



Herniorrafia Preperitoneal

Experiencia en el Hospital Universitario de San Ignacio

TORREGROSA L., MD; RINCÓN L.A., MD; PULIDO H., MD, SCC; RUGELES S., MD, SCC; HENAO F., MD, SCC, FACS; MATUK A., MD, SCC, FACS.

El presente trabajo fue presentado en el Foro Quirúrgico Colombiano del XXIV Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía sobre «Avances en Cirugía» efectuado en la ciudad de Cartagena de Indias, en agosto de 1998.

Palabras clave: Hernias inguinal y crural, Hernioplastia, Acceso preperitoneal, Hernias recurrentes, encarceladas y estranguladas.

Se presenta la experiencia del Hospital Universitario de San Ignacio (HUSI) en reparos herniarios por vía preperitoneal, con una morbilidad y recurrencia dentro de los rangos publicados en la literatura. Se analizan los resultados de la cirugía en casos de hernias encarceladas, crurales y reproducidas que hasta el momento constituyen las principales indicaciones del procedimiento, el cual se proyecta hacia el futuro como una técnica útil y segura que permite su empleo en casi todos los tipos de defectos herniarios.

INTRODUCCIÓN

El concepto de acceso preperitoneal para el reparo de las hernias inguinocrurales, requirió 200 años de experiencia con los reparos por vía anterior para su desarrollo.

En los últimos 10 años se ha retomado el interés en este acceso, dado el auge de la herniorrafia mínimamente invasora que accede al mismo espacio preperitoneal pero en forma laparoscópica (2).

Los primeros informes de reparos herniarios por vía transabdominal datan de la era brahmánica (años 800-500 a.C), y posterior a ellos aparecen en la literatura numerosos casos en los cuales se emplearon modificaciones de la técnica que no tuvieron la suficiente acogida para ser adoptados en forma rutinaria y en nivel mundial (13).

Doctores: Lilian Torregrosa, R-IV de Cir. Gral.; Luis Antonio Rincón, R-IV de Cir. Gral.; Héctor Pulido, Prof Asist.; Saúl Rugeles, Prof. Asoc.; Francisco Henao, Prof. Tit.; Assaad Matuk, Prof.Tit. Dpto. de Cirugía del Hosp. Univ. de San Ignacio de la Pontificia Univ. Javeriana, Santafé de Bogotá, Colombia.

La descripción original del acceso preperitoneal se atribuye a Cheatle (1920), siendo popularizada años más tarde por Henry (1936). Numerosos cirujanos contribuyeron a perfeccionarla en busca de menor recurrencia y tensión y mayor facilidad técnica, las cuales se lograron con el acceso a través de una incisión lateral, descrito por Mc Evedy (1950) y popularizado por Nyhus y Condon en 1960 (3,13).

El doctor Assaad Matuk introdujo la técnica en el HUSI a partir de 1967, y desde entonces se han considerado indicaciones de este acceso las hernias encarceladas y estranguladas, las hernias crurales y las reproducidas (2,15).

El objetivo del presente trabajo es evaluar en forma retrospectiva la experiencia del HUSI con los diferentes reparos herniarios llevados a cabo a través del espacio preperitoneal, las características de estos pacientes, las indicaciones quirúrgicas, las complicaciones a corto y largo plazo, la recurrencia y la mortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo analítico de una cohorte retrospectiva con seguimiento telefónico a largo plazo, en el que se incluyeron pacientes mayores de 14 años llevados a herniorrafia por vía preperitoneal desde enero de 1987 hasta diciembre de 1997, con datos completos en el formato de recolección, que permitiera su posterior análisis estadístico en un programa D-Base IV.

Se revisaron las historias clínicas y se incluyeron en un formato predeterminado los datos demográficos, vía de ingreso, indicación de la cirugía, tipo de hernia, técnica quirúrgica y anestésica y complicaciones postoperatorias.

Mediante seguimiento telefónico se evaluaron síntomas presentes a largo plazo y la recurrencia sintomática.

RESULTADOS

Se realizaron 328 herniorrafias por vía preperitoneal en un período de 10 años, con disponibilidad de datos completos y seguimiento en 220 casos (67%), los cuales constituyen la muestra estudiada. Las edades oscilaron entre 18 y 89 años con un promedio de 49.

La distribución por sexos mostró un mayor porcentaje (56%) de pacientes pertenecientes al sexo femenino, posiblemente dado el predominio de hernia crural en este grupo demográfico en una relación de 7 a 1.

El 47% de los procedimientos se llevaron a cabo en pacientes hospitalizados, y el 34% fueron operados de urgencia, con diagnóstico de hernia encarcelada o estrangulada.

Se utilizó la anestesia general en 66% de los pacientes, seguida por la regional, en 34%; no se utilizó en ningún caso anestesia local. Las hernias reparadas fueron en su mayoría crurales (46%), seguidas por directas, indirectas y «en pantalón» (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción general de 220 pacientes (100%)

Variables		Núm. ptes.	%
Sexo	hombres	97	44
	mujeres	123	56
Estancia	ambulatorios	118	53
	hospitalizados	102	47
Cirugía	urgencia	112	61
	electiva	108	39
Anestesia	general	145	66
	regional	75	34
Técnica	Cooper	177	80
	cintilla	33	16
	hernioplastia	10	4

El 34% de las hernias fueron complicadas (encarceladas o estranguladas), y 66% fueron hernias programadas como cirugía electiva, en quienes se eligió la vía preperitoneal por ser hernias reproducidas (40%) o por elección del cirujano (26%).

Los reparos utilizados para estos grupos de pacientes fueron: el ligamento de Cooper (6), en 80%; el tracto iliopúbico (1), en 15,5%; y la hernioplastia con malla de Polipropileno, en 4,5%.

Se realizaron cirugías asociadas en el 12 % de los pacientes: 9,6% de ellos fueron llevados a cirugía con diagnóstico de hernia estrangulada (6% con omentectomías y 3,6% con resecciones intestinales). En 2,4% restante se practicaron resecciones transuretrales de próstata, llevadas a cabo durante la cirugía electiva. El tiempo quirúrgico promedio fue de 82 minutos incluyendo las hernias complicadas.

Se presentaron complicaciones postoperatorias en el 10% de la serie; estas fueron: seroma 2,7%; hematoma 3,1%; lesión vascular (vena ilíaca) 0,9%; retención urinaria 2,4%. La tasa de infección fue de 0,9%, en 2 pacientes que fueron reparados con prótesis, ninguno de los cuales requirió retiro del material protésico como parte del tratamiento antiinfeccioso (Tabla 2).

Tabla 2. Complicaciones en el seguimiento a 10 años.

Complicaciones		%
Inmediatas	hematoma	3.1
	seroma	2.7
	infección	0.9
	retención de orina	2.4
	lesión vascular	0.9
	Total	10%
Tardías	dolor crónico	10
	disestesias	6
	recurrencia	10
	mortalidad	0
		Total

En la evaluación a largo plazo se encontró una incidencia de dolor crónico del 10%, presencia de disestesias en el 6%, tratadas con el uso intermitente de analgésicos. La recurrencia para la serie es del 10%, cifra independiente del tipo de hernia reparada y de las complicaciones postoperatorias presentadas. El promedio de seguimiento fue de 15 meses, con un rango entre 1 y 120 meses. No hubo mortalidad en la serie (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La recurrencia para la herniorrafia preperitoneal en el HUSI, se encuentra dentro de las cifras publicadas en la literatura para el seguimiento a largo plazo de este tipo de cirugía (1, 4, 6,11).

Sin embargo, los resultados para los casos de hernioplastia, que corresponden al 4,5% de la serie, no son favorables, teniendo en cuenta que la recurrencia reportada para reparos con prótesis está entre 0,5 y 2,5% (1, 3,9); tal recurrencia, posiblemente por falta de estandarización en la técnica quirúrgica.

Se encuentra una morbilidad postoperatoria baja, considerando que el 40% de los pacientes presentaban hernias complicadas operadas de urgencia; las complicaciones de la herida se encuentran entre rangos aceptados (3,4, 6), y la tasa de infección corresponde a la esperada para casos de cirugía limpia, y limpia contaminada (2).

El dolor crónico y disestesias como complicaciones a largo plazo, se presentaron en un porcentaje similar al reportado para reparos por vía anterior (6,9,14), debido a que la herniorrafia por vía preperitoneal es un procedimiento que somete las estructuras a tensión, a menos que se utilicen prótesis en el reparo (13,10).

- Las ventajas principales que se han atribuido al reparo por vía preperitoneal son:
- La posibilidad de controlar las protrusiones peritoneales y viscerales desde su origen, con mayor facilidad en su reducción quirúrgica (12).
- La facilidad del reparo en hernias por deslizamiento (12).
- El acceso inguinal a través de un territorio no explorado quirúrgicamente y con anatomía conservada (en casos de hernias reproducidas) (10).
- La menor incidencia de atrofia testicular y neuropatía (1).
- La menor incidencia de dolor, morbilidad postoperatoria y recurrencia cuando la técnica empleada es la hernioplastia (9,10).

En este trabajo se encontraron las siguientes ventajas en el uso del acceso preperitoneal:

- La aplicabilidad en todos los tipos de defectos inguinocrurales.
- La utilidad en casos de hernias primarias, reproducidas y encarceradas, con similares resultados para cada una.
- La evaluación del contenido intraperitoneal a través de la misma incisión.
- El reparo de las lesiones viscerales asociadas, sin aumento en la morbilidad a largo plazo ni recurrencia.

Por las razones anteriores, consideramos como las principales indicaciones actuales de esta técnica, las hernias encarceradas, estranguladas, recurrentes y crurales. Probablemente la técnica de hernioplastia con prótesis resuelva en un futuro cercano los inconvenientes de dolor y parestesias postoperatorias y disminuya la recurrencia a largo plazo.

ABSTRACT

We report our experience with the preperitoneal repair of inguinal hernias at San Ignacio University Hospital in Bogotá, Colombia. Morbidity and recurrence rates appear within ranges reported in the literature. We have analyzed the outcomes in the repair of incarcerated, crucial and recurrent hernias, clinical entities that constitute the principal indications for this procedure. The preperitoneal repair projects to the future as a useful and safe technique which can be employed in almost all types of the hernial defects located in the inguinal region.

REFERENCIAS

1. Nyhus LI: Reparación de la cintilla iliopéptica en las hernias inguinal y crural, acceso posterior. *Clín Quir Norte Am* 1989; 3: 521-34
2. Alvarado J, Andrade E: Manual de Cirugía. 1ª Ed. Santafé de Bogotá; CEJA 1999
3. Hoffman H.C, Vinton Traverso A.L: Preperitoneal prosthetic herniorraphy. *Arch Surg* 1993 Sep; 128:964-70
4. Schaap H.M, van de Pavoordt HDWM, Bast T.J: The preperitoneal approach in the repair of recurrent inguinal hernias. *Surg Gynecol Obstet* 1992 Jun; 174:460-4
5. Barth RJ, Burchard KW, Tosteson A, et al: Short term outcome after mesh or shouldice herniorraphy; a randomized prospective study. *Surgery* 1998 Feb; 123 (2):121-6
6. Read R: Recurrence after preperitoneal herniorraphy in the adult. *Arch Surg* 1975 May; 110:666-71
7. Schrenk P, Woisetschlager R, Rieger R, et al: Prospective randomized trial comparing postoperative pain and return to physical activity after transabdominal preperitoneal, total preperitoneal or shouldice technique for inguinal hernia repair. *Br J Surg* 1996; 83:1563-6
8. Miller A, Van Heerden J A, Naessens J M, et al: Simultaneous bilateral hernia repair. *Ann Surg* 1991 Mar; 213(3): 272-6
9. Wantz G: Experience with the tension free hernioplasty for primar inguinal hernias in men. *J Am Coll Surg* 1996 Oct; 183:351-6
10. Shulman A, Amid P K, Lichtenstein IL: Patch or plug for groin hernia wich?. *Am J Surg* 1994 Mar ;167: 331-6
11. Lowham A, Filipi Ch, Fitzgibbons RJ, et al: Mechanisms of hernia recurrence after preperitoneal mesh repair. *Ann Surg* 1997 Apr; 225(4):422-31
12. Read R: Preperitoneal prosthetic inguinal herniorraphy without a relaxing incision. *Am J Surg* 1976 Dec; 132:749-52
13. Read R: Preperitoneal herniorraphy: A historical review. *World J Surg* 1989; 13:532-40
14. Lichtenstein I: Inguinal hernia repair in a primary healthcare setting. *Br J Surg* 1998; 85:793-6
15. Matuk A, Tawil M, Escallón G, Bustillo J, Gross C: Hernia Inguinocrural. División de capacitación, Dirección de Recursos Humanos - Ministerio de Salud. República de Colombia, 1985.

Correspondencia:

Doctora **Lilian Torregrosa**, Dpto. de Cirugía, Hospital Universitario de San Ignacio. Santafé de Bogotá, Colombia.