

I. TIPOS DE HERNIAS. CLASIFICACIONES ACTUALES

Clasificación actual EHS

Marengo de la Cuadra, B.; Guadalajara Jurado,* J. F.; García Moreno,* J.; Moreno Romero,* R.
*Servicio Cirugía General Hospital Llerena, Badajoz. *Servicio Cirugía General Hospital de Riotinto, Huelva*

La Cirugía de la pared abdominal es una de las más frecuentemente realizadas en un Servicio de Cirugía General, estimándose entre un 10 a un 30% los enfermos operados por patología herniaria en estos Servicios¹. Esta alta frecuencia lleva asociada una gran trascendencia socioeconómica^{2,3} debido al alto coste que supone la utilización de materiales protésicos y de nuevas tecnologías en la reparación de la hernia, sin olvidar el absentismo laboral y la incapacidad física que produce tanto la patología como posteriormente la cirugía de la misma.

Vamos a exponer la clasificación de la Sociedad Europea de la Hernia (EHS) para las hernias inguinales, abdominales primarias e incisionales y la recientemente publicada para las hernias paraestomales⁴⁻⁶ y los motivos que justifican su utilización.

El título de la publicación en 2007 de la clasificación de la EHS de la hernia inguinal «simple y fácil de recordar»⁴ establecía claramente las intenciones de esta sociedad de dirigir el camino en Europa, y posiblemente en todo el mundo, hacia la utilización de una clasificación única y común a todos los cirujanos.

El presidente de la EHS en el Congreso de la European Hernia Society celebrado en Atenas en 2007, ya destacó que era necesaria una clasificación ampliamente aceptada de las hernias ventrales e incisionales, porque se estaban mezclando «manzanas y naranjas» en los diferentes estudios publicados, o presentados en reuniones científicas.⁷

A todo lo anterior añadir que las clasificaciones previas de la hernia paraestomal no han sido mencionadas, en los estudios científicos, prácticamente nada más que por los autores que las realizaron⁶.

Pensamos que existe consenso en que las clasificaciones de estas patologías herniarias tienen que ser simples y fáciles de recordar, pero además deben ser utilizadas de forma prospectiva, para así crear una base de datos amplia y realizar estudios

que mejoren la comprensión de la enfermedad, permitan comparar los resultados, identificar distintos subgrupos dentro de la patología herniaria, poder establecer la información que dar a los pacientes y optimizar los algoritmos terapéuticos⁸, incluyendo los materiales a utilizar en las reparaciones herniarias.

Es de destacar que en la primera Guía Clínica de la Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos se proponía la utilización de la clasificación de Rutkow Robbins en la hernia inguinal⁹, una clasificación basada en tamaño y localización en la hernia ventral e incisional¹⁰ y ninguna en la paraestomal; mientras que en la recientemente editada segunda edición de la Guía se recomienda ya utilizar, tanto en la hernia inguinal como en las de pared abdominal, las clasificaciones de la EHS^{11,12}. En la paraestomal se menciona una de las clasificaciones que ha ayudado a la confección de la última clasificación realizada por esta asociación europea.^{6,13}

Sin embargo queda mucho camino por recorrer y esfuerzos de concienciación a realizar por las Asociaciones como EHS, AEC y ASAC para promocionar el uso de estas clasificaciones por todos los cirujanos en nuestro país y nuestra comunidad, ya que analizando las aportaciones científicas al XI Congreso Nacional de Cirugía de la Pared Abdominal en 2011, a la XII Reunión de la ASAC y al 29 Congreso Nacional de Cirugía ambos en 2012, en 147 se trataban estas patologías herniarias, pero sólo en 15 (10%) se utilizaban clasificaciones nominativas y de ellas únicamente 5 (3,5%) eran la EHS.

Clasificación EHS de la Hernia Inguinal

La clasificación de la EHS es una modificación de la clasificación de Aachen¹⁴ en la cual la hernia se nombra con una letra **L**, **M**, o **F**, según sea la hernia lateral (indirecta), medial (directa) o femoral y los números **1**, **2**, o **3**, según sea el tamaño del defecto herniario. Se toma como medida en la cirugía abierta la punta del dedo índice y en la cirugía laparoscópica el tamaño de la mandíbula de una pinza de agarre, ya que ambos vienen a medir entre 1,5 y 2 cm. Se adjudica el **1** cuando el

Correspondencia: Beatriz Marengo de la Cuadra. Servicio de Cirugía General, Hospital de Llerena. Ctra. N-432 (Badajoz-Granada), s/n. 06900 Llerena, Badajoz.

Tabla 1
Clasificación de la EHS para la hernia inguinal ⁴

Tipo de Hernia	Primaria			Recidivada		
	0	1	2	3	X	
	L					
M						
F						

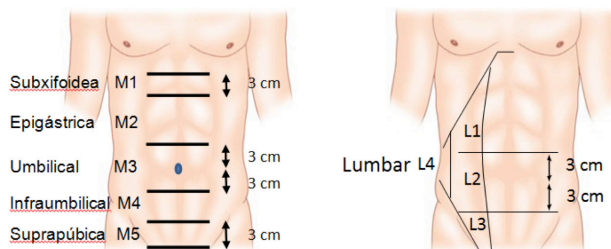


Figura 1. Clasificación según la localización de la hernia incisional (adaptado con permiso de Muysoms⁷)

Clasificación de la EHS de las hernias incisionales abdominales*

Clasificación EHS Hernia Incisional	M	L	Recidiva		Largo cm	Ancho (W) cm	Ancho (Width)		
			Si	No			W1	W2	W3
			< 4 cm	4-10 cm			>10 cm		
Medial	Subxifoidea M1								
	Epigástrica M2								
	Umbilical M3								
	Infraumbilical M4								
	Suprapúbica M5								
Lateral	Subcostal L1								
	Fianco L2								
	Iliaca L3								
	Lumbar L4								

*Reproducido con permiso de Muysoms⁷

tamaño es menor que un dedo índice o una mandíbula de la pinza de agarre laparoscópica; el **2** cuando el tamaño está entre uno y dos dedos o entre una y dos mandíbulas de la pinza y el **3** si el orificio herniario supera los dos dedos o dos veces el tamaño de la boca del instrumento de agarre laparoscópico. Adicionalmente a estas letras y números se añade la letra **P** si la hernia es primaria o **R** si es una hernia recidivada.

Cuando no se observa orificio pero sí una debilidad de la pared posterior, se considera como una hernia medial y se le adjudica la letra **X** en vez de un número (**Mx**). No se incluyen como tales las hernias inguinoescrotales pero la mayoría de ellas corresponden a una **L3**, y por otro lado cuando existe un lipoma preperitoneal o un lipoma de cordón se catalogará como una **L1**. Además la letra **X** se debe usar cuando existe una situación poco clara o no explorada, por ejemplo si no se ha explorado el orificio crural durante una reparación abierta de una hernia lateral tipo 2 sería L2 Fx, sin embargo se añadiría el apéndice **o** si no existiera la hernia crural (L2 Fo).

La clasificación se resume fácilmente en una pequeña cuadrícula⁴ (tabla 1)

Tabla 2

Clasificación de la EHS de las hernias primarias de pared abdominal*

Clasificación EHS Hernia Primaria de pared Abdominal		Diámetro cm	Pequeña < 2 cm	Mediana ≥ 2-4 cm	Grande ≥ 4 cm
Línea Media	Epigástrica				
	Umbilical				
Lateral	Spigel				
	Lumbar				

*Reproducido con permiso de Muysoms⁷

Clasificación EHS de las hernias de pared abdominal

La EHS se propuso hacer una clasificación de las hernias de pared abdominal con las premisas con las que nació la clasificación EHS de la hernia inguinal, ser simple y práctica, y además desarrollarse en un formato de cuadrícula.

En primer lugar divide las hernias de Pared abdominal en dos grupos

- 1) *Primarias*: No existe una causa evidente de producción
- 2) *Secundarias o Incisionales*: Se producen posteriormente a una incisión de pared abdominal.

Cada uno de estos dos grupos a su vez ha sido subdividido, en cuanto a su localización y tamaño en el caso de las primarias (tabla 1) y en cuanto a la localización (fig. 1), tamaño (teniendo en cuenta los diámetros de longitud y anchura), y el número de recidivas para las hernias abdominales incisionales (tabla 2). Cuando las hernias son múltiples se toma como referencia el borde más distal de los orificios herniarios tanto a lo largo como a lo ancho para medir el tamaño global de la hernia incisional.⁷

Para las hernias primarias se establecieron cuatro posibles tipos de hernias, la epigástrica, la umbilical, la de Spigel y la lumbar.

Tabla 3
Clasificación EHS de la hernia paraestomal*

Hernia Paraestomal		Pequeña ≤ 5cm	Grande >5cm
Hernia Incisional concomitante	No	I	III
	Sí	II	IV
		P □	R □

*Smietanski⁶

Para las hernias incisionales se dividió el abdomen en zona media y zona lateral. Los límites de la zona media son el xifoideas, el pubis y el borde lateral de los músculos rectos. En la zona lateral los límites los marca el reborde costal, la región inguinal, el borde externo de los músculos rectos y la región lumbar.

Dentro de los límites de la zona media o medial (M) se definieron 5 posibles tipos de hernias incisionales, denominadas como subxifoidea (M1), epigástrica (M2), umbilical (M3), infraumbilical (M4) y suprapúbica (M5).

La zona lateral (L) puede acoger a cuatro tipos de hernias incisionales, a saber, subcostal (L1), flanco (L2), iliaca (L3) y lumbar (L4) marcando el límite más interno de esta hernia la línea axilar anterior. (Fig.1)

En la tabla 2 se exponen las distintas variables que se definieron en la realización de la Clasificación EHS de las hernias incisionales de pared abdominal

Clasificación EHS de las hernias paraestomales

La recién publicada clasificación EHS de las hernias paraestomales⁶ pone posiblemente punto final a la ausencia de una clasificación en este tipo de hernias que sea utilizada de forma común y habitual por la gran mayoría de cirujanos cuando diagnostiquen que un paciente tiene un fallo de la pared abdominal alrededor de su estoma.

Como no podía ser de otra forma esta clasificación intenta seguir las líneas establecidas en la creación de las clasificaciones EHS, «práctica, sencilla, fácil de recordar y reproducible en una tabla cuadrículada».

En esta clasificación se han establecido dos variables fundamentales, el tamaño del anillo herniario y la existencia de una hernia incisional concomitante (HIC). El diámetro del orificio herniario en cualquiera de sus medidas (largo, ancho o diagonal) se estableció en 5 cm para distinguir un tipo de otro.

Las variables mencionadas dieron lugar al establecimiento de 4 tipos de hernia paraestomal (HP):

- TIPO I: HP ≤ 5 cm sin HIC
- TIPO II: HP ≤ 5 cm con HIC.
- TIPO III: HP > 5 cm sin HIC
- TIPO IV: HP > 5 cm con HIC

A estos cuatro tipos además se le han añadido otras dos variables, según sea la primera hernia paraestomal (P) o la hernia sea recidivada (R).

Justificación de una clasificación homogénea y común para los cirujanos

Justificar lo obvio es la mayoría de las veces más difícil que hacerlo sobre algún tema que esté en discusión, sin embargo creo que los cirujanos somos conscientes de que en la patología herniaria existe una gran cantidad de tipos posibles, lo cual ha dado lugar a un sin fin de clasificaciones, muchas de ellas complejas y difíciles de recordar.

Estamos de acuerdo con Carbonell-Tatay¹⁵ que se debe

conservar la clasificación más sencilla y conocida por todos los cirujanos y precisamente esta es la gran virtud de las clasificaciones de la EHS, ya que son simples, buscan que el cirujano la pueda recordar fácilmente y si esto no es posible, que este expuesta en una pequeña tabla cuadrículada que se pueda rellenar fácilmente y se añada al historial del paciente.

Si se consigue que todos los cirujanos europeos que tratan hernias clasifiquen de una manera uniforme a sus pacientes, se habrá obtenido una magnífica herramienta para valorar y comparar los resultados de los distintos grupos quirúrgicos, pudiendo realizarse metaanálisis que nos permitan obtener evidencia sobre cuales son las indicaciones y tratamientos que consiguen los mejores resultados para nuestros pacientes. Además nos permitiría utilizar un lenguaje común en la comunidad científica evitando el confusiónismo terminológico actual.

Bibliografía

1. Moreno, A., Unidades de Pared Abdominal y formación (en España). *Rev Hispanoamer Hernia*, 2013. 1(2): p. 55-56.
2. Breuing, K., et al., Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery*, 2010. 148(3): p. 544-58.
3. Moreno-Egea, A., et al., [Treatment of non-midline ventral hernia: experience in an abdominal wall unit and literature review]. *Cir Esp*, 2007. 81(6): p. 330-4.
4. Miserez, M., et al., The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia*, 2007. 11(2): p. 113-6.
5. Simons, M.P., et al., European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*, 2009. 13(4): p. 343-403.
6. Smietanski, M., et al., European Hernia Society classification of parastomal hernias. *Hernia*, 2013.
7. Muysoms, F.E., et al., Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*, 2009. 13(4): p. 407-14.
8. Bittner, R., et al., Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)-Part 1. *Surg Endosc*, 2013.
9. Grau Talens, E., Hernia inguinal primaria, in *Cirugía de la Pared Abdominal*, J. Alvarez Caperochipi, Porrero, J. Dávila, D., Editor 2002. p. 165-187.
10. Barreiros, F., Concepto, prevalencia, clasificación y diagnóstico, in *Cirugía de la Pared Abdominal*, J. Alvarez Caperochipi, Porrero, J. Dávila, D., Editor 2002. p. 73-81.
11. León, L., Hernia ventral: concepto, epidemiología y clasificación, in *Cirugía de la Pared Abdominal*, 2ª Edición, S. Morales-Conde, Barreiro, F. Hernández-Granados, P. Feliú, X., Editor 2013. p. 135-141.
12. López-Quindós, P., Concepto, epidemiología y clasificación de las hernias inguino-cruales primarias y recidivadas, in *Cirugía de la Pared Abdominal*, 2ª edición, S. Morales-Conde, Barreiro, F. Hernández-Granados, P. Feliú, X., Editor 2013. p. 281-288.
13. López Cano, M., Hernias paraestomales, in *Cirugía de la Pared Abdominal*, 2ª edición, S. Morales-Conde, Barreiro, F. Hernández-Granados, P. Feliú, X., Editor 2013. p. 253 - 260.
14. Schumpelick, V., K.H. Treutner, and G. Arlt, [Classification of inguinal hernias]. *Chirurg*, 1994. 65(10): p. 877-9.
15. Carbonell-Tatay, F., Hernia inguinal: conceptos, siglas, modas y sentido común. *Cir Esp*, 2002. 71(4): p. 171-2.