

¿Esta indicado en algún caso una técnica de herniorrafia anatómica (no prótesis) en el tratamiento de la hernia inguinal primaria en la actualidad?

Barreiro Morandéira, F.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela

Las hernias son probablemente las operaciones que más frecuentemente realiza un cirujano general a lo largo de su vida, y es, sin duda, durante la realización de una herniorrafia, en donde se valoran las habilidades técnicas del cirujano de una forma más eficiente. La actividad científica de las hernias está de máxima actualidad, como lo demuestra la presencia continua de “foros” en la inmensa mayoría de los Congresos Nacionales o Internacionales de Cirugía General, la existencia de secciones de hernia-pared en las asociaciones profesionales de Cirujanos y las publicaciones periódicas de revistas especializadas; como ejemplo válido, la prestigiosa publicación *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* presentó repetidamente durante los años 1.971, 1.982, 1.993 y 2003 volúmenes monográficos sobre la Cirugía de las Hernias.

Toda esta difusión de conocimientos sobre la cirugía de las Hernias ha colaborado a que los índices de recidiva en las hernias inguinales han pasado en estos años de más de un 10% a unos índices tolerables de alrededor del 3%. Sin duda, además de la difusión, han contribuido a este progreso la presencia de materiales protésicos, nuevas suturas, pegamentos y nuevas formas de abordaje como las vías posteriores o la cirugía laparoscópica.

En la hernia inguinal reparada sin malla con las técnicas clásicas de reparación por vía anterior la recidiva estaba entre el 17 a 11%, de ahí que apareciesen los grupos de cirujanos expertos en la reparación herniaria sin tensión como la Clínica Shouldice, rebajando dicha recidiva alrededor del 2%. La técnica de Lichtenstein (1.986)

con la colocación de una prótesis de polipropeno por vía anterior en la hernia inguinal se convirtió a partir de los años 90 en la “regla de oro” de la reparación herniaria, por la bajada de la recidiva y por ser una técnica quirúrgica de fácil

realización por todos los cirujanos generales no necesitándose expertos en esta cirugía y con una curva de aprendizaje corta; sigue siendo actualmente la técnica más frecuentemente realizada y con mejores resultados.

En un estudio Holandés del año 2006, en hospitales de diversos países europeos encontró que el 75% de las hernias inguinales se operaban con colocación de una malla por vía anterior, un 10% por cirugía laparoscópica, un 5% por vía posterior abierta y todavía un 10% por técnicas convencionales sin colocación de prótesis.

Es necesario estandarizar el tratamiento de la hernia inguinal, porque la mayoría de los cirujanos que no se dedican a la cirugía de la hernia inguinal necesitan una Guía y las recomendaciones son que la técnica sea fácil, de realizar, segura, disminuya la recidiva, el dolor y la iatrogenia de la intervención.

La Guía Europea de reparación de la cirugía de la hernia inguinal recomienda las pautas de actuación basada en las siguientes recomendaciones: factores del paciente, tipo de hernia y niveles del cirujano. Tabla 1.

Nivel A: Todos los pacientes hombres (> 18 años) con una hernia inguinal sintomática deben ser operados con la colocación de una prótesis.

Si no se coloca una malla debe realizarse una Técnica de Shouldice.

La técnica de Lichtstein y la herniorrafia por vía laparoscópica son recomendadas y son la mejor opción de medicina basada en la evidencia para la reparación de la hernia inguinal primaria, la laparoscopia por cirujanos con suficiente experiencia.

Nivel D: Las hernias inguino-escrotales y las irreductibles o pacientes con ASAIII la técnica de Lichtenstein es la preferida.

Las hernias recidivadas operadas por vía anterior deben ser resueltas con una malla por vía posterior o por laparoscopia.

Aunque la evidencia es escasa en algunas hernias inguinales en mujeres y en hombres menores de 18 años puede hacerse la herniorrafia sin malla.

Estoy completamente de acuerdo con el postulado de M P Simons y las recomendaciones de la Guía Europea de la

Correspondencia: Dr. Francisco Barreiro Morandéira.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela
francisco.barreiro@usc.es.

Tabla 1**Factores que influyen en las posibilidades de uso de una técnica estándar en la reparación de una hernia inguinal.**

<i>Pacientes</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Sexo – Obesidad – ASA – Cirugía abdominal previa – Patologías asociadas – Anestesia
<i>Tipo de hernia</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Indirecta – Directa – Mixta – Reproducida – Crural o femoral
<i>Cirujanos</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Cirujano especialista en un centro de hernia – Cirujano general – Cirujano laparoscopista – Residente

Hernia, en algunos casos la colocación de malla puede no ser necesaria, en hernia inguinal en mujeres, en hombres jóvenes menores de 18 años y en deportistas. En las mujeres, en determinadas hernias, el cierre puede hacerse completamente seguro con una sutura sin tensión continua de ida y vuelta semejante a la técnica de Shouldice con Prolene 00 y en hombres menores de 18 por la presencia permanente de una malla en pacientes tan jóvenes a lo largo de muchos años. En pacientes jóvenes y deportistas tampoco está indicado siempre el uso de una malla y su iniciación al entrenamiento es alrededor de las 2-3 semanas con la misma garantía que la malla y la reparación por cirugía laparoscópica. Existen grupos en nuestro país que recomiendan el uso universal de la malla en todas las reparaciones de las Hernias inguinales tanto en hombres como en mujeres

MP Simons. In support of a standard technique for inguinal hernia repair. Cap 62. Hernia repard sequelae. V. Shumpelick; R J Fitzgibbons. Springer 2010.

Para finalizar quiero recordar las recomendaciones y los criterios de los cirujanos clásicos, que deben estar siempre presentes en el arte de la reparación de una hernia inguinal y que siguen estando vigentes actualmente. Sir Ashley Cooper (1804) en su monografía de anatomía y tratamiento quirúrgico de la hernia escribe: El tratamiento de la hernia requiere un gran conocimiento anatómico y una técnica quirúrgica exquisita. Posteriormente George Wantz (1889) indica: El buen resultado de la cirugía de la hernia depende más de la habilidad y experiencia del cirujano que del tipo de reparación. En 2006 Gilbert y colaboradores asevera que uso de la colocación de una prótesis en la reparación de un defecto herniario no debe suplantar nunca el conocimiento anatómico de las capas y planos de la pared inguinal.

Bibliografía

1. Gilbert AI, Graham MF, Young J, et al (2006) Closer to ideal solution for inguinal hernia repair: comparison between general surgeons and hernia specialists. *Hernia* 10 20:162-168.
2. Neumayer L Globbier –Hurder A, Jonasson O, et al (2004). Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 350. 18: 1819-1827.
3. O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, et al (2006) Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. *Ann Surg* 244: 167.173.
4. Shumpelick V, Fitzgibbons R. (2010). *Hernia repair sequelae*. ISBN 979-3-642-04552-3. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
5. Barreiro F.(2006) *Atlas de Cirugía. Hernias de la pared abdominal*.ISBN 84-934935-4-6. B.Braun. E. Permanyer