

Evidencias científicas en el tratamiento de la hernia inguinal

José Luis Porrero Carro y Carlos Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra^a

Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital de Cantoblanco-Gregorio Marañón. Madrid.

^aEspecialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Clínica Nuestra Señora de América. Madrid.

Resumen

La hernia inguinal es una de las afecciones que más frecuentemente sufre el ser humano. En los últimos años ha pasado de ser considerada un tema poco importante a ser uno de los procesos mejor estudiados y donde la excelencia del tratamiento se ha convertido en el objetivo final.

Hemos analizado la evolución histórica del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, desde la etapa anatómica a la protésica, llegando finalmente a la vía laparoscópica.

Las causas del cambio en el manejo de la hernia inguinal son factores profesionales, del paciente, tecnológicos y administrativos. Todos ellos, junto con la utilización de la medicina basada en la evidencia, pretenden encontrar la técnica quirúrgica ideal para el tratamiento del paciente y llegar a conseguir como fin último la excelencia del proceso terapéutico.

Palabras clave: Hernia inguinal. Técnica de Shouldice. Hernioplastia. Herniorragia.

SCIENTIFIC EVIDENCE IN THE TREATMENT OF INGUINAL HERNIA

Groin hernia is one of the most common medical processes suffered by the human body.

During the last few years, this entity has ceased to be considered a subject of little importance and has become one of the best studied processes in which treatment excellence is the final objective.

We analyzed the historical development of the surgical treatment of groin hernia from the anatomical period to the prosthetic and laparoscopic approach.

The causes for the change in the treatment of groin hernia are related to due to professional, patient, technological and administrative factors. All of these, together with the use of evidence-based medicine, aim to find the ideal surgical technique for the patient in order to achieve excellence.

Key words: Groin hernia. Shouldice technique. Hernioplasty. Herniorrhaphy.

Introducción

El conocimiento se modifica cada vez con mayor rapidez y la validez de las aseveraciones científicas está sometida a un continuo cambio. La hernia aparece durante el proceso evolutivo del ser humano, sabemos que tiene una alta incidencia en la población y representa un problema de salud por las importantes implicaciones sociales y laborales. Durante años ha sido una afección de escaso interés profesional, como lo demuestra el hecho de que en el Congreso Nacional de Cirugía de los años 1986 y 1988 el número de comunicaciones fueran escasas, muestra de la poca importancia que los cirujanos

españoles le concedían. Las causas del cambio han sido multifactoriales. En el momento actual nos encontramos ante uno de los procesos mejor estudiados y donde la excelencia se ha convertido en el objetivo final.

Evolución histórica

A continuación intentaremos sintetizar los hitos más importantes de la cirugía de la hernia y describir las corrientes de pensamiento, olvidándonos de los muchos cirujanos y anatómicos que han participado en las mismas. Podríamos describir dos grandes etapas: la anatómica y la protésica

Etapa anatómica

Sin restar importancia a muchos que lo han precedido así como a contemporáneos suyos, Bassini¹ es uno de los cirujanos más importantes de esta época (1844-

Correspondencia: Dr. J.L. Porrero Carro.
Finisterre, 30, 5.^o H. 28029 Madrid.
Correo electrónico: porrero@eurociber.es

Aceptado para su publicación en abril de 2002.

1924). Este profesor de la Universidad de Padua aplicó su técnica por primera vez en 1884 y en 1887 presentó sus experiencias en las Asociaciones Médicas de Génova y Pavía. Al año siguiente lo hizo en la Universidad de Nápoles, publicándose en sus Anales los resultados de 102 reparaciones en 92 enfermos. Sin embargo, su técnica no se divulgó y fue un discípulo suyo, Attilio Caterina², quien en 1932, con la publicación e inmediata traducción al inglés del libro titulado *La operación de Bassini*, dio a conocer la técnica original en Norteamérica. La gran contribución de Bassini no fue sólo describir una técnica, sino que sentó las bases de lo que toda reparación anatómica debía tener si quería conseguir unos buenos resultados. Si uno analiza las técnicas de reparación anatómica que han persistido a lo largo de los años por sus buenos resultados, todas ellas tienen en común una serie de gestos quirúrgicos como la apertura de la *fascia transvesicalis*, lo que permitirá la identificación y disección del arco aponeurótico del transverso del abdomen, estructura anatómica clave en cualquier tipo de reparación anatómica (Bassini, Marcy, Lotheissen-McVay, Shouldice). Además, todas las técnicas comparten el arco aponeurótico del transverso del abdomen como elemento anatómico clave en la reparación. Las reparaciones anatómicas monopolizaron los primeros 50 años del siglo pasado y muchas de ellas continúan en vigor en el momento actual.

Etapa protésica

El uso de materiales protésicos data de principios del siglo pasado, cuando los cirujanos comenzaron a utilizar mallas de plata, tantalio o acero. Todas ellas eran muy rígidas y estaban gravadas con una alta morbilidad e incluso mortalidad, motivo por el cual se dejó de utilizarlas.

Fue a raíz de los trabajos de Usher y Wallace^{3,4} en 1958 y 1959, en los cuales publican sus resultados en el tratamiento de las hernias inguinales utilizando una malla de polipropileno con excelentes resultados, cuando dichos materiales protésicos comienzan a ser utilizados en todo el mundo. Lichtenstein⁵ popularizó las técnicas de reparación con malla y comienza a hablar de "técnicas de reparación sin tensión" o "hernioplastia sin tensión". Esta corriente de pensamiento defiende que la colocación de una malla permite conseguir una reparación libre de tensión, lo que permite mejorar los índices de recidiva; además, estas técnicas logran mejorar una serie de aspectos poco evaluados, como un menor dolor postoperatorio y una más rápida recuperación a actividades sociales y laborales. Así pues, se comienza a introducir otros indicadores de calidad que marcan el camino por intentar conseguir la excelencia en esta patología.

Fue tan fuerte esta corriente de pensamiento que la utilización de materiales protésicos, gracias a su gran biocompatibilidad y escasa morbilidad, ha llegado a convertirse en el tratamiento de elección para muchos cirujanos en todo el mundo. La sencillez de las técnicas de hernioplastia, la reproducibilidad y los buenos resultados en términos globales representan claras ventajas para su uso.

Las causas del cambio

Las causas que durante los últimos años han motivado el cambio por mejorar los resultados son multifactoriales⁶:

1. *Profesionales*. El cirujano ha dejado de considerar las hernias como una cirugía fácil y al alcance de cualquiera. Ha entendido la importancia que tiene la realización correcta de las técnicas, ya que la recidiva representa un problema de solución más compleja, con mayores morbilidad y coste.

2. *Paciente*. Vivimos en una sociedad cada vez más culta e informada, donde se puede disponer instantáneamente de diferentes opiniones y opciones de tratamiento. Esto hace que el paciente demande, cada vez con mayor frecuencia, unos resultados razonables.

3. *Tecnológicas*. Ya hemos comentado el avance que ha supuesto la mejora de los biomateriales; también los avances en el campo de la anestesiología y la disponibilidad de analgésicos cada vez más eficaces permiten una mejor recuperación de los pacientes.

4. *Administración*. Existe un gran interés por la optimización de los recursos sanitarios intentando conseguir la máxima efectividad al menor coste (eficiencia).

Evidencias en el tratamiento de la hernia

Continuamos teniendo dificultades para saber cuál o cuáles son los mejores métodos de reparación de las hernias inguinales. El profesional actual debe saber obtener aquellas evidencias que considere mejores para, en función de dicha información, tomar las decisiones más relevantes para el tratamiento de sus pacientes.

La medicina basada en la evidencia (MBE)⁷ es un proceso en el que se integra la pericia clínica con la mejor evidencia y expectativas del paciente. El fin último de la ciencia médica es la búsqueda de la excelencia. Este concepto, que ha variado a lo largo de los años, engloba los principios de beneficencia, autonomía y gestión justa y equitativa de los recursos. Nuestras decisiones deben basarse en una práctica que integre la clínica, la evidencia y el paciente. Dependiendo del tipo de pregunta que formulemos, los estudios a realizar serán de un tipo o de otro y, por tanto, en este mismo sentido deberán ir las búsquedas. Si la pregunta es sobre tratamiento, los mejores estudios son los prospectivos aleatorizados y los metaanálisis.

¿Existen evidencias para poder responder a las siguientes preguntas?

¿Cuál es la mejor técnica de reparación anatómica?

En el trabajo de Simons et al⁸ se realiza una revisión sistemática de trabajos controlados y metaanálisis. El estudio selecciona los 6 mejores trabajos utilizando unos parámetros de calidad. Todos los trabajos comparan con la herniorrafia de Shouldice otras técnicas de reparación anatómica (Bassini, Bassini-Kirschner, McVay). La conclusión del metaanálisis es que la herniorrafia de Shouldice debe ser considerada la mejor técnica de reparación

anatómica al conseguir una tasa de recidivas inferior a los otros métodos con significación estadística.

¿Las técnicas que utilizan malla son superiores a aquellas que no la utilizan?

El grupo europeo Hernia Trialist Collaboration⁹ seleccionó 15 trabajos de la bibliografía. En ellos se incluye a un total de 4.005 pacientes en los que se compara técnicas protésicas y técnicas de reparación anatómica. En estos trabajos: a) la técnica de reparación protésica más utilizada fue la hernioplastia de Lichtenstein, y la técnica de reparación anatómica más realizada fue la herniorrafia de Shouldice; b) el método de aleatorización sólo se especificaba en 4 trabajos, y c) existía una gran variación en el número de pacientes incluidos (64-672). El análisis de los resultados ponía de manifiesto que: a) la duración de la cirugía fue más corta para la hernioplastia en 6 trabajos, más larga en tres y no se especificaba en 6; b) el porcentaje de recidiva tiende a ser menor en los pacientes a quienes se pone malla, si bien este punto debe ser considerado con prudencia por la gran variación en los porcentajes de recidiva en los diferentes trabajos, así como por la variación en el seguimiento (6 días-5 años), y c) el retorno a la actividad social y laboral, a pesar de las dificultades de medición de estas dos variables, fue en general más rápido en las técnicas con malla.

¿Cuál es la mejor técnica de hernioplastia?

El trabajo de Kingsnorth et al¹⁰ es un estudio prospectivo, aleatorizado y a doble ciego, que compara las dos técnicas de hernioplastia más utilizadas: la técnica de Lichtenstein y la de Rutkow-Robbins. Este estudio obtiene los siguientes resultados: a) la duración de la cirugía es menor en la técnica de Rutkow-Robbins que en la de Lichtenstein (5 min menos); b) el dolor postoperatorio es menor durante los 8 primeros días utilizando una escala visual analógica en la técnica de Rutkow-Robbins, si bien no existen diferencias en el consumo de analgésicos; c) el retorno a las actividades sociales y laborales es similar en ambos grupos; d) la malla utilizada en la técnica de Rutkow-Robbins es más cara, y e) las series con la técnica de Lichtenstein son más amplias en todo el mundo y su seguimiento es a más largo plazo que las series con la técnica de Rutkow-Robbins. La conclusión final sería que, hasta que se disponga de series más amplias y con un seguimiento a más largo plazo, la hernioplastia de Lichtenstein debería ser considerada el patrón de las hernioplastias.

¿Las técnicas abiertas son mejores que las laparoscópicas?

El trabajo del profesor Grant¹¹ analizó un total de 34 estudios seleccionados para un total de 6.804 pacientes. Las conclusiones a las que se llegó fueron: a) la duración de la cirugía laparoscópica fue mayor en 28 trabajos con significación estadística ($p < 0,001$); b) las complicaciones graves se produjeron con mayor frecuencia en el gru-

po de cirugía laparoscópica (el 4,7 frente al 1%); c) la recidiva analizada globalmente fue de 65 recidivas (2.845 pacientes) en el grupo de cirugía laparoscópica (2,3%) frente a 93 (3.197 pacientes) en el grupo cirugía abierta (2,9%); cuando se analizaba el grupo laparoscópico frente al grupo abierto en que se utilizaba malla para la reparación, el porcentaje de recidiva era mayor en cirugía laparoscópica, aunque sin significación estadística; d) el dolor postoperatorio era menor con cirugía laparoscópica, aunque sin significación estadística; e) el retorno a la actividad física y laboral era más rápido en el grupo laparoscópico, y f) el dolor crónico era más frecuente en el grupo laparoscópico, aunque no se puede sacar conclusiones definitivas, ya que sólo se valoró en tres trabajos.

¿La cirugía laparoscópica es más coste-efectiva que la cirugía abierta?

En un estudio multicéntrico¹² sobre un total de 26 hospitales en el Reino Unido e Irlanda, se aleatorizó a un total de 928 pacientes. Los datos de costes se combinaron con el análisis de los QALY (quality-adjusted life years) utilizando para ello un cuestionario con 5 escalas. Los resultados demostraron un mayor coste para la reparación laparoscópica, especialmente en función de un mayor tiempo quirúrgico, equipo y material desechable, si bien la ganancia en QALY permite concluir que existen situaciones especiales en las que la reparación laparoscópica puede ser una alternativa válida.

Bibliografía

1. Bassini E. Sulla cura radicale dell'èrnia inguinale. Arch Soc Ital Chir 1887;4:380-6.
2. Catterina A. L'operazione di Bassini per la cura radicale dell'èrnia inguinale. Bologna: L. Capelli, 1932.
3. Usher FC, Wallace SA. Tissue reaction to plastic. Arch Surg 1958;76:997-9.
4. Usher FC, Hill J, Ochsner J. Hernia repair with Marlex mesh. Surgery 1959;46:718-22.
5. Lichtenstein IL, Shullman AG, Amid AK, Montlor M. The tension free hernioplasty. Am J Sur 1989;157:188-93.
6. Porrero JL. El cambio de la cirugía de la hernia en la última década. En: Celdran A, De la Pinta JC, editores. Fundamentos de la hernioplastia sin tensión. Madrid: Fundación Jiménez Díaz, 1999; p. 9-11.
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what is it not. BMJ 1996;312:71-2.
8. Simons MP, Kleijnen J, Van Geldere D, Hoitsma HFW, Obertop H. Role of the Shouldice technique in inguinal hernia repair: a systematic review of controlled trials and meta-analysis. Br J Surg 1996; 83:734-8.
9. E.U. Hernia Trialist Collaboration. Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. Br J Surg 2000;87:854-9.
10. Kingsnorth AN, Porter ChS, Bennett DH, Walker AJ, Hyland ME, Sodergren S. Lichtenstein patch or Perfix plug and patch in inguinal hernia: a prospective double-blind randomized controlled trial of short-term outcome. Surgery 2000;127:276-83.
11. E.U. Hernia Trialist Collaboration. Laparoscopic compared with open methods of groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. Br J Surg 2000;87:860-7.
12. Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre randomized clinical trial. Br J Surg 2001;88:653-61.