Implante de mallas por vía preperitoneal en hernia inguinal recidivante

Mesh implants via peritoneal for recurrent inguinal hernia

Dr. Osmerly Villafaña Castillo; Dr. Francisco Pacheco Téllez

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja.
Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio preliminar, explicativo, longitudinal y prospectivo en 70 pacientes operados con el diagnóstico de hernia inguinal recidivante en un período de cinco años (enero 1995–diciembre 1999). Para la aplicación de la técnica quirúrgica se utilizó un equipo de especialistas en Cirugía General perfectamente adiestrado. La técnica quirúrgica empleada incluyó los siguientes elementos: reducción del saco herniario y su tratamiento, reparación clásica por vía posterior con sutura no absorbible a puntos separados desde la reflexión del arco del transverso hasta el tracto ileopúbico o al ligamento de Cooper cuando el orificio herniario así lo requirió, posteriormente se procedió al implante de la malla de Mersillene utilizando la técnica de Rives y se fijó la malla con puntos de anclaje a las estructuras anatómicas mencionadas. La secuencia del seguimiento fue de 15 días, un mes, tres meses, seis meses y al año. Hasta el momento no se han reportado recidivas herniarias en los pacientes a quienes se les aplicó la técnica.

DeCS: HERNIA INGUINAL; PRÓTESIS; IMPLANTES.

ABSTRACT

A preliminary, explicative, longitudinal and prospective study in 70 patients operated with the diagnosis of inguinal recurrent hernia within a period of five years

(January 1995- december 1999) was carried out. For the application of this surgical technique, a group of skiffull specialists was trained for this. The tehniqe used, included the following elements: reduction of the hernial sac and its treatment, classic repairment via posterior with non-absorbable suture for separated points from transverse arch reflexion to the ileopubic tract or Cooper's ligament when the hernial orifice required it, afterwards the implant of Mersinellene's mesh with anchor, to the anatomic structure mentioned. The follow-up sequence was of 15 days, 1 month, 3 months, 6 months and year. Up to now, hernial recurrences have not been reported in patients to whom this technique was applied.

DeCS: HERNIA INGUINAL; PROSTHESES; IMPLANTS.

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal y por consiguiente la herniorrafia inguinal es la operación más frecuente en todos los Servicios de Cirugía General del mundo y su tratamiento consiste en la reparación operatoria; ¹ la baja incidencia de las recidivas es el resultado final de su eficacia. Cooper y Fairbanks plantean que la pericia y aptitud del cirujano se ponen a prueba al realizar una herniorrafia inguinal. ¹⁻³

Hasta el presente no se ha ideado una técnica quirúrgica que satisfaga la mayoría de los requisitos para la reparación de todo tipo de hernias inguinales, tampoco existe cirujano alguno que no haya tenido recidivas en estas operaciones. ³

En general, la mayoría de los trabajos publicados centran su atención en las recidivas, como complicación más importante del proceder quirúrgico.

El abordaje posterior, preperitoneal, para la reparación de las hernias inguinales y femorales fue descrito por Annandale en 1876. Posteriormente, Cheatle en 1920 y luego Henry en 1936, generalizaron más esta vía de acceso, aunque otros autores más modernos como Bombeck y Nyhus en 1966 señalan sus bondades. ^{4, 5}

La incorporación al arsenal quirúrgico de prótesis sintéticas (mallas), le han proporcionado al cirujano mejores condiciones para la reparación de las recidivas herniarias, incluso cuando están relacionadas a trastornos del tejido colágeno. ⁶

Precisamente el implante de mallas protésicas por vía posterior es el objetivo de nuestro trabajo, teniendo como patrón los resultados alentadores de otros autores y en particular en nuestro hospital.

MÉTODO

Se realizó un estudio preliminar, explicativo, longitudinal y prospectivo en 70 pacientes operados con el diagnóstico de hernia inguinal recidivante en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja durante el período comprendido de enero 1995 a diciembre del 1999.

Las hernias recidivantes son aquellas que se intervienen por segunda o más veces⁷

Para la recolección de los datos primarios se confeccionó una encuesta que se adjuntó a las historias clínicas de los pacientes, y para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el método aleatorio simple, de modo que todos los elementos del universo tuvieran la misma posibilidad de participar en la muestra.

Para la aplicación de la técnica quirúrgica, se utilizó un equipo de cirujanos perfectamente adiestrados para evitar errores de sesgo, de modo que se redujeran al mínimo los errores dependientes del personal que hacía el estudio.

La técnica quirúrgica empleada incluyó los siguientes elementos: reducción del saco herniario y su tratamiento, reparación clásica por vía posterior con sutura no absorbible a puntos separados desde la reflexión del arco del transversario hasta el tracto ileopúbico o al ligamento de Cooper cuando el orificio herniario así lo requirió, posteriormente se procedió al implante de la malla de mersillene, utilizando la técnica de Rives y fijando la malla con puntos de anclaje a las estructuras anatómicas mencionadas.

La secuencia del seguimiento postoperatorio, se estableció por consulta externa, por el mismo equipo de cirujanos, a los 15 días, un mes, tres meses, seis meses y al año de operado.

Las complicaciones postquirúrgicas que se tuvieron en cuenta en nuestro estudio fueron aquellas inherentes a la técnica aplicada.

RESULTADOS

De los 70 pacientes operados, 69 corresponden al sexo masculino y uno al sexo femenino; el grupo de edades más afectado fue el de 51 a 60 años (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia según grupos de edades

Edad / años	Masculino	%	Femenino	%	Total
Menos de 40	-	-	1	1,42	1
41-50	17	24,28	-	-	17
51-60	40	57,14	-	-	40
Mayor de 60	12	17,14	-	-	12
Total	69	98,56	1	1,42	70

Fuente: Formulario

Lo que coincide con la literatura revisada. El más joven tenía 24 años y resultó ser del sexo femenino.⁶⁻⁷

En la tabla 2 se muestra la forma de recidiva herniaria teniendo en cuenta si la presentación fue unilateral o bilateral y la frecuencia de aparición de la misma. En 46 de los pacientes en que se aplicó la técnica quirúrgica, la recidiva herniaria era unilateral.

Tabla 2. Distribución de frecuencia según diagnóstico preoperatorio

Diagnóstico	Frecuencia de recidiva					Total
	1ra	2da	3ra	4ta	%	
Hernia Inguinal Unilateral	19	12	10	5	65,71	46
Hernia Inguinal Bilateral	1	23	-	-	34,28	24
Total	20	35	10	5	99,9	70

Fuente: Formulario

En 19 de ellos fue por primera vez, pero la deformidad de la región inguinal nos indujo a efectuar este proceder; en 12 pacientes la recidiva era por segunda ocasión, en 10 por tercera y en 5 por cuarta ocasión.

Los 24 pacientes restantes, con hernias bilaterales, uno por primera vez y 23 por segunda. De estos, uno había sido operado de hernia unilateral, pero cuando se le diagnosticó la recidiva herniaria presentó hernia inguinoescrotal contralateral, y se procedió a aplicar la técnica; este paciente lleva casi tres años de operado sin dificultades.

La evolución postoperatoria inmediata fue adecuada con un promedio de estadía de 3, 5 días, y se presentaron como complicaciones de la herida dos sepsis de la misma, un hematoma y una hernia incisional en uno de los tres pacientes en que se utilizó la incisión transversa suprapúbica.

Tabla 3. Distribución de pacientes según complicaciones postoperatorias

Complicaciones	No. de Pacientes	%	Total
Sepsis de la herida	2	2,8	2
Hematoma	1	1,42	1
Hernia incisional	1	1,42	1
Total	4	5,76	4

Fuente: Formulario

Hasta el presente no se han reportado recidivas herniarias en nuestra serie (tabla 4), 11 pacientes cuentan con un período de operado menor de 1 año, 21 pacientes entre 1-2 años, 20 pacientes entre 2-3 años y 18 pacientes entre 4-5 años de operados.

Tabla 4. Tiempo de evolución postoperatoria

Tipo de Hernia	Tiempo de evolución				Total
	Menor 1 año	1-2 años	2-3 años	4-5 años	
Hernia Inguinal Unilateral	7	11	16	12	46
Hernia Inguinal Bilateral	4	10	4	6	24
Total	11	21	20	18	70

Fuente: Formulario

DISCUSIÓN

En 67 pacientes intervenidos utilizando esta técnica, la vía de acceso abdominal se efectuó mediante incisión media infraumbilical y en tres pacientes utilizamos incisión transversa suprapúbica. No utilizamos otros tipos de incisiones porque la media infraumbilical proporcionó magnífico acceso y los resultados fueron los esperados. Hay autores que proponen la incisión de Phannenstiel para las hernias bilaterales por la exposición que brinda.⁷⁻⁸

Nosotros, si no perseguimos un resultado muy estético preferimos la media infraumbilical.

La sepsis local fue la complicación más frecuente reportada por varios autores;^{9, 10, 11} el hematoma o seroma tuvo también cierta incidencia en la literatura revisada, pero la relacionamos directamente con la minuciosidad de la técnica quirúrgica.

En 1983 Stoppa,¹²⁻¹³ en un artículo publicado en el que se refiere a sus resultados utilizando la técnica de implante de mallas por vía preperitoneal, considera que es la mejor opción en la reparación de las hernias recidivantes y reporta un 2, 5 % de recidivas en 10 años de evolución.

Nyhus y Baker⁵ en 1992 en 1 628 casos operados utilizando el implante de mallas por vía preperitoneal, reportan un 5, 1 % de recidivas. Más recientemente Manuel Espinel y Eduardo Dopico en 1997,⁷ en su estudio sobre la reparación de hernias inguinales recidivantes en 17 casos operados tampoco reportan recidivas herniarias.

Como podemos observar nuestros resultados coinciden tanto con los obtenidos por autores nacionales como internacionales. De todos modos, nosotros, sin recidivas en cinco años de evolución de los pacientes, otros autores con más de 5 años y también sin recidivas y uno señalando solo un 2, 5 % a los 10 años, son valores bajos al compararlos con técnicas habituales que han situado un índice de recidiva

CONCLUSIONES

El empleo de mallas sintéticas mediante técnicas de superposición, utilizando la vía preperitoneal, resulta un método eficaz de tratamiento de la reproducción herniaria. No se presentaron recidivas herniarias con el empleo sistemático de este proceder

quirúrgico en nuestro servicio durante el seguimiento de 5 años en los pacientes operados. Consideramos que es la mejor opción posible ante un paciente con hernia inguinal bilateral, aunque una de ellas no sea recidivante

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madden IH, Moore SW, Little WJ. Anatomía y reparación de la hernia inguinal. *Surg Clin Northeam.* 1971;51(6):129-40.
2. Cooper A. Anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital hernia. *Surg Clin Northeam.* 1992;16(2):108.
3. Skandalakis JE, Gray Stephen W. Anatomía y técnicas quirúrgicas de las hernias. México: Interamericana; 1992.
4. Nyhus LM, Pollar R, Bombek CT. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia the Evolution of a Technique. *Ann Surg.* 1988;36(2):208-433.
5. Nyhus LM, Baker Robert I. *Mastery of surgery.* 2 ed. T 2. Boston: Little Brown; 1992.
6. Montejo Viamonte N, Varela V, Hernández González A. Materiales de sutura en Cirugía. Antecedentes históricos y empleo actual de los mismos. *Rev Cubana Cir.* 1990;29(2):211-24.
7. Espinel González M, Dopico Reyes E. Reparación de hernias inguinales recidivantes por vía preperitoneal con el uso de mallas protésicas. *Rev Cubana Cir.* 1997;36(1):35-9.
8. Wantz GE. Gaint prostetic reinforcement of the visceral sac for repair of hernias of the groin at hing rick for recurrence. *Surg Gynecol Obstet.* 1989;169:408.
9. Ramírez Hernández I, Mendoza Rodríguez M, Castillo Puebla G. Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bajo anestesia local. *Rev Cubana Cir.* 1990;34(3):491-502.
10. Collado Otero JC, Collado Canto E, González González M. Hernia inguinal con anestesia local. *Rev Cubana Cir.* 1992;31(2):110-15.
11. Wantz GE. Complications of inguinal hernial repair. *Sur Clin North Am.* 1984;64(2):287-98.
12. Stoppa R, Warlaumont C, Verhaeghe P. Preperitoneal placement of Dacron Mesh in the repair of groin hernias. *Surg Round.* 1987;64(2):69-85.
13. Stoppa R. The treatment of complicated groin and incisional hernia. *World J Surg.* 1989;13:545-54.

Recibido: 12 de abril de 2001

Aprobado: 11 de marzo de 2002

Dr. Osmerly Villafaña Castillo. Especialista I Grado Cirugía General. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey, Cuba.