

Hernioplastia de Jean Rives en pacientes con hernia inguino femoral

Jean Rives´ hernioplasty in patients with inguino femoral hernia

Miguel Ángel Quevedo Tamayo,¹ Luis Alberto Ojeda López,² Elvis Pardo Olivares² y José Miguel Goderich Lalán³

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo, longitudinal y observacional sobre los primeros 120 pacientes operados de hernia inguinal con la técnica de hernioplastia de Jean Rives en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero de 2001 hasta igual mes de 2009. En la serie, 56,6 % de sus integrantes eran hombres, con una edad media de 64,4 años; en tanto 50,8 % del total presentaban hernias primarias, con predominio del estadio III-B de la clasificación de Nyhus. Como profilaxis antibiótica predominó la cefazolina (67,5 %); y como material protésico, el polipropileno (73,3 %). Se utilizó anestesia local y sedación en 56,6 % de la casuística. Las complicaciones posoperatorias representaron 2,4 % y no se produjo recurrencia herniaria. El mencionado procedimiento es seguro y eficaz para la reparación quirúrgica de las hernias inguinocrurales.

Palabras clave: hernia inguino femoral, hernioplastia de Jean Rives, cefazolina, polipropileno, cirugía.

ABSTRACT

A descriptive, longitudinal, and observational study on the first 120 patients surgically treated due to inguinal hernia using Jean Rives´ hernioplasty technique at "Dr Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January, 2001 to January, 2009. In the series, 56,6 % of its members were male, having a mean age of 64,4 years; meanwhile 50.8% out of the total had primary hernias, with a prevalence of III-B stage according to Nyhus classification. Cefazolin (67,5 %) and polypropilene (73,3 %) prevailed as antibiotic prophylaxis and prosthesis material, respectively. Local anesthesia and sedation were used in 56.6% of the case material. Postoperative complications represented 2,4 % and no hernia recurrence was observed. The aforementioned procedure is safe and effective to carry out the reparative surgery of the inguinocrural hernias.

Key words: inguino femoral hernia, Jean Rives' hernioplasty, cefazolin, polypropilene, surgery.

INTRODUCCIÓN

Jean Rives, del grupo de Reim en Francia, describió en 1984 una plastia sin tensión, para la cual se utilizó una prótesis de dacrón de 10x10 cm, previa disección del espacio preperitoneal de Bogros,¹ indicada en hernias inguino femorales o recidivadas, con destrucción anatomofisiológica considerable de dicha región. Esta técnica no permite el contacto del cordón ni de los nervios de la región inguinal con la prótesis, cubre todo el orificio miopectineo de Fruchaud, se puede emplear tanto la anestesia para sedación como la local y el proceso de incorporación es mucho mejor, ya que el implante protésico es preperitoneal, entre otros beneficios.

Esta técnica, al cubrir en su reparación todo el orificio miopectineo de Fruchaud, trata y previene la aparición de cualquier hernia a través de dicho espacio, ventaja que no posee ninguna de las demás que pudieran aplicarse a estos enfermos; pero el principal inconveniente, dada su complejidad, es que no puede ser ejecutada por personas no entrenadas en la cirugía de dicha región, pues se requiere de los conocimientos precisos en anatomía y fisiología.

Desde el 2001 se emplea esta plastia en el mencionado centro hospitalario, razón que motivó para la confección de este artículo, a fin de evaluar los resultados obtenidos con la aplicación de ese procedimiento.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal y observacional sobre los primeros 120 pacientes operados de hernia inguino femoral, a los que se les realizó un implante protésico según la técnica de Jean Rives, en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero de 2001 hasta igual mes de 2009, los cuales fueron atendidos en la consulta creada para tales fines, en un término de 1-8 años.

En todos los pacientes se empleó antibioticoterapia profiláctica peroperatoria, consistente en cefazolina (1 gramo antes y después de la intervención); y cuando no se disponía de esta, se prescribió la combinación de penicilina y cloranfenicol.

El proceder se realizó mediante cirugía ambulatoria o corta estadía hospitalaria, en todos los casos por especialistas capacitados a los efectos.

Como principales variables analizadas figuraron: características clínicas, clasificación de Nyhus, tipo de material protésico implantado, sutura empleada para la fijación de la malla, complicaciones, tiempo del acto quirúrgico y recurrencia.

RESULTADOS

En la casuística, 56,6 % de sus integrantes eran varones (relación hombre/mujer de 1.3:1), con un rango de edad de 40 a 78 años y una edad media de 64,4 años (55 % superaba los 60); en tanto predominaron las hernias inguinales localizadas en el lado derecho (83 pacientes).

Por otra parte, en 50,8 % de los afectados se encontraron hernias inguinales primarias; y en 18,3 %, iteradas.

En la **tabla** se observa que 61 pacientes presentaban hernias primarias (50,8 %), con predominio del estadio III b de la clasificación de Nyhus (26,6 %). Un número significativo (59, para 49,1 %) tenía hernias recurrentes (estadio IV), entre las cuales, las clasificadas como IVa resultaron ser las de mayor incidencia (24, para 20,0 %); también se describe, aunque en menor cuantía, la presencia de hernias femorales recidivadas y combinadas, para 5,0 y 8,3 %, respectivamente.

Tabla. *Clasificación de Nyhus para las hernias inguinofemorales*

Clasificación de Nyhus	No.	%
III a	20	16,6
III b	32	26,6
III c	9	7,5
Total	61	50,8
IV a	24	20,0
IV b	19	15,8
IV c	6	5,0
IV d	10	8,3
Total	59	49,1

Como profilaxis antibiótica prevaleció la cefazolina (67,5 %); y en ausencia de esta se empleó la combinación de penicilina y cloranfenicol en 39 de los pacientes, siempre con buenos resultados.

La anestesia más utilizada fue la sedación y la local en 56,6 % de la casuística, seguida por la espinal (33,4 %) y la general endotraqueal (12 pacientes).

En 88 integrantes del estudio se empleó una prótesis de polipropilene (73,3 %) y en el resto una malla de mersilene. La sutura de fijación de la prótesis se realizó con poliglactina 910 (vicril) en 68,3 % de las hernioplastias y, en el resto, con polipropileno.

Con respecto al tiempo del acto quirúrgico, en 63,3 % fue inferior a una hora y en los demás entre 1 hora y 1 hora 30 minutos.

Las complicaciones posoperatorias representaron 2,4 %, distribuidas como sigue: 2 colecciones escrútales (1,7 %), 3 infecciones en el sitio de la herida (2,5 %) y una retención urinaria (0,8 %), esta última relacionada con la anestesia espinal empleada.

Cabe destacar que los pacientes fueron seguidos en término de 1-8 años, período en el cual no se produjo recurrencia herniaria ni mortalidad.

DISCUSIÓN

Desde que Jean Rives publicó en 1984 su experiencia en la reparación de la hernia inguinal, con el empleo de una prótesis de dacrón de 10x10 cm, previa disección del espacio preperitoneal de Bogros, con bajo índice de recurrencia,^{1,2} hasta la fecha ha tenido modificaciones en cuanto al diseño y tipo de prótesis a implantar, donde la de polipropilene³ ha sido la de menor índice de rechazo y la más aceptada por los cirujanos.

La plastia de Rives es sin tensión, tiene indicaciones precisas y ventajas, pues al cubrir la prótesis todo el orificio miopectíneo de Fruchaud y al estar colocada en el espacio preperitoneal es mejor incorporada, además de no estar en contacto con el cordón espermático y los nervios de la región inguinal.

En esta serie predominó la hernia inguinal en el sexo masculino y en el lado derecho lo cual se relaciona con factores anatómicos, embriológicos y sociales; hallazgo similar a lo referido por otros autores.^{4,5}

De hecho, es importante contar con una clasificación que permita tener una nomenclatura homogénea y comparar los resultados de las diferentes técnicas, para así comprender mejor las implicaciones clínicas, económicas y sociológicas de la reparación inguinal.

Al respecto, han sido publicados diferentes sistemas de clasificaciones, entre los cuales se destacan las de Gilbert (modificada por Rutkow y Robbins), la de Robert Bendavis y la de Nyhus;⁶⁻⁸ esta última fue la empleada en la casuística, así lo hizo también Cervantes⁹ en su estudio.

En esta investigación prevaleció el estadio III b de la clasificación de Nyhus;¹⁰ en estos casos se trataba de pacientes con hernias indirectas, con destrucción de la fascia transversal y gran dilatación del anillo inguinal profundo, aunque no fueron pocos los que presentaron recidivadas o iteradas (Nyhus IV).

Teniendo en cuenta lo anterior, comenzó a emplearse con frecuencia en el citado Centro la técnica de Jean Rives, lo cual concuerda con lo expresado por Abraham,¹¹ quien sugiere emplearla según el tipo de hernia.

La baja tasa de infección de la herida en la serie estuvo relacionada con la meticulosidad al realizar el proceder y al uso de antibióticos profilácticos que algunos autores recomiendan,¹² pues cuando se usa prótesis de cualquier tipo se debe tener en cuenta que si ocurre infección y rechazo, la operación constituye un verdadero fracaso.⁴

En la mayoría de los pacientes se empleó anestesia local y sedación, lo cual permite una movilización precoz, similar a lo planteado por Carbonell en su estudio.⁸

La cirugía mayor ambulatoria de la hernia inguinocrural parece ser efectiva y segura, a la vez que constituye un procedimiento adecuado para la reparación quirúrgica de la hernia inguinofemoral, siempre y cuando se realice una selección apropiada de los pacientes. Entre los principales beneficios figuran: atención más individualizada (menos alteración del modo de vida de los afectados), menor costo del procedimiento, con mejor utilización de los recursos existentes, así como notable reducción de la estancia hospitalaria, con escaso riesgo de infección.¹³

La utilización de prótesis reduce las probabilidades de recurrencia y puede asociarse también con beneficios a corto plazo, tales como: menor tasa de dolor persistente y rápida reincorporación del paciente a sus actividades habituales.

Se estima que las mallas de polipropileno son menos propensas a provocar infecciones y, cuando se producen, en la mayoría de los casos no es necesario extirparlas; estas, hoy día, son las más utilizadas para la reparación de la hernia inguinal.^{13,14}

Al respecto, en el centro donde se efectuó este estudio constituye el material protésico de elección y, para su fijación, siempre se trata de utilizar una sutura similar.

La complicación más frecuente de la hernioplastia es la recidiva, por perfecta que sea la técnica empleada siempre se producirá recurrencia.

Según Bendavid,⁶ las recurrencias oscilan entre 2,3 y 20 % para las hernias inguinales y de 11,8 % y 75 % para las femorales; en efecto, este alto índice se debe a la presencia de tejidos deteriorados, deficiencia del colágeno, así como también a la necrosis tisular consecutiva a suturas demasiado apretadas. Al parecer, el factor más importante para evitarlas es la ausencia de tensión, aunque también existen algunos que son determinantes, tales como: experiencia del cirujano, conocimiento de la anatomía y modificaciones personales de estas.⁸

En esta serie, hasta los 7 meses de seguimiento, no se produjo recurrencia herniaria; cabe destacar que todos los pacientes fueron operados por especialistas capacitados a los efectos.

La técnica de Jean Rives es un procedimiento seguro y eficaz para la reparación quirúrgica de las hernias de la región inguinal, con gran destrucción anatómica de dicha, área, así como también con bajos índices de recurrencia y de complicaciones, sobre todo cuando se hace una selección adecuada de los pacientes y es realizada por un personal entrenado para tales fines.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rives J, Stoppa R. Empleo del dacrón en la reparación de las hernias inguinales. Surg Clin North Am 1984; 64:261-77.
2. Moreno Egea A, Aguayo Albasini JL, Morales Cuenca G, Torralba Martínez JA. Hernioplastias sin tensión por vía anterior. Atlas de técnicas quirúrgicas protésicas para el tratamiento de la hernia inguinal. Arch Cir Gen Dig 2003 <<http://www.cirugest.com/htm/revista/2003-01-08/2003-01-08.htm>> [consulta: 19 diciembre 2009].
3. Zuvela M, Milićević M, Galun D, Bulajić P, Raznatović Z, Lekić N, et al. Modified Rives technic in the treatment of recurrent inguinal hernia. Acta Chir Iugosl 2003; 50(4):53-67.
4. 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): 35-39.

5. Butte JM, León F, Van Sint Jan N, Hevia C, Zúñiga A, Ibáñez L, et al. Hernioplastia inguinal con técnica Prolene hernia system. Evaluación de los resultados a largo plazo. Rev Chil Cir 2007; 59 (6):421-24.
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262007000600006&script=sci_arttext> [consulta: 22 diciembre 2009].
6. Bendavid R. New techniques in hernia repair. World J Surg 1989; 13:522-31.
7. Rutkow IM, Robbins AW. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. Surg Clin North Am 1993; 73(3):413.
8. Carbonell Tatay F. Hernia Inguinocrural. Valencia: Ethicon, 2001:1850-6.
9. Cervantes J. Inguinal hernia in the new millennium. World J Surg 2004; 28(4): 343-7.
10. Nyhus LM, Klein MS, Rogers FB. Inguinal hernia. Curr Probl Surg 1991; 28(6):403.
11. Abraham Arap J. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev Cubana Cir 2009; 48(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_2_09/cir10209.htm> [consulta: 12 marzo 2010].
12. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. Lancet 2008; 362 (9395):1561-71.
13. Paz Valiñas L, Atienza Merino G. Guía de práctica clínica de hernia inguino-crural. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, 2007.
14. Acevedo A. Mallas sintéticas irreabsorbibles: su desarrollo en la cirugía de las hernias abdominales. Rev Chil Cir 2008; 60(5):457-64.
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262008000500017&script=sci_arttext> [consulta: 12 marzo 2010].

Recibido: 8 de julio de 2011

Aprobado: 29 de agosto de 2011

Miguel Ángel Quevedo Tamayo. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.