

¿Existen aun indicaciones para la reparación anatómica de la hernia inguinal?

Marin Morales, J.; Galindo Galindo, A.; Claro Alves, B.; Fernández Zulueta, A.; Gallardo García, A.; De Quinta Frutos, R.; Marrero Cantera, S.; Sevilla Molina, P.

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario Valme. Sevilla Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario Valme. Sevilla

La hernia inguinal constituye un reto permanente para el cirujano. En la actualidad existen múltiples técnicas quirúrgicas en uso en los diferentes centros asistenciales aunque no hay una técnica quirúrgica ideal que resuelva todos los tipos de hernia. Desde que Bassini diera a conocer la operación que lleva su nombre en 1886 y sentara las bases de la reparación anatómica de las hernias inguinales, se han descrito mas de 82 técnicas quirúrgicas anatómicas (Bassini, Marcy, Mcvay, Shouldice) que tienen en común la apertura de la fascia transversalis, la identificación del arco aponeurótico del transverso del abdomen, como elemento fundamental en la reparación, que junto al oblicuo menor es suturado al ligamento inguinal¹

La mayoría de los cirujanos con dilatada experiencia en el tratamiento de las hernias inguinales han practicado algunas de estas técnicas anatómicas en algún momento aunque la aparición de las mallas y la popularización de la técnica de Lichtenstein en los años 80 permitieron eliminar la tensión en la línea de sutura, simplificar las técnicas, lograr una mayor reproducibilidad, una recuperación postoperatoria mas rápida y la posibilidad de realización en régimen de cirugía mayor ambulatoria²

La generalización del concepto de reparación sin tensión ha hecho que pueda parecer solo de interés histórico el plantear algunas indicaciones clásicas o anatómicas para determinados pacientes en el contexto actual del siglo 21.

Dos razones fundamentales motivaron este cambio de actitud en los 80: 1. los altos índices de recidiva de las técnicas anatómicas con tensión, sobretudo fuera de los centros especializados³ y 2. la morbilidad como el dolor crónico postoperatorio⁴

El principal inconveniente de las reparación anatómica es que usan los propios tejidos del paciente. Dado que las hernias

inguinales del adulto están asociadas a una alteración metabólica del colágeno del tejido conectivo de la región inguinal⁵, la utilización para la reparación de la hernia de estos tejidos defectuosos, en especial cuando se hacen a tensión, constituye un claro argumento contra la reparación anatómica rutinaria de las hernias inguinales.

Desde entonces hemos asistido a una implantación generalizada de las mallas como principal elemento de la reparación herniaria.

¿Esta la practica apoyada por la evidencia científica?

En una Revisión Cochrane⁶ comparando técnicas abiertas con prótesis frente a sin prótesis, se concluyo : “ el uso de prótesis se asocia a una reducción del riesgo de recidiva entre el 50% y 75%”. En un estudio poblacional que examina el riesgo de recidiva comparando técnica de Lichtenstein frente a reparación anatómica en 13.674 pacientes con un seguimiento de 5 años o mas, encontraron que el índice de recidiva de la técnica con malla fue un cuarto del de la reparación anatómica⁷. En otro Ensayo clínico aleatorizado con resultados a largo plazo, 10 años, comparando las técnicas con y sin prótesis, demuestran la superioridad de las técnicas con malla con índices de recidivas claramente inferiores (1% vs 17%, p=0,005)⁸. La técnica abierta con prótesis es reproducible por cirujanos no especializados y es la técnica preferida por 96% de los cirujanos en UK, 95% de los daneses y 86% de los cirujanos USA⁹ por lo que podemos decir que, a la hora de evitar las recidivas, existen suficientes evidencias para el uso rutinario de mallas en la reparación de la hernia inguinal en adultos. La European Hernia Society (EHS) recomienda el uso de malla en adultos jóvenes de forma rutinaria independientemente del tipo de hernia (recomendación B)¹⁰ sin olvidar el conocimiento de la anatomía y la disección meticulosa.

El dolor persistente o crónico (> 3meses) tras la reparación herniaria es considerado un importante indicador de resultado, pues el dolor crónico postoperatorio afecta en alguna medida a la actividad cotidiana de 11% de pacientes¹¹ aunque parece disminuir con el tiempo (50% en 5 años)¹². Las causas están en la lesión de los nervios de la región inguinal ya sea

por atropamiento por suturas o la reacción a cuerpo extraño provocada por la malla

13. El reconocimiento de este problema ha llevado a diversos estudios que evalúan la preservación versus sección de los nervios de la región inguinal llegando a la conclusión de que en las técnicas abiertas (con o sin malla) los nervios deben ser identificados y preservados en lo posible 14

Aunque las técnicas con malla son superiores a las anatómicas, como se ha visto por la evidencia y los estudios poblacionales, se mantienen algunas indicaciones: contaminación en el campo quirúrgico, intolerancia o fobia a las mallas, preferencias del paciente, pacientes pediátricos y probablemente en aquellos países en vías de desarrollo donde la disponibilidad de mallas sea escasa por múltiples motivos.

Dependiendo de la experiencia del cirujano con una técnica dada, así como de la calidad de los tejidos del paciente, la decisión sobre usar o no malla viene condicionada por la preferencia del cirujano en función de factores de riesgo tales como edad, hábito tabaquico, patología asociada (comorbilidad), grado de actividad física, tamaño y tipo de la hernia, primaria o recidivada.

La controversia mayor se da con los pacientes adultos jóvenes (18-30 años) con una hernia indirecta. Algunos autores 15 prefieren técnicas anatómicas para las hernias no complicadas, de tal manera que el 67% de los pacientes son tratados con el procedimiento de Shouldice y consiguiendo índices de recidiva del 1-2%. Sin embargo los resultados de un ensayo clínico aleatorizado a 10 años muestran un índice de recidiva para la técnica Shouldice del 15%, lo que se considera bastante alto. Para otras técnicas como la ligadura del saco mas estrechamiento con suturas del orificio inguinal o el Bassini las recidivas son aun mas altas y superan el 30%, por lo que estas ultimas se consideran técnicas inadecuadas independientemente del tipo de hernia.3

Un análisis reciente de este grupo de pacientes jóvenes en la Danish Hernia database, intervenidos con técnica de Lichtenstein o reparación anatómica mostraron unos índices de reoperación (tomado como índice de recidiva) del 1,6% (Lichtenstein) y 3,9 % (anatómica) 16. Se considera al procedimiento de Lichtenstein como la técnica de elección en adultos jóvenes pero informando de los riesgos de dolor crónico, aunque este riesgo desciende con la edad 12. De las reparaciones anatómicas, la técnica de Shouldice es la mejor usando los tejidos del paciente 17. Aunque seguramente en adultos jóvenes, con anillo inguinal profundo normal y una hernia de reciente aparición (Nyhus I-II) solo sea necesaria la ligadura alta del saco 16. Con respecto al dolor crónico tras la cirugía no existen diferencia entre reparación con o sin malla en el grupo de pacientes jóvenes, lo que sugiere que la malla debiera usarse en este grupo de pacientes 7,18,19

Ante todo paciente con hernia debemos informar y educar al paciente sobre las técnicas, morbilidad, grado de discomfort y dolor esperado. Hay que tender a practicar una técnica ideal con disección meticulosa, máxima visualización y cobertura suficiente del defecto. La mejor reparación es aquella en la que el cirujano tiene mayor experiencia y mejores resultados.

En resumen existen aun indicaciones para las técnicas clásicas, sobre todo en pacientes jóvenes con hernias iniciales pero ateniéndonos y respetando la técnica original en su ejecución.

Las mallas seguirán desarrollándose con nuevas prótesis mas flexibles, poro ancho, requerirán mínima fijación y serán mas costo-efectivas 20 La predicción con el uso de mallas se ha cumplido hasta el momento, provocando un eclipse de las técnicas anatómicas y un cambio de perspectiva apoyado por la evidencia científica. Si antes nos hacíamos la pregunta ¿en que pacientes usar malla? Ahora: ¿hay algún razón para no usar malla?

Bibliografía

1. Bendavid R. :Abdominal wall hernias. New York: Springer-Verlag; 2001. p. 389-90.
2. Marin J, Gallardo A, Aguilar J, Marrero S, Zulueta P et al. Lichtenstein unilateral hernia repair: results of 961 cases in a day surgery unit. *Amb. Surg* 1998, 6: 169-173
3. Beets GL, Oosterhuis KJ, Go PM, Baeten CG, Kootstra G. Longterm followup (12-15 years) of a randomized controlled trial comparing Bassini-Stetten, Shouldice, and high ligation with narrowing of the internal ring for primary inguinal hernia repair. *J Am Coll Surg.* 1997 Oct;185(4):352-7
4. Cunningham J, Temple WJ, Mitchell P, Nixon JA, Preshaw RM, Hagen NA. Cooperative hernia study. Pain in the postrepair patient. *Ann Surg.* 1996;224:598-602.
5. Henriksen NA, Yadete DH, Sorensen LT, Agren MS, Jorgensen LN Connective tissue alteration in abdominal wall hernia. *Br J Surg.* 2011 Feb;98(2):210-9.
6. Scott NW, McCormack K, Graham P, Go PM, Ross SJ, Grant AM. Open mesh versus non-mesh for repair of femoral and inguinal hernia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(4):CD002197.
7. Bisgaard T, Bay-Nielsen M, Christensen JJ, Kehlet H. Risk of recurrence 5 years or more after primary Lichtenstein mesh and sutured inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2007 Aug;94(8):1038-40.
8. van Veen RN, Wijsmuller AR, Vrijland WW, Hop WC, Lange JF, Jeekel J. Long-term follow-up of a randomized clinical trial of non-mesh versus mesh repair of primary inguinal hernia. *Br J Surg.* 2007 Apr;94(4):506-10
9. Kingsnorth AN. Hunterian Lecture. Hernia surgery: from guidelines to clinical practice. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009 May;91(4):273-9.
10. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campagnelli 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.
11. Aasvang E, Kehlet H. Chronic postoperative pain: the case of inguinal herniorrhaphy. *Br J Anaesth.* 2005;95(1):69-76.
12. van Veen RN, Wijsmuller AR, Vrijland WW, Hop WC, Lange JF, Jeekel J. Randomized clinical trial of mesh versus non-mesh primary inguinal hernia repair: long-term chronic pain at 10 years. *Surgery.* 2007 Nov;142(5):695-8.
13. C.P. Heise and J.R. Starling, Mesh inguinodynia: a new clinical syndrome after inguinal herniorrhaphy?, *J Am Coll Surg* 187 (5) (1998), pp. 514-518.
14. Wijsmuller AR, van Veen RN, Bosch JL, Lange JF, Kleinrensink GJ, Jeekel J, Lange J Nerve management during open hernia repair. *Br J Surg.* 2007 Jan;94(1):17-22.
15. Shumpelick V One fits all or tailored? What to do? *Hernia* 2009; 13 (Suppl 1) S-2
16. Bisgaard T, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Groin hernia repair in young males: mesh or sutured repair? *Hernia* 2010 Oct;14(5):467-9. Epub 2010 May 9.

17. Simons MP, Kleijnen J, van Geldere D, Hoitsma HF, Obertop H. Role of the Shouldice technique in inguinal hernia repair: a systematic review of controlled trials and a meta-analysis. *Br J Surg.* 1996 Jun;83(6):734-8
18. Rosenberg J, Bisgaard T, Kehlet H, Wara P, Asmussen T, Juul P, Strand L, Andersen FH, Bay-Nielsen M. Danish Hernia Database recommendations for the management of inguinal and femoral hernia in adults. *Dan Med Bull.* 2011 Feb;58(2):C4243
19. Bay-Nielsen M, Nilsson E, Nordin P, Kehlet H; Swedish Hernia Data Base the Danish Hernia Data Base. Chronic pain after open mesh and sutured repair of indirect inguinal hernia in young males. *Br J Surg.* 2004 Oct;91(10):1372-6.
20. S. Bringman, J. Conze, D. Cuccurullo, J. Deprest, K. Junge, B. Klosterhalfen, E. Parra-Davila, B. Ramshaw, V. Schumpelick. Hernia repair: the search for ideal meshes. *Hernia* (2010) 14:81-87