

¿Debe ser la hernioplastia la técnica de elección en el tratamiento de la hernia umbilical del adulto?

A. Arroyo, D. Costa, A. Fernández, F. Pérez, P. Serrano, P. García, R. Carvajal, J. Rodríguez, F. Candela y R. Calpina
Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario de Elche. Alicante.

Resumen

Introducción. Los excelentes resultados de la utilización de materiales protésicos en la enfermedad herniaria de la región inguinal nos obligan a valorar su empleo en la hernia umbilical.

Material y métodos. Revisamos 213 hernioplastias umbilicales operadas en la Unidad de Cirugía sin Ingreso del Hospital de Elche entre junio de 1992 y enero de 1998. Fueron criterios de exclusión la obesidad mórbida, las hernias gigantes y los pacientes con criterios ASA IV. Como técnica quirúrgica se realizó al 100% de los pacientes una hernioplastia con *plug* si el anillo herniario era inferior a 3 cm, o con malla si era igual o superior a 3 cm. El seguimiento medio ha sido de 64 meses.

Resultados. Características de la población: edad media 57,1 años; 123 mujeres y 90 varones; 188 ASA I-II; anillo herniario superior a 3 cm en 70 pacientes, e inferior a 3 cm en 143. Técnica anestésica: local más sedación en el 91,5%. Complicaciones: 12 seromas (5,6%), 5 hematomas (2,3%), 3 infecciones de la herida (1,4%), 2 rechazos a la prótesis (0,95%) que provocaron una recidiva herniaria.

Conclusiones. La hernioplastia umbilical ofrece índices de morbilidad y mortalidad muy bajos y tasas de recidivas menores a las técnicas herniorrágicas clásicas, por lo que debe ser considerada como técnica de elección.

Palabras clave: Hernia umbilical. Hernioplastia. Herniorrafia. Recidiva.

(Cir Esp 2001; 70: 69-71)

Correspondencia: Dr. A. Arroyo Sebastián.
Avda. Óscar Esplá, 35, escalera 4, 6.^o D. 03007 Alicante.
Correo electrónico: arroyocir@latinmail.com

Aceptado para su publicación en mayo de 2001.

SHOULD HERNIOPLASTY BE THE GOLD STANDARD IN THE TREATMENT OF UMBILICAL HERNIA IN ADULTS?

Introduction. Because of the outstanding results of prosthetic repair in the treatment of inguinal hernia, we evaluated the use of this technique in umbilical hernia.

Material and methods. We reviewed 213 patients who underwent surgery for umbilical hernia at the Day Surgery Unit of the Hospital del Elche between June 1992 and January 1998. Exclusion criteria included morbid obesity, large umbilical defects and ASA IV status. A polypropylene plug was used in defects < 3 cm and polypropylene mesh was used in defects ≥ 3 cm. Mean follow-up was 64 months.

Results. Mean age was 57.1 years. There were 123 women and 90 men. One hundred eighty-eight patients were classified as ASA stage I-II. Hernia defect was < 3 cm in 143 patients and > 3 cm in 70. Local anesthesia plus sedation were used in 91.5% of the patients. Complications included 12 seromas (5.6%), 5 hematomas (2.3%) and 3 wound infections (1.4%). Two patients (0.5%) showed intolerance to prosthesis, causing recurrence.

Conclusions. Prosthetic umbilical repair produces very low morbidity and mortality. This technique produces fewer recurrences than the classical approach is used. Consequently, umbilical hernioplasty should be the technique of choice.

Key words: Umbilical hernia. Hernioplasty. Herniorrhaphy. Recurrence.

Introducción

La hernia umbilical constituye una enfermedad de alta prevalencia en la población adulta, que no ha sido tan estudiada y valorada en la bibliografía como otros defectos herniarios de la pared abdominal¹.

Los métodos clásicos de herniorrafia en la reparación de hernias de la línea media suelen acompañarse de altos índices de recidiva¹.

Por otro lado, el gran auge en la utilización de materiales protésicos en el tratamiento de las hernias inguinales, crurales e incisionales, con sus excelentes resultados en términos de disminución de las tasas de recidiva con bajos índices de morbilidad, nos animó a valorar su uso en la hernia umbilical.

Material y métodos

Revisamos 213 hernioplastias umbilicales operadas electivamente en la Unidad Cirugía sin Ingreso (UCSI) del Hospital General Universitario de Elche en el período comprendido entre junio de 1992 (fecha de apertura de la unidad) y enero de 1998. Fueron criterios de exclusión en la unidad la obesidad mórbida, las hernias gigantes (motivo quirúrgico) los pacientes con riesgo anestésico ASA IV (motivo anestésico).

Se han analizado los datos de filiación (edad y sexo), las enfermedades asociadas (ASA), las características herniarias (tamaño del anillo herniario y contenido del saco), los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, y las complicaciones a corto y largo plazo.

La intervención quirúrgica y la estancia postoperatoria inmediata se llevaron a cabo en la unidad; los pacientes fueron dados de alta el mismo día según criterios quirúrgicos y anestésicos (cirugía sin ingreso).

Como técnica quirúrgica se realizó sistemáticamente en todos los pacientes una hernioplastia con material de polipropileno, en forma de *plug* si el anillo herniario era inferior a 3 cm, o de malla si era igual o superior a 3 cm. Se realizó la fijación de la prótesis con puntos sueltos con sutura monofilamento polipropileno 2/0. La colocación de un drenaje redón opcional se utilizó a criterio del cirujano en pacientes con hernias de gran tamaño. Se realizó profilaxis antibiótica con 2 g de amoxicilina-clavulánico en todos los casos.

El seguimiento medio ha sido de 64 meses (rango: 21-80), con revisiones a la semana (unidad de hospitalización a domicilio), al mes, al año y en el momento actual de la revisión en nuestras consultas externas.

Resultados

Las características de la población estudiada fueron: edad media de presentación 57,1 años (rango: 14-79); 123 mujeres (57,8%) y 90 varones (42,2%); 188 pacientes (88,3%) con criterios ASA I-II y 25 pacientes (21,7%) ASA III (tabla 1).

Con respecto a las características de la hernia cabe destacar que 180 (84,5%) fueron primarias, siendo 33 (15,5%) recidivadas. El anillo herniario fue superior a 3 cm en 70 pacientes (32,9%) e inferior a 3 cm en 143 (67,1%) (tabla 1). En 113 pacientes (53%) encontramos epiplón en el interior del saco herniario, siendo necesario su resección en 33 de ellos. Sólo se encontró en 5 pacientes intestino delgado en el interior del saco herniario, no siendo necesario en ningún caso la resección intestinal.

La técnica anestésica empleada preferentemente consistió en anestesia local más sedación en 195 pacientes (91,5%), y anestesia general en el resto. No hubo complicaciones anestésicas importantes ni mortalidad operatoria. El tiempo quirúrgico medio fue de 38 min (rango: 25-75). El tiempo transcurrido desde la finalización de la intervención hasta el alta de la unidad tuvo una media de 171,55 min (rango: 105-300). Cinco pacientes (2,3%) requirieron ingreso hasta el día siguiente por motivos anestésicos.

Las complicaciones fueron las siguientes: 12 seromas (5,6%), 5 hematomas (2,3%), 3 infecciones de la herida (1,4%) y 2 rechazos de la prótesis (0,95%) que provocaron una recidiva herniaria. No encontramos reingresos,

TABLA 1. Características de la población y de la hernia

Edad media 79)	57,1 años (rango: 14- 79)
Sexo (V/M)	90 (42,2%)/123 (57,8%)
ASA I-II/ASA III	188 (88,3%)/ 25 (21,7%)
Hernia primaria/recidivada	180 (84,5%)/ 33 (15,5%)
Anillo herniario (> 3/< 3 cm)	70 (32,9%)/143 (67,1%)

TABLA 2. Complicaciones inmediatas y tardías

Complicaciones	N.º pacientes	Porcentaje total (%)
Seroma de la herida	12	5,6
Hematoma-sufusión s.c. de la herida	5	2,3
Infección de la herida	3	1,4
Rechazo de la prótesis	2	0,95
Recidiva	2	0,95
Mortalidad	0	0

s.c.: subcutánea.

complicaciones sistémicas ni mortalidad en el seguimiento postoperatorio (tabla 2).

Discusión

La hernia umbilical del adulto constituye una enfermedad relativamente frecuente en nuestro medio, que se caracteriza por ser un defecto adquirido en más del 90% de los casos, con predominio en la mujer obesa y multípara y en los cirróticos, siendo la edad más frecuente de aparición entre los 40 y los 60 años¹⁻⁴.

Su mayor importancia radica en que a pesar de ser una enfermedad banal, la bibliografía describe un alto índice de complicaciones. Esto es debido a que suelen ser hernias con sacos herniarios de mayores dimensiones que el anillo, con el consiguiente riesgo de incarceración y estrangulación. De esta manera, pasa a ser una enfermedad grave ya que constituye una situación de urgencia con una alta morbilidad asociada²⁻⁶. Por ello, la mayoría de autores recomiendan su tratamiento profiláctico, sobre todo en pacientes de alto riesgo (cirróticos, obesos, pacientes con EPOC, en tratamiento con diálisis peritoneal, etc.)^{1,5,7,8}.

Desde que Cheselden, en 1740, describió el primer método para la reparación de la hernia umbilical, múltiples técnicas quirúrgicas han sido realizadas con el objetivo de obtener resultados aceptables en las tasas de recidiva⁴.

Durante el último siglo, las herniorrafías con sutura simple⁸ y con técnica de Mayo⁹ (*vest over pants*) se han convertido en las técnicas más empleadas en la mayoría de los centros nacionales e internacionales como tratamiento de elección. Sin embargo, múltiples estudios retrospectivos de estas técnicas herniorrágicas han evidenciado índices de recidiva excesivamente altos (10-30%), con el consiguiente fracaso del objetivo propuesto^{1,4,10}.

Estos altos índices de recurrencia de las técnicas herniorrágicas, descritos también en la reparación herniaria

en otras localizaciones de la pared abdominal, han ido disminuyendo progresivamente hasta alcanzar un 1% con la introducción de materiales protésicos, convirtiéndose en el tratamiento de elección en las hernias de la región inguinocrural¹¹. Con el mismo fin, se ha propuesto también la idea de la hernioplastia como técnica de elección en la reparación de defectos aponeuróticos de la línea media, incluyendo la hernia umbilical.

Los estudios tanto nacionales como internacionales que han iniciado este camino demuestran unas claras ventajas de la hernioplastia con respecto a la herniorrafia¹²⁻¹⁴. Por un lado, destaca la tasa de recidiva cercana al 1%, como presentamos en nuestra serie de 213 pacientes, donde esta tasa superior se encuentra en el 0,95% con un seguimiento medio superior de 5 años; por otro lado, también destacan las tasas bajas de morbimortalidad asociada, similares a las técnicas herniorrágicas clásicas¹, como podemos observar en nuestra revisión. Por último, la hernioplastia reduce el dolor postoperatorio y produce una menor incapacidad física y laboral, con las ventajas que ello conlleva^{15,16}.

Con respecto al tipo de anestesia a emplear en este tipo de hernias, diversos estudios recomendaron como técnica de elección la anestesia local más sedación, ya que presenta la tasa más baja de complicaciones sistémicas, no asociándose con ello mayor índices de recidivas ni complicaciones locales¹⁵⁻¹⁷.

Como conclusión, creemos que la hernioplastia es actualmente la primera opción en el tratamiento de la hernia umbilical del adulto, a falta de estudios prospectivos y aleatorizados llevados a cabo en un número de pacientes suficiente para comparar ambas técnicas (herniorrafia frente a hernioplastia). Además, destacamos que estas técnicas protésicas son de posible aplicación en UCSI con anestesia local y sedación, con las consiguientes ventajas demostradas que esto proporciona desde el punto de vista socioeconómico^{18,19}.

Bibliografía

1. Hidalgo M, Higuero F, Álvarez-Caperochipi J, Machuca J, Laporte E, Figueroa J et al. Hernias de la pared abdominal. Estudio multicéntrico epidemiológico (1993-1994). *Cir Esp* 1996; 59: 309-405.
2. Morgan WW, White JJ, Stumbaugh S, Haller JA. Prophylactic umbilical hernia repair in childhood to prevent adult incarceration. *Surg Clin North Am* 1970; 50: 839-845.
3. Chapman CB, Snell AM, Rowntree L. Descompensated portal cirrhosis: report of one hundred and twelve cases. *N Engl J Med* 1931; 97: 237-244.
4. García Ureña MA, Rico Selas P, Seoane J, Marcello M, Moreno González E, Corral Sánchez MA et al. Hernia umbilical del adulto. Resultados a largo plazo en pacientes operados de urgencia. *Cir Esp* 1994; 56: 302-306.
5. Pescovitz MD. Umbilical hernia repair in patients with cirrhosis. *Ann Surg* 1984; 199: 325-327.
6. Miller RH. Umbilical hernia. *N Engl J Med* 1932; 206: 389-391.
7. Harmel RP. Umbilical hernia. En: Nyhus LM, Condon RE, editores. *Hernia* (3.ª ed). Filadelfia: JB Lippincott, 1989; 347-352.
8. Faris JM, Smith GK, Beattie AS. Umbilical hernia: an inquiry into the principle of imbrication and a note on the preservation of the umbilical dimple. *Am J Surg* 1959; 98: 236-242.
9. Mayo WJ. An operation for the radical cure of umbilical hernia. *Ann Surg* 1901; 34: 276-280.
10. Runyon BA, Juler GL. Natural history of repaired umbilical hernias in patients with and without ascites. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 38-39.
11. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension free hernioplasty. *Am J Surg* 1989; 157: 188-193.
12. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Tension-free repair of umbilical, epigastric, and incisional hernias. *Contemp Surg* 1994; 44: 177-180.
13. Celdrán A, Bazire P, García Ureña MA, Marijuán JL. H-hernioplasty: a tension-free repair for umbilical hernia. *Br J Surg* 1995; 82: 371-372.
14. Gutiérrez C, Márquez R, Domínguez-Adame E, Gil FJ, García FJ, Montes A et al. La hernia umbilical en el paciente cirrótico. *Cir Esp* 1999; 66: 526-528.
15. Tinkler LF. Inguinal hernia repair using local anesthesia. *Ann R Coll Surg Eng* 1985; 167: 268.
16. Britton BJ, Morris PJ. Local anesthetic hernia repair: an analysis of recurrence. *Surg Clin North Am* 1984; 64: 245.
17. Chang FC, Farha GJ. Inguinal herniorrhaphy under local anesthesia. *Arch Surg* 1977; 112: 1069-1071.
18. Marks SD, Greenlick MR. Ambulatory surgery in an HMO. A study of costs, quality of care and satisfaction. *Med Care* 1980; 18: 127-132.
19. Nilsson F, Anderberg B, Bragmark M. Hernia surgery in a defined population. Improvements possible in outcome and cost effectiveness. *Am Surg* 1993; 1: 150-153.