

### III. HERNIA DE LA ZONA INGUINAL

## Hernia inguinal: cirugía abierta vs. cirugía laparoscópica

Tejada Gómez A, Bellido Luque A, Durán Ferreras I.

Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva), Clínica Quirón Sagrado Corazón (Sevilla), Hospital General Básico de Riotinto (Huelva)

#### Introducción

El tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, es el procedimiento más comúnmente llevado a cabo en los pacientes adultos por los cirujanos en los países desarrollados. En la mayoría de los casos se presentan de forma unilateral y primaria<sup>1</sup>.

Históricamente, los tratamientos quirúrgicos utilizados han sido los realizados mediante cirugía abierta o convencional bien con tensión (sin material protésico), bien sin tensión (principalmente con mallas) y desde hace unos años (década de los 90), la vía laparoscópica.

El método ideal de reparación quirúrgico de la hernia inguinal sería aquel que causara la menor incomodidad para el paciente, tanto durante el procedimiento quirúrgico como en el postoperatorio. También debería ser técnicamente fácil de realizar y fácil de aprender, tener una baja tasa de complicaciones y recidivas, y requerir un corto período de convalecencia. Por último, la rentabilidad económica es importante<sup>2</sup>.

En cuanto a la hernioplastia protésica abierta, sus ventajas principales son que se puede realizar fácilmente bajo anestesia local, incluso después de múltiples operaciones anteriores, ser fácilmente reproducible, y por lo tanto ser tratada como cirugía sin ingreso (CMA). Su principal inconveniente de es la tasa relativamente alta de recidiva y la dificultad en el tratamiento de éstas como consecuencia de la necesidad de disecar a través de los tejidos fibrosados además de reemplazar la malla de anclaje<sup>3</sup>.

Respecto a la laparoscopia, sus principales ventajas son menos dolor en el postoperatorio, y con ello menor necesidad de analgésicos, reincorporación precoz la vida ordinaria, y mejores resultados estéticos. Las desventajas potenciales de la laparoscopia son la necesidad de anestesia general, las complicaciones intraoperatorias y la hernia del trócar<sup>3</sup>.

Desarrollaremos a continuación, en diferentes apartados, el

tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal primaria unilateral en el varón, en la mujer, las bilaterales, y por último, las recidivadas.

#### Elección del procedimiento

En la actualidad no existe evidencia científica en las que basarnos para elegir el abordaje quirúrgico de elección para un paciente portador de hernia inguinal unilateral, por lo que en cada paciente habrá que realizar una elección individualizada del tratamiento quirúrgico en base a diferentes parámetros.<sup>2,4,5</sup>

#### 1. Hernia primaria en el varón.

En el hombre con hernia inguinal unilateral primaria puede utilizarse tanto la hernioplastia de Lichtenstein como un abordaje laparoscópico. La elección del procedimiento dependerá de varios factores: experiencia del cirujano en cirugía laparoscópica, costes y necesidad de una rápida recuperación del paciente habrán de ser tenidos en cuenta, así como sus preferencias<sup>6</sup>.

Los datos disponibles según los diferentes estudios publicados indican la presencia de menor dolor postoperatorio y mayor rapidez en la incorporación laboral en el caso del abordaje laparoscópico. Esto hace que su coste-efectividad, aunque superior desde el punto de vista del hospital al de la cirugía abierta, sea más favorable desde la perspectiva socioeconómica en pacientes laboralmente activos<sup>6</sup>.

En cuanto a la elección del abordaje laparoscópico tanto el TAPP como el TEP pueden ser utilizados no existiendo suficientes datos que nos permitan dicha elección con rigor científico, aunque hay datos que avalan al TEP como una técnica con menor tasa tanto de recurrencias como de hernias del orificio de entrada de los trócares y lesiones viscerales intraoperatorias. También a favor del TEP está el hecho de que puede realizarse con anestesia regional en pacientes seleccionados con contraindicaciones para la anestesia general<sup>6,7</sup>.

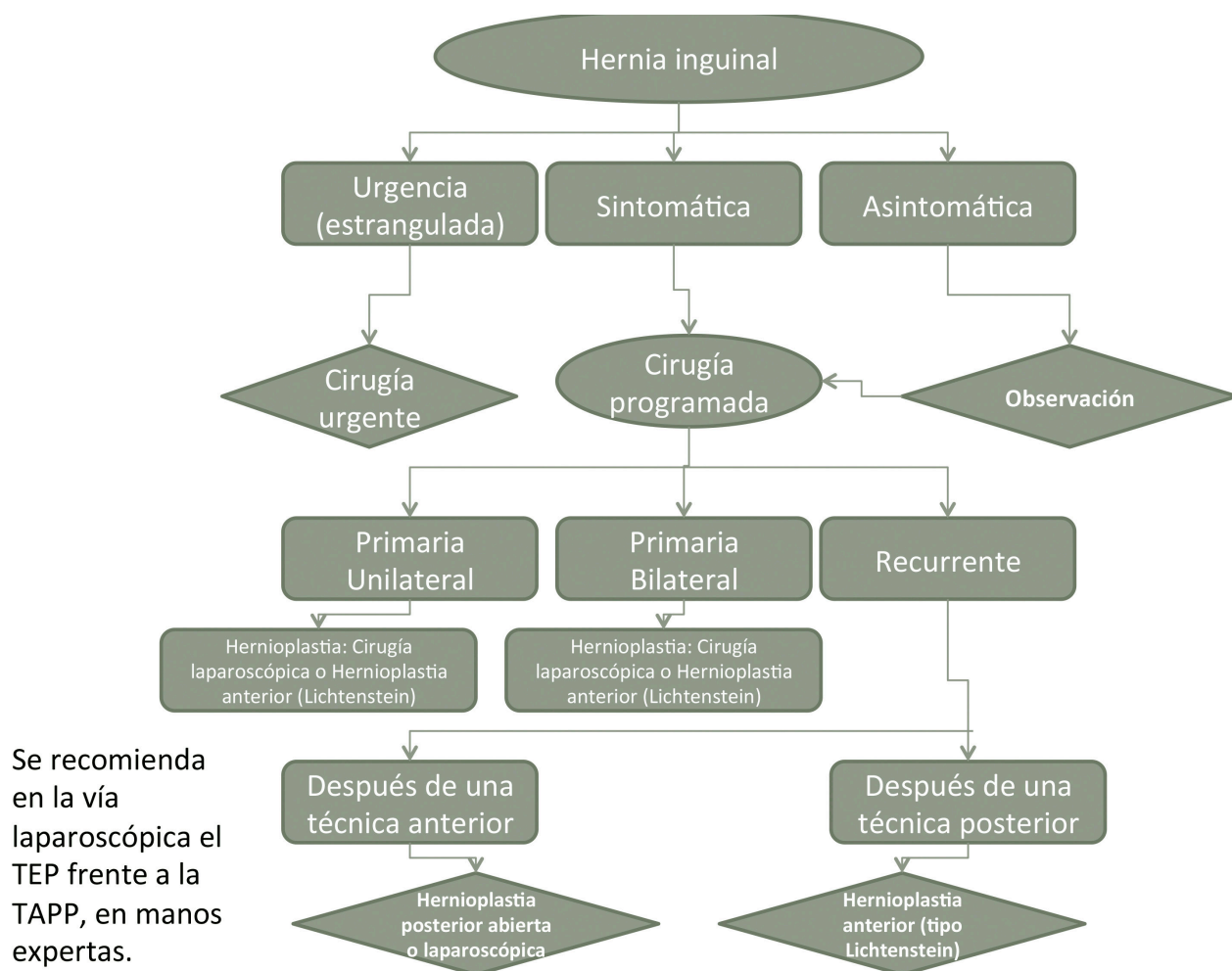


Figura 1.— Diagrama de flujo para el tratamiento de la hernia inguinal en el adulto.<sup>6</sup>

## 2. Hernia primaria en la mujer

En las mujeres la cirugía laparoscópica en el caso de hernia inguinal unilateral primaria, puede realizarse como primera elección debido a la excelente exposición anatómica que nos permitirá tratar tanto una hernia inguinal como femoral, a veces difícil de diagnosticar de manera preoperatoria. Esta afirmación se refuerza por la constatación de que la tasa de reintervenciones por hernia inguinal es superior en mujeres, encontrándose en un 40% de estos casos una hernia crural, ya sea «de novo» o no detectada previamente<sup>4, 6</sup>.

En ambos casos la cirugía abierta debe ser considerada en virtud de la existencia de comorbilidad severa, cirugía pélvica previa extensa, radioterapia pélvica preoperatoria y contraindicación para la anestesia general, dependiendo siempre de la experiencia del cirujano.

## 3. Hernia inguinal bilateral

Existen muy pocas publicaciones que se refieran a la hernia inguinal bilateral de una forma específica, estando sus resultados en la mayoría de los casos mezclados con los de la hernia

unilateral, lo que hace difícil extraer conclusiones definitivas en cuanto a su manejo.

En los países occidentales las hernias inguinales bilaterales suponen el 10-15% de las intervenciones realizadas<sup>8</sup>. Años atrás, en la literatura se discutía si la reparación debía de ser secuencial o en un solo acto quirúrgico, pero una vez aceptada de forma mayoritaria esta última alternativa, se ha pasado a debatir entre el uso de técnicas abiertas o laparoscópicas, esgrimiéndose argumentos similares a los usados para la hernia unilateral.

No hay datos concluyentes que respalden el uso de la cirugía laparoscópica en la hernia inguinal bilateral, aunque es posible que esto esté condicionado por el hecho de que los estudios sobre los que se asienta esta afirmación estén afectados por la larga curva de aprendizaje que requiere la misma<sup>9</sup>. No obstante, la cirugía laparoscópica gana cada vez más adeptos debido al ahorro de tiempo que supone el poder realizar ambas intervenciones a través de un único abordaje, así como a la posibilidad que brinda de explorar ambas regiones inguinales, teniendo en cuenta que en el 11-20% de los casos de hernia unilateral existe una contralateral subclínica<sup>7</sup>.

#### 4. Hernia recidivada

A pesar del uso generalizado de las técnicas de hernioplastia sin tensión en las últimas décadas, por vía anterior (Lichtenstein) o posterior (Stoppa y procedimientos por vía laparoscópica), y su evidente impacto sobre las tasa de recurrencia<sup>10</sup>, el 10-15% de las hernioplastias inguinales se realizan en hernias recidivadas<sup>11, 12</sup>, lo que ilustra acerca de la necesidad de abordar el problema de forma diferenciada. Se estima que la recidiva herniaria ocurre en un 1-15% de los pacientes con hernia primaria intervenidos con la técnica de Lichtenstein, y en un 0,4-8,3% de aquellos que son intervenidos mediante procedimientos laparoscópicos<sup>3</sup>. Aunque no existe aún un cuerpo de evidencia tan sólido como en el caso de la hernia primaria, las publicaciones de calidad que comparan cirugía abierta con laparoscópica nos permiten formular algunas afirmaciones:

—En cuanto a la tasa de recurrencias no existen diferencias significativas entre ambas vías<sup>3, 11-12</sup>, pero si comparamos entre sí los dos procedimientos laparoscópicos, el TAPP está gravado con un mayor índice de recurrencias que el TEP<sup>(4)</sup>. El momento de aparición de la recidiva varía en función de la técnica utilizada, siendo más precoz la asociada a la vía laparoscópica (menos de 12 meses) que la asociada a la vía abierta (30-60 meses)<sup>3</sup>.

— Los pacientes intervenidos por vía laparoscópica tienen menos dolor en el postoperatorio inmediato<sup>(1)</sup>, pero esta diferencia no se mantiene a lo largo del tiempo, no habiendo diferencias significativas entre ambas vías si analizamos el dolor al año de la intervención<sup>11, 12</sup>.

—La incidencia de infección del sitio quirúrgico es significativamente menor en los pacientes intervenidos por vía laparoscópica, aunque esa diferencia no parece afectar a la formación de hematomas y/o seromas en el postoperatorio<sup>3, 12</sup>.

—La cirugía laparoscópica permite un alta más precoz y posibilita una más temprana incorporación del paciente a su actividad habitual, incluida la laboral<sup>11, 12</sup>.

—Una buena opción es la de intervenir por vía laparoscópica a los pacientes con una recurrencia herniaria si la intervención previa se realizó por vía abierta con o sin malla; y por vía abierta en los casos en que la primera intervención se realizó por laparoscopia. De esta forma se puede evitar la intervención a través de tejidos cicatriciales al usar una vía diferente<sup>1, 6, 7</sup>.

#### Conclusiones

La evidencia científica disponible a día de hoy no concede ventajas definitivas a la vía abierta ni a la vía laparoscópica en el tratamiento de la hernia inguinal en términos de resultados.

A pesar del extraordinario desarrollo de la vía laparoscópica en las últimas décadas, la hernioplastia con malla por vía abierta, en especial la técnica de Lichtenstein, sigue manteniendo su vigencia como técnica de primera elección para la hernia inguinal en la mayor parte de los centros, lo cual puede deberse a factores económicos

La vía laparoscópica parece aportar ventajas si se usa por cirujanos bien formados y en los siguientes casos:

Varones con hernia primaria que necesiten una incorporación rápida a su actividad laboral

Mujeres, en especial si existe duda diagnóstica con la hernia femoral

Hernia inguinal bilateral

Hernia recurrente si la vía usada en la hernia primaria fue abierta

En cuanto a las técnicas laparoscópicas el TEP parece aventajar al TAPP, sobre todo en términos de recurrencia y seguridad del paciente

#### Bibliografía

- rosenberg J, Bisgaard T, Kehlet H et al.: Danish Hernia Database recommendations for the Management of inguinal and femoral hernia in adults. *Dan Med Bul* 2011; 58(2):C4243
- Hamza Y, Gabr E, Hammamidi H et al.: Four-arm randomized trial comparing laparoscopic and open hernia repairs. *Int J Surg* 2010;8(1):25-8
- Yang J, Nian D, Yao J et al.: Laparoscopic or Lichtenstein repair for recurrent inguinal hernia : a meta-analysis of randomized controlled trials. *ANZ J Surg* 2013; 83: 312-8
- Wang WJ, Chen FZ, Fang Q et al.: Comparison of the effects of laparoscopic hernia repair and Lichtenstein tension-free hernia repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2013 Apr; 23(4):301-5.
- Bracale U, Melillo P, Pignata G et al.: Which is the best laparoscopic approach for inguinal hernia repair: TEP or TAPP? A systematic review of the literature with a network meta-analysis. *Surg Endosc* (2012) 26:3355-3366.
- Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M et al.: European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patient. *Hernia* (2009) 13: 343-403
- Bittner R, Arregui ME, Bisgaard T et al.: Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc* (2011) 25:2773-2843
- Torralba JA, Moreno A, Lirón R et al.: Hernia inguinal bilateral: cirugía abierta versus reparación endoscópica preperitoneal. *Cir Esp* (2003); 73 (5): 282-7
- O'Reilly EA, Burke JP and O'Connell PR: A Meta-Analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. *Ann Surg* (2012); 255: 846-53
- Eklund AS, Montgomery AK, Rasmussen C et al.: Low recurrence after laparoscopic (TEP) and open(Lichtenstein) inguinal hernia repair. A RCT with 5-year follow-up. *Ann Surg* (2009); 249: 33-8
- Dedemadi G, Sgourakis G, Radtke A et al.: Laparoscopic versus open mesh repair for recurrent inguinal hernia: a meta-analysis of outcomes. *Am J Surg* (2010); 200: 291-7
- Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJE et al.: Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. *B J Surg* (2010); 97: 4-11