

Monográfico de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

¿Es posible la ambulatorización de la cirugía de hernia inguinal con abordaje laparoscópico?

Is outpatient surgery for inguinal hernia with a laparoscopic approach possible?

Aguilar del Castillo F, Ruiz García BÁ, García Corona M, Hinojosa Ramírez F, Suárez Grau JM, Tallón Aguilar L

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

La reparación de la hernia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados a nivel mundial y es el principal procedimiento asociado a la cirugía mayor ambulatoria. Recientemente, la evolución de las técnicas quirúrgicas y anestésicas han permitido plantear el abordaje mínimamente invasivo en unidades de cirugía mayor ambulatoria. Presentamos una breve descripción de algunos de los aspectos más importantes a la hora de seleccionar pacientes óptimos para hernioplastia inguinal en régimen de cirugía ambulatoria.

Palabras Clave: cirugía ambulatoria, hernia inguinal, cirugía laparoscópica, TEP, TAPP.

ABSTRACT

Inguinal hernia repair is one of the most often performed surgical procedures worldwide and is the main procedure associated with ambulatory surgery. Recently, the evolution of surgical and anesthetic techniques has made it possible to consider the minimally invasive approach in major ambulatory surgery unit. We present a short description of some of the most important aspects to select optimal patients for inguinal hernioplasty in ambulatory surgery.

CORRESPONDENCIA

Fátima Aguilar del Castillo
Hospital Universitario Virgen del Rocío
41013 Sevilla
fatagudel@gmail.com

XREF

Keywords: ambulatory surgery, inguinal hernia, laparoscopic surgery, TEP, TAPP.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de la hernia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes realizadas a nivel mundial, estimándose unas 20 millones de reparaciones de hernias inguinales anuales en todo el mundo¹. La incidencia de esta patología a lo largo de la vida es del 27 % en los hombres y un 3 % en las mujeres².

Según la Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria (IAAS), la cirugía ambulatoria engloba cualquier intervención o procedimiento, excluyendo una intervención de cirugía menor ambulatoria o en consulta, en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernocta en el hospital.³

Siguiendo las cifras publicadas por el Ministerio de Sanidad en 2021, hasta el 47.6% de las intervenciones realizadas en España se realiza en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA)⁴.

Para mejorar la calidad y aumentar el número de procedimientos realizados en el día a día en CMA debemos basarnos en un modelo asistencial transversal e integrado por todos los profesionales implicados, desde especialistas en atención primaria, anestesiología, cirugía y enfermería. La atención primaria es el principio y el final de todo el proceso de la CMA, por lo que es fundamental la participación de activa en este programada⁵.

CITA ESTE TRABAJO

Aguilar del Castillo F, Ruiz García BÁ, García Corona M, Hinojosa Ramírez F, Suárez Grau JM, Tallón Aguilar L. ¿Es posible la ambulatorización de la cirugía de hernia inguinal con abordaje laparoscópico? Cir Andal. 2024;35(2):101-104. DOI: 10.37351/2024352.7

HERNIA INGUINAL EN CMA

La hernioplastia inguinal es el procedimiento más común en régimen de CMA dentro del servicio de cirugía general³. En nuestro medio, hasta más del 90 % de las hernias inguinales intervienen en régimen de ambulatorio. Su tratamiento puede realizarse por cirugía con abordaje abierto, por vía anterior o posterior, y por cirugía laparoscópicas.

Actualmente que no existe una única técnica estándar para todas las hernias inguinales. Basándonos en la Guía Internacional para el manejo de la hernia inguinal de la European Society Hernia (EHS)⁶, se recomienda el uso de malla quirúrgica como primera opción, ya sea mediante cirugía abierta (siguiendo el abordaje descrito Lichtenstein) o mediante técnica laparoscópica de reparación.

El abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en el contexto de CMA se encuentra en desarrollo. Como cualquier procedimiento realizado en régimen de ambulatorización, la técnica ideal sería un procedimiento fácilmente reproducible, de duración reducida, y con escasa tasa de recidiva y mínima morbilidad, que permita un postoperatorio con pocas complicaciones y poder dar de alta al paciente en las próximas 4-6 horas.

Los pacientes intervenidos por laparoscopia presentan menor incidencia de dolor postoperatorio agudo y crónico, menor tasa de complicaciones perioperatorias y posoperatorias (recurrencia, menor tasa de infección del sitio quirúrgico, hipoestesia, hematoma, seroma...) y menor tiempo de recuperación con reincorporación temprana en el ámbito socio-laboral comparándolo con las técnicas abiertas tradicionales^{2,7}.

Además, el acceso laparoscópico es que ofrece mejor visión de la pared posterior del conducto inguinal pudiéndose detectar en el momento de la cirugía la coexistencia de distintas hernias y llevar a cabo la reparación en el mismo tiempo quirúrgico.

El abordaje laparoscópico al ser una técnica que requiere anestesia general, necesitar un equipo quirúrgico cualificado en cirugía laparoscopia y presentar mayor coste en material de quirófano son algunos de los factores decisivos para la implementación de esta técnica.

Para la implantación de este abordaje en cirugía ambulatoria es necesario una formación y aprendizaje, no solo desde el punto de vista quirúrgico, sino también en la selección de pacientes desde el punto de vista anestésico y cuidados de enfermería.

A continuación, se explica algunos de los factores fundamentales a la hora de programar una cirugía ambulatoria como son criterios para una correcta selección de pacientes, técnica quirúrgica, prótesis y fijación.

Criterios para la selección de paciente

A la hora de seleccionar a pacientes candidatos de un procedimiento en régimen ambulatorio hay que tener en cuenta los factores quirúrgicos, médico-anestésico y sociales⁷.

Desde el punto de vista quirúrgico es necesario una correcta identificación de la patología del paciente, estado recomendada

realizar hernias denominadas L1-2-3 o M1-2 según la clasificación de la EHS⁶. Además, se recomienda evitar a pacientes con cirugías o procedimientos terapéuticos como radioterapia en región infraumbilical ya que aumentan la tasa de fracaso del procedimiento.

Valorando los aspectos médicos-anestésico, siguiendo los criterios de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists Physical Status se deberán seleccionar pacientes ASA I, II y III bien compensados médicamente, valorando individualmente en este último grado la estabilidad en los últimos 3-6 meses. En lo que se refiere a los pacientes obesos se incluirán aquellos con un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o inferior a 35⁷.

Las condiciones del entorno socio-familiar del paciente es un aspecto de gran relevancia⁷, pues este es dado de alta a las pocas horas de la intervención quirúrgica quedando bajo los cuidados de la familia. En este aspecto, no debemos olvidar la importancia del conocimiento que tiene el médico de Atención Primaria acerca de las condiciones socio-sanitarias del paciente.

Tabla 1. Clasificación EHS de la hernia inguinal

L (defecto lateral a vasos epigástricos o hernia indirecta)	1: Si tamaño del defecto herniario es < 1 dedo índice o < mandíbula pinza agarre	P: hernia primaria
M (defecto medial a vasos epigástricos o hernia directa)	2: si tamaño del defecto herniario es 1-2 dedo índice o 1-2 mandíbula pinza agarre	R: hernia recidivada
F (hernia femoral o crural)	3: Si tamaño del defecto herniario es >2 dedo índice o > 2 mandíbula pinza de agarre	
	X: situación poco clara o no explorada	

Criterios para la selección de técnica quirúrgica y anestésica

Actualmente las técnicas de cirugía laparoscopia en la patología herniaria son el abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP) y el abordaje totalmente extraperitoneal (TEP)^{8,9}.

El TAPP al entrar en cavidad peritoneal proporciona una visión a la que estamos más familiarizado y permite diagnosticar hernias ocultas contralaterales.

El TEP entra al espacio preperitoneal, se utiliza el espacio virtual entre el peritoneo y pared abdominal, sin entrar en el abdomen.

Tabla 2. American Society of Anesthesiologists Physical Status	
ASA I	Paciente sano
ASA II	Enfermedad sistémica leve o moderada sin limitación funcional
ASA III	Enfermedad sistémica grave con limitación funcional
ASA IV	Enfermedad sistémica grave que constituye una amenaza constante para la vida
ASA V	Paciente moribundo que no se espera que sobreviva más de 24 horas sin intervención
ASA VI	Muerte cerebral

Debido a ser una técnica totalmente extraperitoneal, se reduce la tasa de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Existen diferentes estudios comparando ambas técnicas donde se observan similares resultados desde el punto de vista de dolor postoperatorio, recidiva y reincorporación sociolaboral.

En el **figura 1** y **tabla 3** se observan algunos de los factores a valorar, siguiendo nuestra experiencia, para decidir la técnica quirúrgica a realizar.

Además de la anestesia general para la realización del procedimiento laparoscópico recomendamos infiltrar las incisiones de los trocacos con anestésicos locales de duración prolongada (por ejemplo, ropivacaína o bupivacaína) ya que favorece la analgesia postoperatoria y la ambulatorización.

Otro aspecto recomendable es la elaboración de protocolos para control del dolor y prevención de las náuseas y vómitos postoperatorios. Se recomienda administrar analgésicos y antiemético de forma intensiva durante el procedimiento y las primeras horas tras la cirugía ya que favorecerá una recuperación del paciente y nos permitirá dar el alta en las primeras horas postoperatorias.

Criterios para la selección de la malla

Se recomienda el uso de mallas de baja densidad y poro ancho. La baja densidad permite disminuir la cantidad de material implantado ya que ha demostrado reducir el dolor postoperatorio y sensación de cuerpo extraño sin que se relacione con mayor tasa de recidiva. El tamaño ancho del poro favorece la integración de la malla en el espacio preperitoneal y minimiza la rigidez de la prótesis favoreciendo la adaptación a la región inguinal y movimientos fisiológicos.

El uso de mallas 3D favorece la ambulatorización ya que disminuye el tiempo quirúrgico al facilitar la colocación de la misma. Se tratan de mallas con forma anatómica preformada y tridimensional que permite una colocación más fácil que en una malla plana convencional, aumentando la velocidad y la simplicidad de la colocación de la misma.

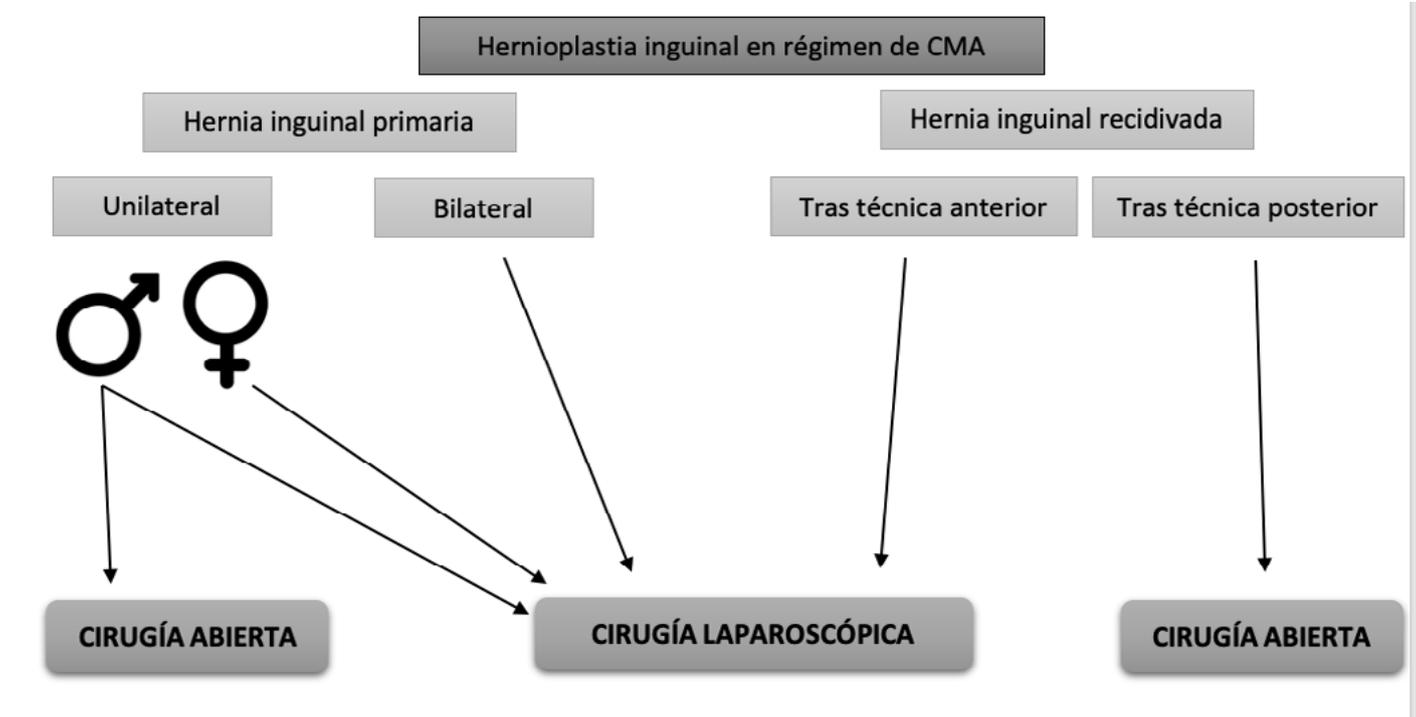


Figura 1 ALgoritmo de decisión.

Tabla 3. Indicaciones TAPP vs TEP

TAPP	TEP
Hernia inguinal primaria unilateral o bilateral	Hernia inguinal primaria unilateral o bilateral
Recurrencia de una hernioplastia por abordaje anterior o TEP	Recurrencia de una herniorrafia por abordaje anterior
Hernias grandes o con saco parcialmente reductible	
Obesidad	
Antecedente de cirugía pélvica (prostatectomía, cirugía preperitoneal previa...)	
Hernias encarceradas y/o estranguladas	
Cirugía abdominal concomitante	

Criterios para la selección de la fijación

El desarrollo de material de fijación ha sido un factor fundamental que ha favorecido la integración de la cirugía laparoscópica en programas de CMA. Existen varios métodos de fijación como son tackers, grapas, mallas autofijadoras, sellantes de fibrinas, pegamentos y suturas⁹.

Actualmente no existe un consenso sobre cuando es necesario realizar una fijación ni cuál es el método de elección, con lo cual depende de la preferencia y experiencia del cirujano. Siguiendo las recomendaciones de la EHS, se recomienda realizar la fijación de la malla en pacientes con hernias M3 con el objetivo de reducir la migración de la malla y riesgo de recidiva^{6,10}.

CONCLUSIONES

La hernioplastia laparoscópica inguinal en régimen de cirugía ambulatoria es una alternativa segura, eficaz y con resultados optimizados con respecto a la cirugía abierta.

La clave del éxito de la cirugía ambulatoria es trabajo multidisciplinar y en equipo. Es fundamental la creación circuitos asistenciales bien diseñados con el objetivo de mejorar la eficiencia, calidad y la seguridad.

Todos integrantes de la unidad de CMA deben ser partícipes en la selección de pacientes ya que es fundamental analizar los factores quirúrgicos, médicos y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Cisneros Muñoz HA, Mayagoitia JA. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(2):61-70.
- Gutierrez-Delgado MP, Turiño Luque JD, Fernández Galeano P, Rivas-Becerra J, Lopez-Núñez M, Santoyo-Santoyo. Implementación de la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal bilateral en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Análisis comparativo tras cinco años. *Cir May Amb* 2020; 25 (1): 15-21.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informe, estudios e investigación [Internet]. Gobierno de España; 2008. p 14-6. 2008. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>.
- Hidalgo Grau LA. Cirugía Mayor Ambulatoria en España. ¿Dónde estamos? *Cir May Amb* 2021; 26 (4): 188-189.
- Campo Cimarras E, Iturralde Iriso JM. Atención primaria y CMA (continuidad entre niveles asistenciales). *Cir Andal*. 2022;33(4):439-42.
- HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb;22(1):1-165. Doi: 10.1007/s10029-017-1668-x.
- Suarez Grau JM, García Moreno JL, Gómez Menchero J, Bellido Luque JA, Durán Ferreras I, Guadalajara JF. Análisis de los factores que permiten e impiden la evolución de la hernioplastia inguinal laparoscópica en CMA en un hospital comarcal. *Cir May Amb*. 2015;20(1):4-7.
- Martin Gomez M. Cirugía laparoscópica de la hernia inguinal: TEP. *Cir Andal*. 2018; 29 (2): 174-177.
- Morales-Conde S, Balla A, Navarro-Morales L, Moreno-Suero F, Licardie E. ¿Es preferible el TAPP por vía laparoscópica para el tratamiento de la hernia inguinal? Técnica, indicaciones y expectativas de futuro. *Cir Esp [Internet]*. 2023;101:S11-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2023.01.003>.
- Cabrera-Bermon JM, Cuba-Castro JL, Monje-Salazar C, Martos-Rojas N, Ramos-Muñoz F, de Luna-Díaz R. Reparación laparoscópica de la hernia inguinal en Cirugía Mayor Ambulatoria. Es el momento. *Cir May Amb* 2021; 26 (4): 195-203.