

Tratamiento de la hernia inguocrural. Resultados comparativos entre una unidad de pared abdominal y un servicio de cirugía general

Fabiola Oteiza, Héctor Ortiz y Miguel A. Ciga

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.

Resumen

Introducción. La hernia inguocrural es una de las afecciones más frecuentes en un servicio de cirugía general. Los mejores resultados obtenidos por cirujanos con especial interés en esta enfermedad han abierto el debate sobre si es necesaria o no una dedicación especial a esta cirugía. El objetivo de este trabajo ha sido comparar los resultados obtenidos por dos grupos de cirujanos en un servicio de cirugía general.

Pacientes y método. Entre enero del año 2000 a diciembre del 2001 fueron intervenidos 755 pacientes diagnosticados de hernia inguocrural unilateral no complicada. De ellos, 508 pacientes fueron intervenidos por dos cirujanos del servicio con dedicación especial a esta cirugía (grupo I) y el resto, 247 pacientes, fueron tratados por los restantes cirujanos del servicio (grupo II). Ambos grupos de pacientes fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, tipo de hernia y riesgo anestésico.

Resultados. En el grupo I se utilizó profilaxis antibiótica en el 22% de los pacientes, mientras que en el grupo II se empleó en todos ($p < 0,05$). El 72% de los pacientes del grupo I fueron intervenidos con anestesia local y sedación, mientras que en el grupo II sólo se utilizaron en el 2% de las operaciones ($p < 0,01$). El 75% de los pacientes del grupo I fue intervenido en régimen ambulatorio, en el grupo II ningún paciente fue intervenido de forma ambulatoria ($p < 0,01$). La morbilidad del grupo I, del 1,7%, fue significativamente menor que la del grupo II, del 11,7% ($p < 0,01$).

Conclusión. Es conveniente establecer, en los servicios de cirugía, unidades o grupos de cirujanos interesados en una enfermedad tan frecuente con el fin de mejorar los resultados.

Palabras clave: *Hernia inguinal. Especialización. Morbilidad.*

TREATMENT OF INGUOCRURAL HERNIA. COMPARATIVE RESULTS BETWEEN AN ABDOMINAL WALL UNIT AND A GENERAL SURGERY DEPARTMENT

Introduction. Inguocrural hernia is one of the most frequent conditions in general surgery departments. The more favorable results obtained by specialized surgeons have stimulated debate on whether specialization in this type of surgery is required. The aim of this study was to compare the results obtained by two groups of surgeons in a general surgery department.

Patients and method. From January 2000 to December 2001, 755 patients underwent surgery for uncomplicated, unilateral inguocrural hernia. Of these, 508 were operated on by two surgeons from the department specialized in this type of surgery (group I) and the remaining 247 patients were operated on by the remaining surgeons from the department (group II). Both groups were homogeneous in age, sex, type of hernia, and anesthetic risk.

Results. Prophylactic antibiotics were used in 22% of the patients in group I and in all patients in group II ($p < 0.05$). Local anesthesia and sedation were used in 72% of the patients in group I and in only 2% of those in group II ($p < 0.01$). Seventy-five percent of patients in group I underwent ambulatory surgery compared with none in group II ($p < 0.01$). Morbidity was significantly lower in group I than in group II (1.7% vs 11.7%, respectively; $p < 0.01$).

Correspondencia: Dra. F. Oteiza.
Ctra. Ansoain, 26, 1.º N. 31013 Pamplona. Navarra. España.
Correo electrónico: faboteiza@yahoo.es

Manuscrito recibido el 12-05-2003 y aceptado el 25-11-2003.

Conclusion. Units or groups of surgeons specialized in hernia repair should be established in surgery departments to improve results.

Key words: *Inguinal hernia. Specialization. Morbidity.*

Introducción

La cirugía de la hernia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas que realiza más a menudo el cirujano general. El progresivo interés por la optimización de los recursos sanitarios ha dirigido la atención a un mayor control de los costes basado en la reducción de la estancia hospitalaria y en la disminución de la incapacidad laboral transitoria^{1,2}. Los mejores resultados obtenidos en el tratamiento de esta entidad por cirujanos con especial interés en esta enfermedad ha abierto el debate sobre si es necesaria o no una especialización en esta cirugía³⁻⁵.

El objetivo de este trabajo ha sido comparar los resultados obtenidos en el tratamiento de esta entidad por dos grupos de cirujanos en un servicio de cirugía, unos dedicados especialmente a esta afección y otros dedicados a la cirugía general.

Pacientes y método

Entre enero de 2000 y diciembre de 2001 fueron intervenidos en nuestro servicio 755 pacientes de hernia inguinocrural unilateral no complicada. De ellos, 508 pacientes (grupo I) fueron intervenidos por dos cirujanos del servicio que operaban esta enfermedad en un centro concertado dos días a la semana. El grupo II estaba formado por 247 pacientes operados por los restantes cirujanos del servicio en el hospital.

Ambos grupos eran homogéneos en cuanto a edad, sexo, tipo de hernia y riesgo anestésico según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) (tabla 1). Sin embargo, el seguimiento fue diferente en ambos grupos. Los pacientes del grupo I eran revisados a la semana, al mes y al año de la intervención. Por el contrario, en los pacientes del grupo II no existía un programa de seguimiento y los datos han sido recogidos mediante revisión exhaustiva de su historia clínica.

El estudio estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (versión 10; SPSS Inc., Chicago, IL). Fueron utilizados los tests de la χ^2 y exacto de Fisher, ambos bilaterales. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p = 0,05$.

Resultados

En el 22% de los pacientes del grupo I se utilizó profilaxis antibiótica y en ningún caso profilaxis antitrombótica. Sin embargo, en el grupo II se utilizó profilaxis antibiótica en el 100% de los pacientes y antitrombótica en el 83%.

Encontramos diferencias significativas en la técnica anestésica empleada. El 72% de los pacientes del grupo I fue intervenido con anestesia local y el resto con anestesia raquídea (28%). Por el contrario, en el grupo II, sólo un 2% de los pacientes fue intervenido con anestesia local, un 77% con anestesia raquídea y un 21% con anestesia general ($p < 0,01$).

En el grupo I hubo homogeneidad en las técnicas quirúrgicas utilizadas según el tipo de hernia reparada. Se realizaron 106 reparaciones según la técnica de

TABLA 1. Homogeneidad de ambos grupos de estudio

	Grupo I	Grupo II
Edad (años)	59,68	57,70 (NS)
Sexo (V/M)	453/55	216/31 (NS)
Tipo de hernia (NS)		
Indirecta	58%	59%
Directa	28%	33%
Mixta	8%	3%
Crural	6%	5%
Clasificación ASA (NS)		
I-II	73%	70%
III	23%	30%

NS: no significativo.

TABLA 2. Morbilidad de ambos grupos

	Grupo I (%)	Grupo II (%)
Retención orina	2,5	15,3
Hematoma	0,3	3,8
Infección herida	0,7	2,4
Seroma	0,8	2,1
Neuralgia	0,1	1,6
Recidiva	0,1	1,6
Retirada malla	0,1	0,8

$p < 0,01$.

Lichtenstein en hernias tipo 4 y 5 de la clasificación de Gilbert modificada por Rutkow y Robbins⁶, 358 reparaciones con la técnica híbrida *plug-stein* en hernias indirectas y mixtas (1, 2, 3 y 6 de la clasificación de Gilbert) y a 44 pacientes con hernia crural se les colocó un *plug*. En el grupo II, las hernias eran clasificadas en directas, indirectas, mixtas y crurales, y las técnicas realizadas fueron: 9 reparaciones primarias, 152 con técnica de Lichtenstein, 44 *plug-stein*, 12 mallas tipo PHS (Ethicon®), 12 reparaciones por laparoscopia y 18 *plug*.

El 75% de los pacientes del grupo I fue intervenido en régimen ambulatorio y el resto (25%) en cirugía de corta estancia. En el grupo II, ningún paciente fue intervenido de forma ambulatoria y un 67% permaneció ingresado más de 3 días ($p < 0,01$).

Las complicaciones observadas se detallan en la tabla 2. La morbilidad global del grupo II, del 11,7%, fue significativamente mayor que la del grupo I, del 1,7% ($p < 0,01$).

Discusión

La cirugía de la hernia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas que realiza más a menudo el cirujano general. Sin embargo, los mejores resultados obtenidos en algunas series por cirujanos con especial interés en esta enfermedad han abierto el debate sobre si es necesaria o no una especialización en esta cirugía⁷⁻⁹.

En esta auditoría se ha puesto de manifiesto que la ausencia de criterios homogéneos de los cirujanos generales, a diferencia de los cirujanos interesados en esta enfermedad, conlleva la gran heterogeneidad de técnicas quirúrgicas utilizadas, que van desde reparaciones primarias, diferentes reparaciones sin tensión, hasta un número mínimo de intervenciones por laparoscopia ($n =$

12). Se trata de una "individualización de la reparación de la hernia". Según Rutkow¹⁰, esta praxis ya no es válida en la actualidad; en lugar de ello, en la era "sin tensión", el cirujano debe estandarizar la cirugía de la hernia y realizar un tipo, o tal vez dos, de hernioplastias.

Al igual que en otras series, en las que se ha valorado la especialización en esta afección^{3,4,11}, los resultados obtenidos por la unidad de pared abdominal del servicio han sido superiores en lo que respecta a la morbilidad y recidivas que los obtenidos por los cirujanos no especializados (1,7 frente a 11,7%), y ello a pesar de que el seguimiento de los pacientes por parte de los cirujanos no especializados no fue tan exhaustivo. Además, y a pesar de que en todos los pacientes tratados por los cirujanos generales se utilizó profilaxis antibiótica, la tasa de infección de herida fue significativamente mayor.

En este estudio, en el 72% de los pacientes intervenidos por los cirujanos de la unidad de pared abdominal se utilizó anestesia local y sedación intravenosa, cifra que contrasta con el 2% de los tratados por el resto de los cirujanos del servicio; esto fue así a pesar de que el análisis de las evidencias clínicas disponibles en el momento actual establece que la anestesia local con sedación intravenosa a medida es la mejor alternativa frente a la anestesia raquídea y general, por su menor morbilidad^{12,13}.

En los últimos años, la cirugía de la hernia inguinal en régimen ambulatorio (cirugía menor ambulatoria [CMA]) ha alcanzado aceptación y difusión por parte de la comunidad medicoquirúrgica y de la sociedad en general. La CMA ofrece en el momento actual, y con un menor coste, igual seguridad y calidad de resultados, a los que se añaden algunos beneficios que el paciente individual obtiene por el hecho de no permanecer ingresado. Todos los hospitales deberían realizar al menos un 25-30% de esta cirugía en régimen ambulatorio, y es deseable llegar a porcentajes entre el 60 y el 80%¹. La creación de la unidad de pared abdominal nos ha permitido alcanzar los objetivos de esta recomendación.

En vista de los resultados obtenidos en el tratamiento de la hernia inguinoocrural, parece conveniente establecer, en los servicios de cirugía, unidades o grupos de cirujanos interesados en esta cirugía para mejorar los resultados de una afección tan frecuente en los hospitales de tercer nivel.

Bibliografía

1. Rutkow IM. Epidemiologic, economic, and sociologic aspects of hernia surgery in the United States in the 1990s. *Surg Clin N Am* 1998;78:941-52.
2. Porrero JL. Cirugía de la pared abdominal, estado actual. *Cir Esp* 1996;60:1-2.
3. Deysine M, Soroff HS. Must we specialize herniorrhaphy for better results? *Am J Surg* 1990;160:239-41.
4. Deysine M, Grimson RC, Soroff HS. Inguinal herniorrhaphy: reduced morbidity by service standardization. *Arch Surg* 1991;126:628-30.
5. Iles JD. Specialization in elective herniorrhaphy. *Lancet* 1965;1:751-5.
6. Rutkow IM, Robbins AW. "Tension-free" inguinal herniorrhaphy: a preliminary report on the "mesh plug" technique. *Surgery* 1993;114:3-8.
7. Lichtenstein IL. Herniorrhaphy: a personal experience with 6231 cases. *Arch Surg* 1987;115:553-9.
8. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open "tension free" repair of inguinal hernias: the Lichtenstein technique. *Eur J Surg* 1996;162:447-53.
9. Rutkow IM, Robbins AW. "Tensión free" inguinal herniorrhaphy. A preliminary report on the "mesh plug" technique. *Surgery* 1993;114:3.
10. Rutkow IM. Cirugía de la hernia inguinal. *Clin Chir N Am* 1998;6:
11. Arroyo A, Pérez F, Oliver I, Costa D, Cansado M, et al. Papel de la herniorrafia en la cirugía herniaria inguinal del nuevo milenio. *Cir Esp* 2000;68:461-3.
12. Kark AE, Kurzer MN, Belsham PA. Three thousand one hundred seventy-five primary inguinal hernia repairs: advantages of ambulatory open mesh repair using local anesthesia. *J Am Coll Surg* 1998;4:447-55.
13. Amid PK, Celdran A, Seiz A, Huerga D. Anestesia local en la cirugía de la hernia inguinal. Técnicas, resultados y fundamentos. *Cir Esp* 1998;63:429-31.