

Eficacia del acceso posterior para herniorrafia inguinal y crural

[Effectiveness of posterior approach surgical technique for inguinal and femoral hernia repairs]

Dres.: Félix Urcia¹; Adalberto Moreno¹

Policlínico "Florencia de Mora" – IPSS. Trujillo–PERÚ.

RESUMEN

Se revisaron las historias clínicas de 60 pacientes con herniorrafia inguinal y/o crural desde 1993 a 1995; luego se entrevistó y examinó, a cada uno de los pacientes para estimar la eficacia del acceso posterior a través de sus recidivas y conocer los indicadores promedio y porcentuales asociados a este acceso. Se encontró: 3% de recidivas, tiempo operatorio de 66.2 ± 20.5 minutos, retorno a las actividades normales de 10.4 ± 8.5 días, hospitalización de 21.7 ± 14.2 horas y 8.5% de pacientes con complicaciones postoperatorias. No se registró complicaciones intraoperatorias.

Teniendo en cuenta la definición de eficacia, para el presente trabajo, se concluye que el acceso posterior es eficaz para herniorrafias inguinal y/o crural, con ventajas sobre el acceso anterior y la técnica laparoscópica.

Palabras claves: HERNIA FEMORAL, cirug.
HERNIA FEMORAL, compl.

SUMMARY

Sixty clinical records of patients who underwent surgical operation for inguinal and femoral hernia repair, performed from 1993 to 1995, were revised. These patients were interviewed and examined in order to assess treatment effectiveness of posterior approach surgical technique by means of hernia relapse rate and to determination associated mean and percentage values.

A 3% relapse rate was found. Operative time was 66.2 ± 20.5 minutes. Return time to previous patient normal activities was 10.4 ± 8.5 days. Hospital stay was 21.7 ± 14.2 hours. Also 8.5% post operative complication rate was observed. No intraoperative complications were reported.

Bearing in mind the efficacy rate assumed for this investigation, it was concluded that posterior approach technique was highly effective for both inguinal and femoral hernia repair, with advantages over anterior approach and laparoscopic techniques.

Key words: HERNIA FEMORAL, surg.
HERNIA FEMORAL, compl.

Introducción

Tomás Anandale en 1876, describió por primera vez la reparación de las hernias inguinales por acceso posterior¹. Robert E. Condon en 1960, aclaró la función de la cintilla iliopectínea y su relación con la formación de todas las hernias directas, indirectas y crurales². Actualmente con la técnica laparoscópica el interés por este acceso se ha incrementado³⁻⁷.

Se acepta que la capa más importante en la formación de las hernias es el músculo transverso del abdomen y sus cubiertas aponeuróticas⁸, ya que sus deficiencias tisulares predisponen a que se debilite el piso de la pared inguinal y ocurra la hernia directa^{9,10}, por lo que la finalidad de cualquier reparación de hernia, debe ser la normalización de la capa constituida por el músculo transverso del abdomen⁸.

Las hernias indirectas son congénitas y comprometen el anillo inguinal interno. Normalmente al contraerse el músculo transverso, atrae el cabestrillo de la fascia transversalis y cierra el anillo alrededor de los tejidos del cordón, lo cual debe tenerse en cuenta para su reparación¹¹.

(1) Médicos Asistentes del Servicio de Cirugía.

Las hernias crurales ocurren como reacción a las presiones intra-abdominales y su reparación se ve facilitada por el acceso posterior^{7,11}.

El acceso posterior no se ha usado con frecuencia, debido a que muchos cirujanos encontraron dificultades para aplicar sus principios¹¹. Sin embargo la herniorrafia se ve facilitada por esta vía ya que permite la visualización del defecto, las estructuras a reparar y los vasos femorales^{2,11,12}.

A pesar de la evolución de la herniorrafia inguinal, los resultados más comunes suelen ir acompañados de un período de incapacidad y los cirujanos recomiendan reposo hasta uno o dos meses después de la intervención¹³.

En general se informa sobre cifras de recidivas en las herniorrafias inguinales primarias entre 10% al 15%^{11,14}. Para el acceso posterior dichas cifras son menores al 3%, sin utilizar incisiones de descarga ni material protésico de refuerzo^{8,11}. Las complicaciones intra y postoperatorias son menores por acceso posterior⁸.

Siendo el acceso posterior una técnica poco practicada y sin estudios publicados en nuestro medio, deseamos saber: ¿Es eficaz el acceso posterior en la reparación de hernias inguinales y crurales?

Material y Métodos

El presente estudio se realizó en el Policlínico, IPSS, "Florencia de Mora", Trujillo, desde el 01 de septiembre hasta el 30 de diciembre de 1996.

Se incluyó a 60 pacientes, 44 del sexo masculino y 16 del sexo femenino, con diagnóstico de hernia inguinal y/o crural uni o bilateral primaria, sometidos solamente a herniorrafia por acceso posterior, desde enero de 1993 hasta diciembre de 1995, considerando los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con una edad mayor a 14 años;

- Pacientes mujeres que no se encontraran en estado de gravidez;
- Pacientes cuyas historias clínicas tuvieran información completa;
- Pacientes que fueron ubicados en el período de realización del estudio;
- Pacientes que aceptaron ser admitidos en el estudio, posibilitando la entrevista y el examen médico correspondiente.

En todos los casos se revisó la historia clínica; posteriormente se acudió al domicilio de cada paciente para informarles los objetivos del estudio, luego se les entrevistó y examinó a cada paciente, captándose al 100% del universo muestral.

La recolección de datos se realizó en un formulario, Anexo N° 1, el cual está dividido en cuatro secciones: la primera para los datos de filiación; la segunda para anotar los resultados intraoperatorios; la tercera para el postoperatorio; y la cuarta, para el seguimiento.

Los datos de la primera, segunda y tercera sección se obtuvieron de la historia clínica, corroborándose la tercera con la entrevista al paciente, y la cuarta con la entrevista y examen de cada paciente.

Los resultados obtenidos se procesaron y analizaron con la asesoría de un estadígrafo de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad Nacional de Trujillo. Los datos se tabularon de manera manual y los resultados se presentan en tablas estadísticas entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos previstos. Se consideró, para el análisis de los resultados, la prueba t de Student, Chi² y F de análisis de varianza, con una $p < 0.05$ como diferencia significativa.

La edad promedio de los pacientes de ambas series fue de 49.1 años (± 16.3 DE), con un peso promedio de 65.2 kg (± 7.5 DE).

58 pacientes tenían hernias unilaterales (96,7%) y sólo 2 (3,3%) presentaron hernias bilaterales. La ma-

yoría de las hernias unilaterales eran indirectas (66,7%), le seguían en frecuencia las hernias directas (23,3%) y las crurales (6,7%).

La finalidad de este estudio fue estimar la eficacia del acceso posterior de la herniorrafia a través de sus recidivas, así como conocer los indicadores promedio y porcentuales, asociados a dicha acción quirúrgica, tales como: tiempo operatorio, días de hospitalización, tiempo de retorno a sus actividades normales y complicaciones intra y post operatorias.

Eficacia.— Para el presente trabajo se consideró eficaz si las recidivas son menores o iguales al 3% para las hernias indirectas, 6% para las directas y 1% para las crurales^{8,11}.

Resultados

En la Tabla 1, se muestran la frecuencia de recidivas y otras complicaciones que se presentaron en nuestra casuística.

En los casos estudiados no se presentaron complicaciones intraoperatorias.

En la Tabla 2, se resume los tiempos operatorios, horas de hospitalización, tiempo de retorno a actividades normales y días de dolor post operatorio.

Discusión

- Se encontró 3% de recidivas y estas correspondieron a las indirectas, las que se encuentran en el porcentaje referido por los centros especializados para este tipo de hernias^{8,11}. Esta cifra es inferior a las señaladas para las técnicas que utilizan el acceso anterior, que superan el 10%, o están alrededor de esta cifra¹⁷, incluyendo las de nuestro medio, que corresponde al 8,12%¹⁸, en herniorrafias inguinales primarias con seguimiento de seis meses a 12 años, en centros no especializados

Tabla 1
HERNIORRAFIA DE ACCESO POSTERIOR SEGÚN PRESENCIA DE RECIDIVA Y OTRAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

Tipo	Presencia de Complicaciones	Nº	%
Recidivas:	Sin	58	97,0
	Con	2	3,0
Otras complicaciones:	Sin	55	91,5
	Con	5	8,5
	Hematoma pequeño	1	1,7
	Edema Escrotal	1	1,7
	Neuralgia	1	1,7
	Anestesia	1	1,7
	Hipoestesia	1	1,7
TOTAL		60	

FUENTE: Policlínico "Florencia de Mora". IPSS, Trujillo, 1993-1995.

Tabla 2
TIEMPOS PROMEDIO ASOCIADOS AL ACCESO POSTERIOR PARA HERNIORRAFIA DE 60 PACIENTES

INDICADOR	x ± DE
Tiempo operatorio (minutos)	66.2 ± 20.5
Horas de hospitalización	21.7 ± 14.2
Días para retorno a actividades normales	10.4 ± 08.5
Días de dolor	13.8 ± 18.3

FUENTE: Policlínico "Florencia de Mora". IPSS, Trujillo, 1993-1995.

como el nuestro. Los resultados de recidiva para la técnica laparoscópica son variables, desde 1,7%¹⁹ a 4,5%²⁰, con un tiempo de seguimiento similar al nuestro. No se encontró recidivas en hernias inguinales directas ni en las crurales, aun cuando otros autores indican cifras de recidivas del 6% para hernias directas y 1% para las crurales^{8,11}.

Una hernia recidivada apareció a los 11 meses y quirúrgicamente el defecto se encontró en el área co-

rrespondiente a las hernias directas. la otra apareció a los tres meses y clínicamente corresponde a hernia directa. Probablemente los defectos de la pared posterior no fueron identificados durante la herniorrafia, por lo que se sugiere revisar minuciosamente la pared posterior tal como lo recomienda la literatura^{8,11,21}. El uso de la técnica en forma meticulosa puede mejorar los resultados²².

- No se encontraron complica-

ciones intraoperatorias ya que este tipo de acceso permite la visualización del defecto, estructuras a reparar y vasos femorales^{2,11,12}. En nuestro medio se encontró 4,11%²³ y 0,62%²⁴ para este tipo de complicaciones con acceso anterior. En la cirugía herniaria, cuando se usa la técnica laparoscópica por vía transabdominal se cita 11,1% de complicaciones intraoperatorias como lesiones vasculares, nerviosas y perforación intestinal y cuando se usa la vía completamente preperitoneal se registra 3,2% de complicaciones^{15,25}.

Las complicaciones postoperatorias se encontraron en 8,5% de pacientes. La bibliografía revisada anota cifras de 11,76% y 18% de complicaciones postoperatorias para el acceso anterior^{23,26} y 12% para la técnica laparoscópica²⁶.

- Se encontró 1,7% para cada complicación postoperatoria, exceptuando las recidivas; estas son: hematoma de pared, edema escrotal, neuralgia, anestesia e hipoestesia de pared, que se resolvieron con tratamiento médico en menos de 15 días, excepto la hipoestesia que duró 30 días. Se cita cifras de 19,2% de hematomas para herniorrafia tipo Bassini; 16,8% para tipo Shouldice²², y 5% para la técnica laparoscópica¹⁹. En un estudio nacional se encuentra que el edema escrotal fue la complicación postoperatoria más frecuente, presentándose en 9% de pacientes operados por acceso anterior²⁴ y cuando se usa la técnica laparoscópica se presenta en 33%¹⁹. En el presente estudio, el edema escrotal se produjo en un paciente sometido a herniorrafia indirecta, por traumatismo al disecar el cordón espermático²⁷. La neuralgia anestesia e hipoestesia se presentó en 1,7% cada uno, igual que las señaladas para la técnica laparoscópica¹⁹.

- El tiempo operatorio fue de 66.2 ± 20.5 minutos, el cual es mayor o igual al tiempo que se infor-

ma para el acceso anterior, el cual varía de 55 a 69 minutos^{19,22,26,28} y menor que para la técnica laparoscópica que varía de 68 a 81 minutos^{19,26,28}.

- Los días de hospitalización se redujeron a horas en el presente trabajo, 21.7 ± 14.2 horas, utilizando anestesia regional. Para el acceso anterior se indica que de 3.7 a 6.3 días^{22,29}. Otros cirujanos han realizado herniorrafia con anestesia local permaneciendo los pacientes por un día^{30,31,32}, igual permanencia se refiere para los intervenidos por cirugía laparoscópica¹⁵.

- Los pacientes con herniorrafias inguinales y crurales, unilatera-

les, retornaron a sus actividades normales en un promedio de 10.4 ± 8.5 días. Con el acceso anterior la mayoría de pacientes retorna a sus actividades después de los 14 días²⁰, mientras que con la técnica laparoscópica la mayoría retorna a sus actividades antes de los siete días^{15,20,33}.

- El dolor se presentó en un promedio de 13.8 ± 18.3 días, correspondiendo el mayor número a las herniorrafias directas^{20,29} ± 30.56 días. En un estudio realizado para evaluar el dolor inguinal con técnicas de Mc Vay y Bassini, se encontró que el 62,9% presentaba dolor al año de evolución³⁴ y con la técnica laparoscópica la mayoría

tuvo menos de cinco días de dolor²⁰. Sin embargo, siendo el dolor un hecho subjetivo e influenciado por la memoria, este se debería evaluar en forma prospectiva. Además, en un trabajo reciente se establece que la duración del dolor post operatorio fue de 111 ± 42.2 días en pacientes con un trabajo dependiente y 17.8 ± 7.9 días en pacientes con trabajo independiente³⁵, condición social que debe tenerse en cuenta para la evaluación del dolor, por sus implicancias legales y económicas.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Félix Urcia
Policlínico "Florencia de Mora" - IPSS.
Trujillo-PERÚ.

Referencias

- ANNADALE T. Case in which a reducible oblique and direct inguinal and femoral hernia existed on the same side and were successfully treated by operation. *Edinburgh Med J*, 1876; 2: 1087. En *Hernia 3ra ed.*, Edit. Panamericana, Buenos Aires, 1991: 160.
- CONDON RE, NYHUS LM, HARKINS HN. Clinical experience with preperitoneal hernial repair for all types of hernia of the groin: With particular reference to the importance of transversalis fascis analogues. *Am J Surg*, 1960; 100: 234.
- GER R. The management of groin hernias by laparoscopy post-grad Gen Surg, 1992; 4: 171.
- ARREGUI ME, NAVARRETE J, DAVID CH, CASTRO D, NAGAN RF. Herniorrafia inguinal laparoscópica. *Clin Quirug North*, 1993; 3: 549-565.
- GONZALES CORTES SB, PROCUNAR CE. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. *AORN J*, 1994; 60(30): 419-426, 429-430.
- FITZOIBBONS RJ Jr, CAMPS J, CORNET DA. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. Result DA of a multicenter trial. *An Surg*, 1995; 221(1): 3-13.
- RAMSHAW BJ, LUCKER JG, MASON EM. A comparison of transabdominal preperitoneal and total extraperitoneal approach laparoscopic herniorrhaphies. *Am Surg*, 1995; 61(3): 279-283.
- NYHUS LM. Reparación de la cintilla iliopectínea en las hernias inguinal y crural. *Clin Quirug North*, 1993; 3: 521-534.
- PEACOCK EE Jr, MADDEN JW. Some studies on the effect of beta-aminopropionitrile on collagen in healing wounds. *Surgery*, 1966; 60: 7.
- READ RC. Attenuation of the rectus sheath in inguinal herniation. *Am J Surg*, 1970; 120: 610.
- NYHUS LM, CONDON RE. Hernioplastia inguinal. *Hernia 3ra ed.*, Edit. Panamericana, Buenos Aires, 1991: pp 127-144, 160-189, 191-199, 215-219, 251-261.
- NYHUS LM. Reparación del tracto iliopúbico en la hernia inguinal y crural. *Abordaje posterior. El dominio de la cirugía*, 2da ed. Edit. Panamericana, Buenos Aires, 1991: pp 1715-1725.
- ROBBINS AW, RUTKOW I. Hernioplastia con malla tipo cono. *The Surgical Clinics of North America* 1993; 73(3): 1-16.
- DONALD RJ, MICHAEL AJ. Reparación de Shouldice. *Clin Quirug North*, 1993; 3: 485-504.
- SCHUMPELICK V, TREUNTNER K, ARLT G. Inguinal hernia repair in adults. *The Lancet*, 1994; 344 (6): 375-379.
- INGIMARSSON O, SPAK I. Inguinal and femoral hernias. *Acta Chir Scand*, 1983; 149: 291-297.
- ZOLLINGER RM. Inguinal hernia repair in the 1990s. *Current Surgery*, 1993; 50 (4): 237-240.
- VALLEJO O, SUAREZ T. Factores causales de recurrencia postherniorrafia inguinal primaria. Tesis de Br. Med. UNT. 1989.
- CORNELL RB, KERLAKIAN GM. Early complications and outcomes of the current technique of transperitoneal laparoscopic herniorrhaphy and a comparison to the traditional open approach. *Am J Surg*, 1994; 168(9): 275-279.
- KALD A, SMEDH K, ANDERSEN B. Reparación laparoscópica de las hernias de la ingle. Resultados de 200 herniorrafias consecutivas. *Br J Surg*, 1995; 14(2): 86-88.
- SALES R, PIEDRAFITA E et al. La vida preperitoneal en la reparación de la hernia inguinal recidiva. Resultados del tratamiento de 62 herniorrafias. *Cir Española*, 1992; 51(3): 187-189.
- PAUL A, TROID H, WILLIAMS II. Ensayo con asignación aleatoria de la herniorrafia de Bassini modificada en comparación con la de Shouldice. *Br J Surg*, 1994; 81: 45-48.
- GARCIA PS. Hernia inguinal. Algunos aspectos epidemiológicos y evaluación con tratamiento quirúrgico. Tesis Br. Med. UNT. 1995.
- MANNUCCI E. Hernia inguinal. Complicaciones operatorias y postoperatorias. Tesis Br. Med. UNT. 1981.
- RAMSHAW BJ, LUCKER JG et al. A comparison of transabdominal preperitoneal and total extraperitoneal approach laparoscopic herniorrhaphies. *Am Surg*, 1995; 61(3): 279-283.
- PAYNE JH, GRININGER LM et al. Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy? *Arch Surg*, 1994; 129(9): 973-981.
- WANTZ G. Atrofia testicular y neuralgia crónica residual como riesgos de la hernioplastia inguinal. *Clin Quirug North*, 1993; 3: 613-619.
- VOGT DN, CURET MJ et al. Preliminary Results of a prospective randomized trial of laparoscopic onlay versus conventional inguinal herniorrhaphy. *Am J Surg*, 1995; 169(1): 84-89.
- CHAMORRO B, LOAYZA R. Hernias inguinales. Tesis Br. Med. UNT. 1982.
- AVILA O, WOING J. Herniorrafias inguinales efectuadas con anestesia local. *Rev Med Panamá*, 1988; 13(1): 17-21.
- ANDUIAR PR, CANARIO M. Herniorrafia inguinal ambulatoria bajo anestesia local versus herniorrafia en admisión bajo anestesia regional. *Acta Med Domin*, 1992; 14(3): 84-89.
- COLLADO OJC, COLLADO CE, GONZALES GM. Hernia inguinal con anestesia local. *Rev CubA Cir*, 1992; 31(2): 110-115.
- MCKERMAN JB. Extraperitoneal prosthetic hernia repair using an endoscopic approach. *Int Surg*, 1995; 80(1): 26-28.
- CUNNINGHAM J, TEMPLE WJ et al. Cooperative hernia study pain in the postrepair patient. *Ann Surg*, 1996; 224(5): 598-602.
- SALCEDO W. Postoperative course after inguinal herniorrhaphy. A case-controlled comparison of patients receiving workers compensation vs patient with commercial insurance. *Arch Surg*, 1995; 130(1): 29-32.