



Herniorrafia Inguinal con Anestesia Local

Experiencia en el Hospital de la Samaritana

O. GRACIA, MD, SCC; J. A. VARELA, MD; D. ALVAREZ, MD; F. BAQUERO, MD;
A. MARTINEZ, MD.

Palabras claves: Herniorrafia inguinal. Anestesia Local, Baja morbilidad, Buena tolerancia, Reducción de costos.

Entre los meses de abril y noviembre de 1991 se realizaron en el Hospital de La Samaritana, 164 herniorrafias inguinales, de las cuales 50 (30%) se practicaron bajo anestesia local. Este último procedimiento resultó ser fácilmente aplicable en nuestro medio, bien aceptado por el paciente y el médico tratante y con costos menores que los de la anestesia general o regional.

No se presentaron complicaciones transoperatorias. Ocho pacientes (12%) presentaron hematoma posoperatorio, ninguno de los cuales requirió reintervención y 1 paciente (2%) presentó infección de la herida quirúrgica que requirió tratamiento con antibióticos con herida abierta.

INTRODUCCION

La hernia inguinal se conoce desde el año 1500 a. de C., siendo su tratamiento en esa época de tipo médico mediante fajas y vendas.

En el siglo I a. de C., Celso describió la cirugía para el tratamiento de la hernia inguinal. La técnica quirúrgica progresó muy poco hasta el siglo XIX cuando aparecieron progresivamente varias técnicas que, con algunas variaciones, se siguen usando hoy en día (1).

En este mismo siglo se comenzó a utilizar la anestesia general para el procedimiento. Con la aparición posterior de la anestesia regional y su aplicación en la herniorrafia, se disminuyó la morbimortalidad inherente a la técnica anestésica y permitió la intervención de pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Doctores: Orlando García, Instructor de Cirugía Gral; Juan Agustín Varela, Residente II de Cirugía Gral; Daniel Alvarez, Residente IV de Cirugía Gral; Félix Baquero, Residente IV de Cirugía Gral., Alfonso Martínez, jefe del Serv. de Cir., Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia.

Finalmente, Shouldice publicó su experiencia con una técnica quirúrgica propia empleando de rutina la anestesia local (3).

Desde entonces esta técnica se ha usado con una frecuencia cada vez mayor para la herniorrafia inguinal con resultados excelentes.

Con este trabajo se pretendió adquirir experiencia en la realización de la herniorrafia inguinal con anestesia local, disminuir costos, ocupación de camas y personal quirúrgico y hospitalario.

MATERIALES Y METODOS

Se incluyeron en la muestra 50 pacientes mayores de 14 años que asistieron a la consulta externa de cirugía entre el 1 de abril y el 1 de noviembre de 1991.

Los criterios de exclusión de pacientes para emplear el procedimiento, son los siguientes: 1. Trastornos mentales. 2. No aceptación previa del procedimiento. 3. Obesidad. 4. Hipersensibilidad conocida a anestésicos locales. 5. Hernia encarcelada o estrangulada. 6. Acceso por vía preperitoneal.

Los pacientes fueron estudiados en el preoperatorio en la forma convencional y recibieron un folleto informativo sobre el procedimiento bajo anestesia local.

Antes de la cirugía, el paciente recibió 0.5 mg/ kg de peso de Midazolam por goteo en la solución de líquido intravenoso.

La técnica anestésica usada es una variación de la descrita por Ponka (2), en la siguiente forma:

Bloqueo regional de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal a 2 cm hacia adentro de la espina iliaca anterior y superior por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor (Fig. 1 A).

Infiltración local del tubérculo púbico y del área medial del anillo inguinal superficial (Fig. 1 B).

Bloqueo de las fibras recurrentes del nervio genitocrural mediante infiltración superficial por debajo de la arcada inguinal (Fig. 1 C).

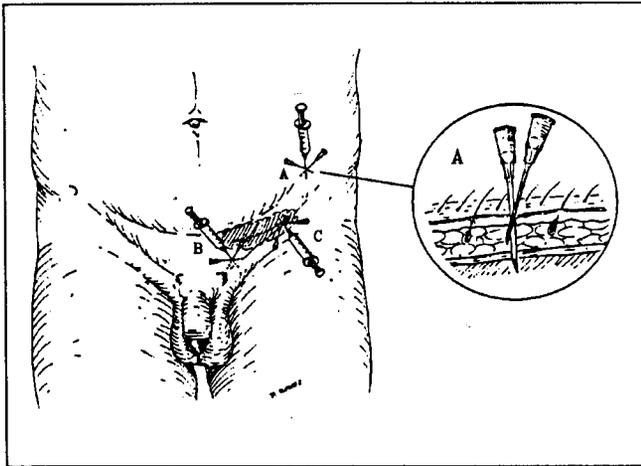


Fig. 1. A. Bloqueo de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico; infiltración subcutánea y subaponeurótica. B. Infiltración local del tubérculo púbico y por debajo del cordón en la raíz del escroto. C. Bloqueo de las fibras recurrentes del nervio genitocrural.

Adicionalmente se infiltra por debajo del cordón inguinal en cercanía del pubis y la base del escroto (Fig. 2)

Infiltración de la piel y del tejido celular subcutáneo en la zona de incisión (Fig. 3).

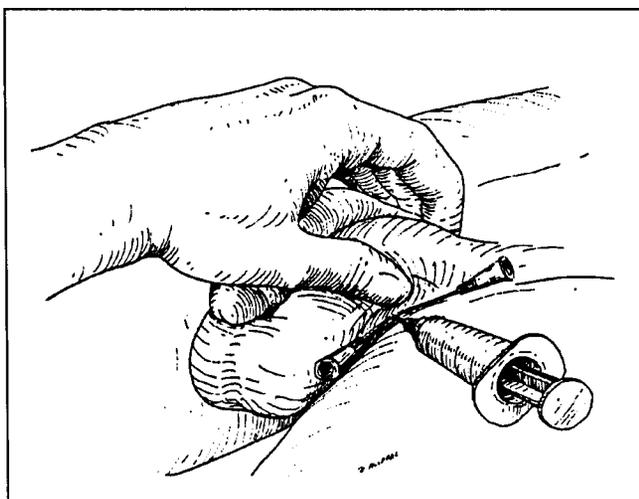


Fig. 2. Infiltración por debajo del cordón en la raíz del escroto.

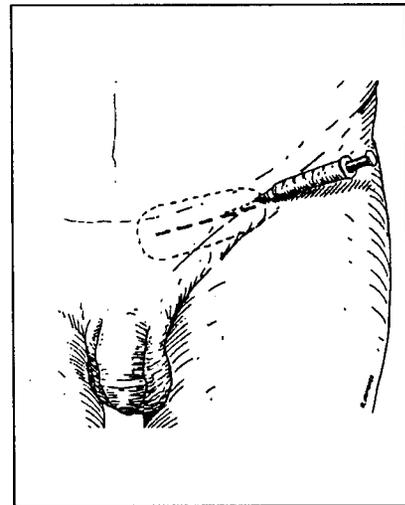


Fig. 3. Infiltración de la piel y del tejido celular subcutáneo en la zona de incisión.

Infiltración bajo visión directa, después de incidir la aponeurosis del oblicuo mayor, de la zona del anillo inguinal profundo (Fig. 4).

Instilación de anestésico local dentro del saco herniario, bajo visión directa (Fig. 5).

La dosis límite utilizada de lidocaína fue de 7 mg/kg de peso.

Después de la herniorrafia, (posoperatorio inmediato, primera semana de posoperatorio y 3 meses después por consulta telefónica), se consideró una buena aceptación por parte del paciente el hecho de responder afirmativamente a la pregunta de si quisiera ser operado con la misma técnica en caso de requerir una nueva cirugía.

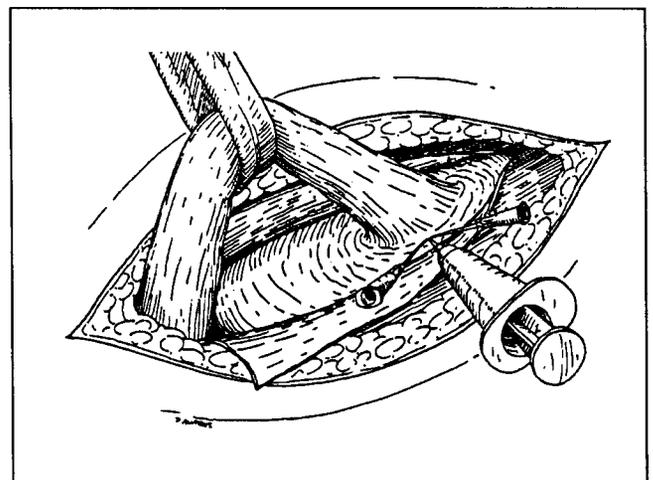


Fig. 4. Infiltración bajo visión directa del anillo inguinal profundo.

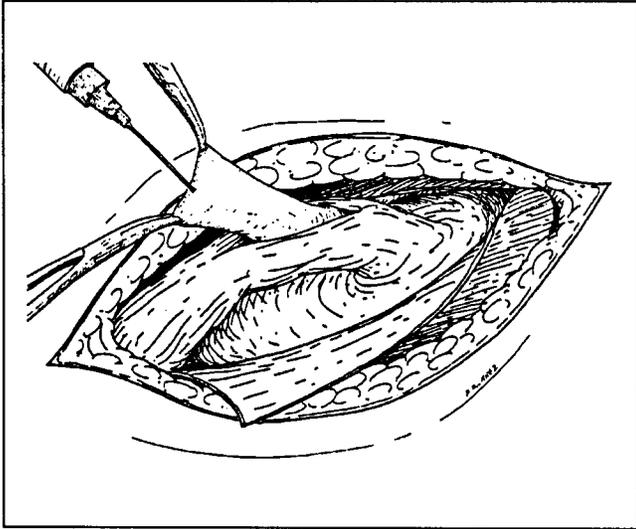


Fig. 5. Instilación de anestésico local bajo visión directa dentro del saco herniario.

El grupo de cirujanos estuvo conformado por los residentes e instructores del Departamento de Cirugía del Hospital de la Samaritana.

RESULTADOS

Entre el 1 de abril y el 1 de noviembre de 1991 se practicaron 164 herniorrafias de las cuales 50 (30%) se efectuaron con anestesia local (Fig. 6).

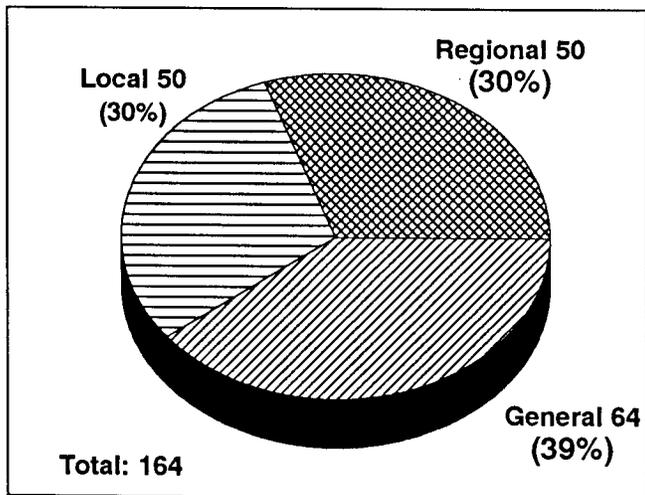


Fig. 6. Tipos de anestesia utilizados en 164 casos de herniorrafia inguinal.

De estas últimas, el promedio de edad de los pacientes fue de 45 años con predominio del sexo masculino (37 hombres).

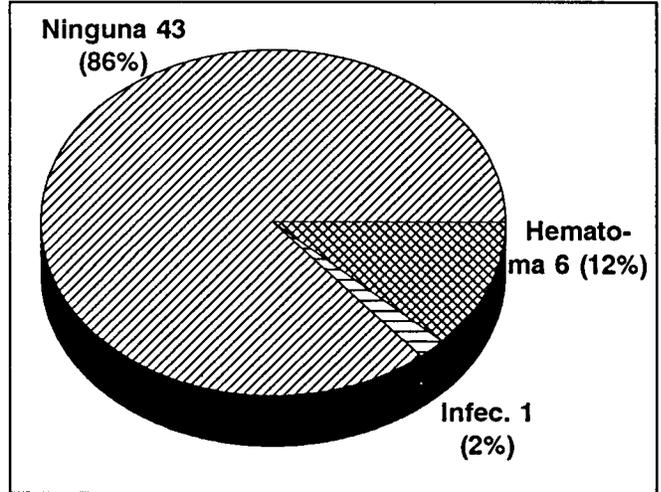


Fig. 7. Complicaciones en 50 casos de herniorrafia inguinal practicada con anestesia local.

La mayoría de las hernias diagnosticadas fueron de tipo indirecto con 32 casos, seguido del directo con 14. Las técnicas mayormente empleadas fueron las de Bassini en 35 casos y la de McVay en 12 pacientes.

No se presentaron complicaciones transoperatorias atribuibles a la aplicación de la anestesia ni al procedimiento quirúrgico; 6 pacientes (12%) presentaron hematoma posoperatorio; ninguno requirió exploración quirúrgica; 1 caso de infección (2%) se trató con antibióticos con herida abierta (Fig. 7).

En cuanto a la aceptación de la técnica por el paciente evaluada en el posoperatorio inmediato y posteriormente por encuesta telefónica, 46 pacientes (92%) estarían de acuerdo en ser operados con la misma técnica de requerirlo; los otros 4 pacientes no toleraron el procedimiento; 2 de ellos requirieron anestesia general y los otros 2 fueron sedados adicionalmente con Midazolam hasta completar la cirugía. En la encuesta telefónica posterior, expresaron que preferirían ser operados bajo anestesia general

El tiempo de recuperación posoperatorio fue muy corto; la mayoría de los pacientes estuvieron en condiciones de deambular y salir del hospital a las dos horas.

El 80% de las hernias fueron tratadas en forma ambulatoria.

Un análisis global de costos demostró una reducción del 50% al realizar la herniorrafia con anestesia local en vez de general o regional con hospitalización corta, y del 75% cuando el procedimiento se hizo ambulatorio.

En nuestra institución los costos aproximados de herniorrafia con anestesia local ambulatoria, anestesia regional o general ambulatoria y regional o general con hospitalización, fueron de \$10.000.00 \$20.000.00 y \$30.000.00 respectivamente.

Hubo una buena aceptación por parte del grupo de cirujanos y médicos residentes, quienes asimilaron la técnica, y en los últimos meses la practicaron en forma rutinaria.

DISCUSION

En el presente trabajo se consideró necesario agregar un paso no descrito en la mayoría de las publicaciones sobre técnicas de anestesia local para hernias: la infiltración anestésica hacia el tubérculo púbico y la base del escroto por debajo de los elementos del cordón. El procedimiento evita en gran medida el dolor al movilizar estos últimos durante la disección del saco herniario. Adicionalmente se infiltró bajo visión directa el anillo profundo, paso que otros autores hacían a través de la piel. Algunos pacientes requieren infiltración adicional en zonas particularmente dolorosas, principalmente hacia el tubérculo púbico.

La técnica es especialmente útil para pacientes de alto riesgo anestésico; en nuestra serie, 2 pacientes de esta categoría evolucionaron muy favorablemente durante la cirugía y en el posoperatorio.

La disminución de costos, tiempo, ocupación de camas hospitalarias y requerimiento de personal, fueron consideraciones importantes para comenzar a utilizar cada vez con más frecuencia la técnica de anestesia local. Aunque en forma global el 30% de las herniorrafias realizadas en el hospital se hicieron bajo anestesia local, en los últimos 2 meses más de la mitad se practicaron con esta técnica. De las herniorrafias ambulatorias más del 50% fueron practicadas con anestesia local.

La ocurrencia de hematoma posoperatorio fue más común al inicio del estudio, y enfatiza la necesidad de hacer hemostasia rigurosa, particularmente cuando se infiltra la lidocaína con epinefrina.

No hubo diferencia en la tolerancia del paciente al procedimiento con las diversas técnicas quirúrgicas empleadas.

En el equipo quirúrgico se observó cierta resistencia inicial a utilizar la técnica, pero con la adquisición de mayor experiencia en su aplicación, se utilizó más frecuentemente y con mejores resultados.

CONCLUSIONES

Del presente trabajo se pueden sacar algunas conclusiones útiles en la realización de un procedimiento tan común en cirugía como es la herniorrafia inguinal:

1. La técnica de anestesia local es fácilmente aplicable, con baja morbilidad y buena tolerancia del paciente.
2. La reducción de costos, ocupación de camas y personal para su realización la hacen particularmente útil en instituciones como la nuestra que atiende pacientes de escasos recursos económicos y que tiene un alto índice de ocupación.
3. Pacientes de alto riesgo anestésico son buenos candidatos para ser intervenidos con anestesia local.
4. Los médicos en adiestramiento quirúrgico deben conocer y aplicar la técnica rutinariamente hasta lograr porcentajes de utilización tan altos como el 90% registrados en varias series.

ABSTRACT

Of 164 inguinal herniorrhaphies performed between April and November 1991 at La Samaritana Hospital, 50 (30%) were done under local anesthesia. This approach was found to be easily applicable in our milieu, for it is well accepted by both patients and surgeons and it is less expensive than the procedures carried out under general or regional anesthesia.

No intraoperative complications were observed. Eight patients (12%) had postoperative hematoma that did not require reoperation. Infection of the surgical wound in one patient (2%) was controlled by drainage, antibiotic therapy and leaving the wound open.

REFERENCIAS

1. Ellis M, Schwartz S I: Maingot's Abdominal Operations, 5a ed, Appleton and Lange, 1990
2. Ponka J L: Steps to Local Anesthesia for Inguinal Femoral Hernia Repair. Surg Gynecol Obstet 1963; 117: 115-20
3. Shouldice E E: The Treatment of Hernia. Ontario Med Rev 1953; 20: 670
4. Abdu R A: Ambulatory Herniorrhaphy under Local Anesthesia in a Community Hospital. Am J Surg 1983; 145: 353-6
5. Chang F C, Farha G J: Inguinal Herniorrhaphy under Local Anesthesia. Arch Surg 1977; 112: 1069-72
6. Coe R C: Inguinal Herniorrhaphy under Local Anesthesia. Arch Surg 1978; 113: 905
7. Flanagan L, Bascon J U: Repair of the groin hernia, outpatient approach with local anesthesia. Surg Clin North Am 1984; 64: 257-67.
8. Brittons M S, Morris P J: Local Anesthetic Hernia Repair, an analysis of recurrence. Surg Clin North Am 1984; 64: 245-55