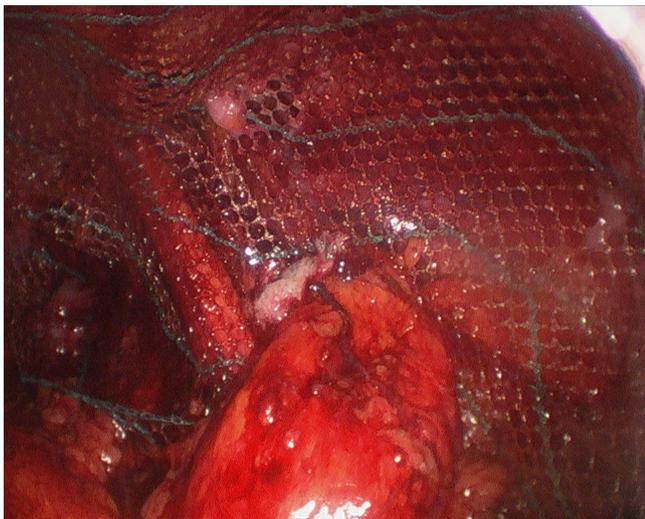


Figura 1: Hernia inguinal bilateral por laparoscopia (TEP).
Hernioplastia izquierda

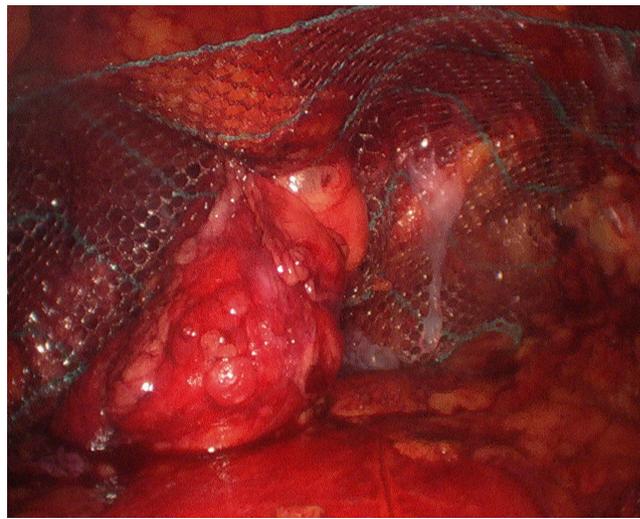


Figura 2: Hernia inguinal bilateral por laparoscopia (TEP).
Hernioplastia derecha

218 (13%) presentaron un defecto contralateral en la exploración laparoscópica; 129 (8%) hernia verdaderas, que fueron reparadas en el mismo acto, con un incremento del tiempo operatorio de 7-25 minutos. Por otro lado, se halló 89 (5%) hernias incipientes, que no fueron reparadas. Estos pacientes fueron seguidos durante una media de 112 meses. Durante el seguimiento, el 21% de los pacientes desarrollo una hernia contralateral sintomática, con una media de aparición a los 88 meses. Por lo tanto el numero necesario de pacientes a tratar (NNT) fue de 5. Cada 5 reparaciones intraoperatorias de hernia contralateral, se evitaría una intervención posterior por aparición de hernia inguinal.

En uno de los pocos estudios prospectivos randomizados al respecto, Thumbe et al (9) compararon el tratar frente al no tratar las hernias ocultas contralaterales diagnosticadas por TAPP. Dentro del grupo de no tratadas, se desarrollo un 29% de hernia demostrable clínicamente y sintomática que requirieron cirugía dentro del primer año postquirúrgico.

Hernia contralateral «futura»

Otro escenario diferente sería el de pacientes con hernia unilateral verdadera con exploración negativa para el lado contralateral durante el abordaje laparoscópico. Zendejas et al (7) con 409 pacientes en los que se realizó una reparación unilateral con una exploración mediante TEP negativa para la región inguinal contralateral, durante un seguimiento medio de 5,9 años (0-14) 33 pacientes (8,1%) desarrollaron una hernia en el lado previamente sano. La incidencia a los 1, 5 y 10 años fue de 1,6, 5,9 y 11,8% respectivamente. El momento medio de aparición de la hernia fue a los 3,7 años. La incidencia de hernia metacrónica había sido descrita como más baja Ferli et al 0,72% con un seguimiento medio de 3,6 años, y Saggat et al de un 1,12% en 3,2 años de seguimiento.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la aparición de una hernia inguinal se cree que expresa una debilidad de la región inguinal. Si esta debilidad, supuestamente debe de ser bilateral, aunque la aparición de la hernia sea unilateral,

es posible que la reparación, y por lo tanto el refuerzo, de la pared abdominal de un lado pueda dejar en desventaja al otro pudiendo favorecerse así la aparición de una hernia en el lado contralateral.

La identificación de los factores de riesgo de desarrollar una hernia metacrónica podría ayudarnos a seleccionar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse de una reparación profiláctica contralateral en una reparación de hernia inguinal unilateral.

Por ahora, el tiempo es el único factor que se ha podido asociar a la aparición de una hernia metacrónica, con una incidencia anual de 1,2% durante los 10 primeros años.

Una de las principales críticas expuestas contra esta reparación profiláctica es que puede derivar en la aparición de dolor crónico, en cuyo caso estaríamos añadiendo una morbilidad en una zona sana. Realmente la aparición de dolor crónico es baja actualmente, y más aun con la aparición de las nuevas mallas de bajo peso, el desarrollo de las técnicas laparoscópicas y los nuevos métodos de fijación atraumática.(3)

Conclusión

Actualmente, creemos que la reparación de una verdadera hernia oculta esta indicada en el mismo acto quirúrgico. En el caso de las hernias incipientes o PCP, a pesar de existir una menor evidencia, existe un riesgo de desarrollar una hernia clínica y sintomáticamente verdadera. Dado que la reparación simultanea de este tipo de hernias aumenta la morbilidad intraoperatoria, tan solo ligeramente el tiempo quirúrgico, pensamos que también podría estar indicado reparar las hernias incipientes.

En cuanto a la reparación profiláctica de regiones inguinales sanas, la controversia es mucho mayor. Debemos conseguir disminuir al máximo la aparición de complicaciones a largo plazo como el dolor crónico, para no convertir una enfermedad potencial en otra real. La incidencia de hernia a 10 años de un 11%, nos podría llevar a pensar que la reparación profi-

láctica en pacientes jóvenes, con mallas de bajo peso y fijación traumática para minimizar al máximo el riesgo de aparición de dolor crónico, podría estar indicada siempre que fuera consensuada con el paciente.

Bibliografía

1. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ*. 2008 Feb;336(7638):269-72.
2. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, de Lange D, Fortelny R, Heikkinen T, Kingsnorth A, Kukleta J, Morales-Conde S, Nordin P, Schumpelick V, Smedberg S, Smietanski M, Weber G, Miserez M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009 Aug;13(4):343-403
3. Wauschkuhn CA, Schwarz J, Boekeler U, Bittner R. Laparoscopic inguinal hernia repair: gold standard in bilateral hernia repair? Results of more than 2800 patients in comparison to literature. *Surg Endosc*. 2010 Dec;24(12):3026-30.
4. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A, Poucher J, Hennet H, Habib E, Veyrie`res M, Flamant Y (1995) Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: the gold standard? A multicenter controlled trial in 1578 patients. *Ann Surg* 222:719-727
5. Koehler RH (2002) Diagnosing the occult contralateral inguinal hernia. *Surg Endosc* 16:512-520
6. Thumbe VK, Evans DS (2001) To repair or not to repair incidental defects found on laparoscopic repair of groin hernia: early results of a randomized control trial. *Surg Endosc* 15:47-49
7. Zendejas B, Onkendi EO, Brahmbhatt RD, Greenlee SM, Lohse CM, Farley DR. Contralateral metachronous inguinal hernias in adults: role for prophylaxis during the TEP repair. *Hernia*. 2011 Aug;15(4):403-8
8. van den Heuvel B, Beudeker N, van den Broek J, Bogte A, Dwars BJ. The incidence and natural course of occult inguinal hernias during TAPP repair: repair is beneficial. *Surg Endosc*. 2013 Nov;27(11):4142-6.
9. Thumbe VK, Evans DS (2001) To repair or not to repair incidental defects found on laparoscopic repair of groin hernia: early results of a randomized control trial. *Surg Endosc* 15(1):47-49
10. McCormack K, Wake B, Perez J, Fraser C, Cook J, McIntosh E, et al. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: Systematic review of effectiveness and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2005;9(14):76-80