

Concepción Fernández-Roldán^a y Jesús Damián Turiño-Luque^{b,*}

^a Microbiología y Parasitología Clínica. Especialista en Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Microbiología y Parasitología Clínica. Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

Respuesta a «Profilaxis antibiótica en la cirugía de la hernia inguinal»



Reply to «Antibiotic prophylaxis in inguinal hernia surgery»

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios de los autores sobre la profilaxis antibiótica en la cirugía de la hernia inguinal¹ en relación con las recomendaciones que se realizan en el Resumen Ejecutivo del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) en profilaxis antibiótica en cirugía publicado en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* (EIMC)², pues la discusión de estos aspectos controvertidos enriquece los conocimientos.

Es cierto que la generalización del uso de la profilaxis en la cirugía abierta de la hernia inguinal puede conllevar a un exceso de uso de antibióticos, y de ahí que la profilaxis antibiótica haya que individualizarla, dependiendo del riesgo de cada paciente, como se comenta en la introducción del documento de consenso².

En la versión online completa del documento (doi:10.1016/j.eimc.2020.02.017)² argumentamos de la siguiente forma el uso de profilaxis en la cirugía herniaria: «Existe controversia acerca de la profilaxis en cirugía herniaria por los resultados contradictorios de diversos metaanálisis. Desde 2007, diversos metaanálisis hallan un efecto protector de la profilaxis en hernioplastia abierta. En 2016, otro metaanálisis desaconseja la profilaxis rutinaria, pero la encuentra indicada si existen factores de riesgo como recidiva, edad avanzada, inmunosupresión, drenajes o se prevé un tiempo quirúrgico prolongado. Un metaanálisis de 2017 muestra la superioridad de cefazolina y betalactámicos/inhibidores de la betalactamasa sobre placebo con una sola dosis preoperatoria, pero no con cefuroxima y fluorquinolonas, sin diferencias entre cada uno de los antimicrobianos utilizados. En cuanto a la vía laparoscópica, varios estudios han obtenido tasas significativamente más bajas de infección de localización quirúrgica (ILQ). En hernia incisional o eventración, hay también una tasa más baja por vía laparoscópica. La Asociación Europea de Cirugía Endoscópica (EAES) considera que no existe evidencia para apoyar el uso rutinario de profilaxis en hernioplastia laparoscópica y la European Hernia Society (EHS) considera que en este caso el NNT tiende a infinito. A partir de la evidencia disponible y ante la dificultad de predecir alguno de los factores de riesgo en el período preoperatorio, se recomienda la profilaxis en herniorrafia y hernioplastia inguinal abierta y en el resto de las hernioplastias abdominales (por inferencia a partir de la evidencia en hernia inguinal)».

Todos estamos de acuerdo en que, en una cirugía limpia, programada, en un paciente joven sin factores de riesgo, donde se espera una duración de la cirugía de 20 minutos, no se requeriría profilaxis antibiótica. Es cierto que, en la visita preoperatoria, se pueden detectar algunos factores de riesgo (hernia bilateral o recurrente, edad avanzada, diabetes y obesidad), y aunque no se puede prever el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusdtl@yahoo.es (J.D. Turiño-Luque).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.03.007>

0213-005X/ © 2021 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

tiempo quirúrgico, se puede estimar con base en esos factores. Además, debe tenerse en cuenta el impacto de la infección en presencia de una prótesis, solo por eso estaría indicada, sobre todo en presencia de factores de riesgo ante la posibilidad de tener que retirarla.

En el metaanálisis de Erdas et al. al que hacen referencia los autores³ se desaconseja el uso de profilaxis porque solo hay una disminución de la incidencia de infecciones superficiales y no profundas. Excluyeron los estudios en los que se realizaba cirugía laparoscópica, herniorrafia sin colocación de prótesis, cirugía de urgencia y niños. Además, excluyeron dos estudios «outliner» que favorecían el uso de la profilaxis; uno porque incluían a una población más anciana, con diabetes, y la cirugía la hacían mayoritariamente residentes⁴ y otro porque las intervenciones la realizaban los residentes (100%), dejaban con frecuencia drenajes (22,3%) y el tiempo quirúrgico medio fue más prolongado (63 min)⁵.

Los trabajos de Morales et al.⁶ y Oteiza et al.⁷, con algunas limitaciones metodológicas, incluyen a una población joven, con una media de edad de 54,4 y 57,1 años, respectivamente, con un tiempo de cirugía media de 34 y 40 min, con un *American Society of Anesthesiologists* (ASA) I-II en la mayoría de los casos, sin hacer referencia a otros factores de riesgo ni a la obesidad. Las intervenciones se realizan por cirujanos experimentados, se excluyen el uso de drenajes, y de hernias recidivadas (solo 7% en Morales et al.) y bilaterales.

Un registro prospectivo efectuado en Alemania, Austria y Suiza entre el 2009 al 2014, que incluía 85.033 procedimientos (56,7% laparoscópicos), en los que se administró profilaxis antibiótica en el 71,54%, encontró en el subgrupo de pacientes de cirugía abierta, que la ILQ se asociaba de forma independiente a no recibir profilaxis antibiótica quirúrgica, al índice ASA (a mayor índice mayor riesgo) y al tamaño del saco herniario⁸.

Por tanto, con los datos actuales no se puede dejar de recomendar la profilaxis antibiótica en la cirugía abierta con implantación de malla, sobre todo en presencia de factores de riesgo. Evidentemente, aquellos centros con buena adherencia a las medidas preventivas (no rasurado, asepsia de la piel con clorhexidina, etc.) donde en sus programas de vigilancia de infección quirúrgica la incidencia de infecciones sea muy baja podrían prescindir de la misma.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fernández-Roldán C, Turiño-Luque JD. Profilaxis antibiótica en la cirugía de la hernia inguinal. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2021; <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2021.03.007>.
2. Del Toro-López MD, Arias-Díaz J, Balibrea JM, Benito N, Canut-Blasco A, Esteve E, et al. Executive summary of the Consensus Document of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC) and of the Spanish Asso-

- ciation of Surgeons (AEC) in antibiotic prophylaxis in surgery. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2021;39:29–40.
3. Erdas E, Medas F, Pisano G, Nicolosi A, Calò PG. Antibiotic prophylaxis for open mesh repair of groin hernia: systematic review and meta-analysis. *Hernia*. 2016;20:765–76.
 4. Mazaki T, Mado K, Masuda H, Shiono M, Tochikura N, Kaburagi M. A randomized trial of antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infection after open mesh-plug hernia repair. *Am J Surg*. 2014;207:476–84.
 5. Yerdel MA, Akin EB, Dolalan S, Turkcappar AG, Pehlivan M, Gecim IE, et al. Effect of single-dose prophylactic ampicillin and sulbactam on wound infection after tension-free inguinal hernia repair with polypropylene mesh: the randomized, double-blind, prospective trial. *Ann Surg*. 2001;233:26–33.
 6. Morales R, Carmona A, Pagán A, García Menéndez C, Bravo R, Hernández MJ, et al. Utilidad de la profilaxis antibiótica en la reducción de la infección de herida en la reparación de la hernia inguinal o crural mediante malla de polipropileno. *Cir Esp*. 2000;67:51–9.
 7. Oteiza F, Ciga MA, Ortiz H. Profilaxis antibiótica en la hernioplastia inguinal. *Cir Esp*. 2004;75:69–71.
 8. Köckerling F, Bittner R, Jacob D, Schug-Pass C, Laurenz C, Adolf D, et al. Do we need antibiotic prophylaxis in endoscopic inguinal hernia repair? Results of the Herniamed Registry. *Surg Endosc*. 2015;29:3741–9.

María Dolores del Toro-López^{a,*} y Josep María Badía-Pérez^b

^a Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología Clínica y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen Macarena, Departamento de Medicina, Universidad de Sevilla, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Sevilla, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital General de Granollers, Universitat Internacional de Catalunya, Catalunya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdeltoro@us.es (M.D. del Toro-López).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.04.002>

0213-005X/ © 2021 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.