

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTÁNAMO**

**COMPORTAMIENTO DE HERNIA INGUINAL DURANTE CINCO
AÑOS EN PROVINCIA GUANTÁNAMO**

Dr. Leonardo Carballosa Espinosa, Dr. Wilfredo Knight Lestapí, Dr. René Guibert Veranes, Dr. Oscar Callizaya Poma, Dr. Jorge Félix Oña Correa.

¹ *Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

³ *Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁵ *Especialista de II Grado en Cirugía Estética y Caumatología. Asistente.*

RESUMEN

Se realiza un estudio con el objetivo de caracterizar aspectos de interés relacionados con la morbilidad de pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital General Docente "Agostinho Neto" de Guantánamo en el servicio de cirugía general durante el período enero de 2005 - diciembre de 2010. El universo de estudio está constituido por 1 222 pacientes diagnosticados y operados de hernia inguinal. Las variables estudiadas son: sexo, clasificación de Nyhus, técnicas empleadas, tipo de anestesia y complicaciones. La información es recogida en un formulario confeccionado al respecto, se plasman datos obtenidos posteriormente se codifican y almacenan en una base de datos. Predomina el sexo masculino. El tipo de hernia grado 3 es la más frecuente. La técnica más empleada es el Bassini. La mayoría de los pacientes son operados con anestesia local. La complicación que predomina es la recidiva herniaria. Se emiten conclusiones.

Palabras clave: morbilidad, hernia inguinal.

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal (del griego "hernios", vástago o yema), que aparece como un bulto en la ingle, fue representada en mármol por los antiguos griegos y se mencionada también en un papiro egipcio en el año 1500 antes de nuestra era. La hernia de la pared abdominal y, desde luego, la hernia inguinocrural, acompaña al hombre desde su creación. La primera alusión conocida sobre la hernia lo fue en el papiro de Ebers (1560 a. de C.) «Un tumor en los genitales, en el que se mueven los intestinos».

El tratamiento prehistórico de esta entidad; se basaba en exorcismos, encantamientos, vendajes, ungüentos y sinapismos, entre otros, y que quizás fuera probable que no se intentara ningún tratamiento quirúrgico de las hernias no complicadas. La hernia y su solución es seguramente la enfermedad quirúrgica que suscita más discusiones en su tratamiento, que más técnicas y más accesos se utilizan, inventado, modificado y comunicado, para resolverla, entre todas las enfermedades subsidiarias de tratamiento quirúrgico. Históricamente, el desarrollo de la cirugía de la hernia es uno de los capítulos más interesantes y controvertidos en la medicina, además de ser la primera causa de tratamiento quirúrgico en el mundo.¹

En Estados Unidos de Norteamérica se operan cada año 750.000 pacientes por esta causa. Pasto refiere que las hernias inguinocrurales son una entidad muy frecuente en la práctica quirúrgica diaria. A los efectos, en una revisión realizada por Rosselló, se plantea que es el proceder más comúnmente realizado por los cirujanos generales, pues aproximadamente 75 % aparece en la región inguinal; las hernias incisionales representan 10 % de todas las hernias, las crurales 3 % y las raras (lumbares, Spiegel y otras) entre 5 -10 %.²

Los trabajos de Bassini (1844-1924), revolucionan radicalmente la cirugía de la hernia, cuando este autor lleva a cabo la reparación de la pared posterior del conducto inguinal, suturando el tendón conjuntamente con el arco de Poupart.³ La clasificación de Nyhus es la más usada en todo el mundo, basada en criterios anatómofuncionales del estado del anillo inguinal y de la pared posterior reparando cada tipo de una forma diferente, aplicando un criterio de «técnica quirúrgica individualizada».⁴ Una de las principales novedades de este siglo ha sido el uso de prótesis para la corrección herniaria, bien sea de material autólogo o heterólogo.

Desde los trabajos de Lichtenstein en 1986, se introduce el concepto de "hernioplastia sin tensión", mediante mallas que no fijan el tendón conjunto.⁵ Otras vías de abordaje quedan popularizadas en los últimos

años. Tal es el caso de la vía preperitoneal y el abordaje por vía laparoscópica.⁶ Nyhus, Condón, Harkins, McVay, son precursores y principales impulsores de la vía preperitoneal, con el uso de prótesis y sin ellas.⁷

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, con el objetivo de caracterizar aspectos de interés relacionados con la morbilidad de pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguinal en el Hospital General Docente "Agostinho Neto" de Guantánamo en el servicio de Cirugía General durante el periodo de enero de 2005 - diciembre de 2010. El universo de estudio se constituyó por 1 222 pacientes diagnosticados y operados de hernia inguinal. Se registran variables como: sexo, clasificación de Nyhus, técnicas empleadas, tipo de anestesia y complicaciones postoperatorias.

Para desarrollar esta investigación se establecen las coordinaciones necesarias con los departamentos de admisión, archivo y estadística de dicho hospital. Se realiza una amplia revisión bibliográfica del tema objeto de estudio, empleando la técnica de revisión documental, utilizando los sistemas INFOMED, MEDLINE y LILACS. La información es recogida en un formulario confeccionado al respecto, en la cual se plasman datos obtenidos en las historias clínicas y los certificados de defunción. Posteriormente se codifican y almacenan en una base de datos. Como procesador de texto se utiliza el Microsoft Word 2008, en una computadora Toshiba.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Gráfico 1 muestra que la hernia inguinal es más frecuente en el sexo masculino con respecto al femenino (92 %). Las hernias inguinales priman en el sexo masculino y las femorales en el femenino según Pasto.⁸ Aragón refiere que el riesgo de padecer de hernia inguinal durante toda la vida es de un 27 % para los hombres y del 3 % para las mujeres y en su estudio muestra que el 96.4 % de todos los pacientes correspondieron al sexo masculino resultando una relación de 28.1.⁹

De igual forma Armas en su estudio muestra que la mayoría eran varones (94.12 %). Ello arroja una proporción de 16:1 con respecto al sexo femenino.¹⁰ Molina coincide con nuestro estudio que la hernia inguinal es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y que se presenta después de los 40 años.¹¹

El Gráfico 2 muestra según la clasificación de Nyhus que las hernias inguinales intervenidas entre el 2005 y el 2010 pertenecían al grado 3 con un total de 684 pacientes de 1222. Cuestionarios internacionales aplicados a cirujanos de todo el mundo concluyen que la clasificación herniaria más utilizada por estos es la de Nyhus coincidiendo con la utilizada en nuestro estudio.¹² Armas y Salvador en su estudio muestran que la distribución de los pacientes estudiados según relación entre variedad y tipo de hernia según clasificación de Gilbert modificada por Rutkow y Robbins.

La variedad más frecuente fue la directa (57.9 %) y el tipo más detectado según la clasificación empleada fue el tipo 4 (18 casos).¹³ La gráfica 3 muestra que dentro de las técnicas más empleadas en este hospital es la técnica de Bassini es aun la más utilizada (43 %) seguido de la técnica de Linchstenstein y Goderich con 17 % y 12 % respectivamente. Pol y López aplicaron técnicas no protésicas en 727 de las 1068 hernias inguinales operadas y de estas la que más se realizó fue la técnica de Mohan P. Desarda (225 pacientes; 31 %).

Las técnicas protésicas se practicaron en 341 pacientes y la más aplicada fue la de Lichtenstein (110 pacientes; 32.2 %).¹⁴ Desarda muestra en su estudio que la técnica protésica más frecuente fue la de Lichtenstein, y le siguió en orden la de Rutkow-Robbins.¹⁵ En un estudio longitudinal y retrospectivo de una muestra de 66 pacientes operados por complicaciones agudas de las hernias inguinales y crurales durante el 2005 en la provincia de Santiago de Cuba, a 43 de los cuales se les realizó herniorrafia con técnicas de tensión, en tanto los restantes fueron tratados con procedimientos libres de tensión, que no causaron recurrencias según Pastó y Goderich.¹⁶

La gráfica 4 muestra que el tipo de anestesia que más se utilizó en la operación de hernias inguinales fue la local (64 %) seguido de la espinal con 29 %. Al igual que otros autores, se cree que la anestesia local da buenos resultados y debe ser aplicada a todo paciente que vaya a ser intervenido por hernia inguinal no complicada, y que la edad por sí sola no debe ser una contraindicación para su empleo.¹⁹

Desarda apunta que se puede realizar de manera ambulatoria, con anestesia local o raquianestesia, y últimamente propone utilizar un material de sutura reabsorbible y de manera continua, lo cual redundaría en un mayor beneficio económico y disminuye el tiempo quirúrgico.¹⁷ Armas y Duménigo en su estudio refieren que más de la mitad de sus pacientes se operaron con anestesia raquídea (58.82 %). Se usó anestesia local infiltrativa según la técnica de Braun en 13 pacientes (38.24 %); en 1 caso se usó anestesia general por contraindicación de otros procedimientos.

La anestesia local ha devenido el método anestésico ideal para este tipo de cirugía, hasta hace algunos años poco usada o reservada para pacientes con hernias primarias, unilaterales con peso corporal promedio. Hoy su uso prácticamente no reconoce límites y puede utilizarse prácticamente en cualquier hernia inguinal, lo cual facilita además la realización de este tipo de proceder de forma ambulatoria, disminuir con ello los costos por conceptos de estadía hospitalaria, y permitir triplicar el número de reparaciones que se pueden realizar.¹⁸ La Gráfica 5 muestra que durante el estudio se presentaron 147 complicaciones (14.3 %), de las cuales predominó la recidiva herniaria con 99 paciente, seguida de retención urinaria e hipoestesia con 45 y 22 pacientes respectivamente.

Según López en su estudio, refiere que el grupo de Desarda presentó menor morbilidad 16 casos (5.1 %), mientras que el grupo de Lichtenstein presentó 25 casos (8 %). El seroma y la infección son los que predominaron. Hubo recidiva herniaria en 2 pacientes (0.6 %) con la técnica de Lichtenstein y en 3 pacientes (0.9 %) con la técnica de Desarda. Con la herniorrafia de Desarda se obtienen los mismos resultados satisfactorios que con la hernioplastia de Lichtenstein y aporta ahorros económicos importantes.¹⁹ Duménico y armas en su estudio muestran que otras complicaciones tempranas de la hernioplastia de Lichtenstein encontradas divergen según los autores. Las más mencionadas son los hematomas, seromas, neuralgias y granulomas, entre otras menos frecuentes.²⁰

CONCLUSIONES

La hernia inguinal constituye la enfermedad quirúrgica más frecuente en el sexo masculino. La mayoría presentó una hernia inguinal grado 3, donde la técnica mas empleada fue "Bassini" utilizando la anestesia local y como complicación más frecuente se presentó la recidiva herniaria.

RECOMENDACIONES

- Crear una sala de hernias donde puedan atenderse y operarse estos pacientes de manera especializada y rápida que incluya al personal quirúrgico entrenado que gane en experiencia a fin de disminuir la recidiva herniaria.
- Fomentar el uso de nuevas técnicas quirúrgicas como las hernioplastias sin tensión.

- Fomentar la educación higiénico sanitaria en la población e insistir en los factores de riesgo como el esfuerzo físico intenso, desnutrición, obesidad y hábito de fumar.
- Desarrollar la video laparoscopia al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las hernias inguinales, ya que actualmente muchos servicios nacionales e internacionales reconocen las ventajas de este método.

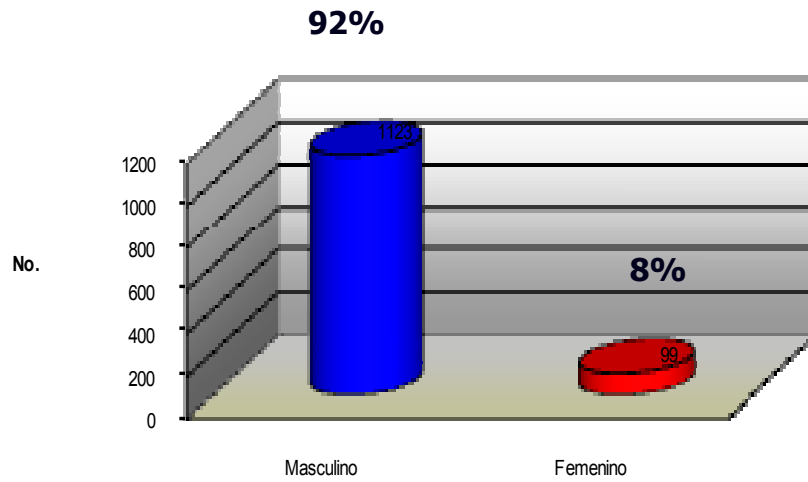
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broca MP. De l'étranglement dans les Hernies Abdominales. París: Víctor Masson; 2007.
2. Allbutt TC. The historical relations of Medicine and Surgery to the end of the Sixteenth Century. Londres: Macmillan; 2005.
3. Debord JR. Desarrollo histórico de las prótesis en cirugía de hernia. Clin Quir Nort (ed. en español). 2008; 6: 919-949.
4. Alibert JL. Nosologie Naturelle ou Les Maladies du Corps Humain. París: Germer Bailliére; 2007.
5. Molina Fernández E, Goderich Lalán JM. Técnica de Trabucco: primer reporte nacional. Hospital Clínicoquirúrgico Comandante Manuel Fajardo. *Rev Cubana Cir*[internet]. 2007[citado 23 septiembre 2010]; 46(4). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_4_07/cir05407.htm
6. Barth RJ, Burchard KW, Tosteson A, Sutton JE, Colacchio TA, Henriques HF, et al. Short term outcome after mesh or Shouldice herniorrhaphy: A randomized, prospective study. *Surgery*. 2005; 123(2):121-6.
7. Pastó Pomar E, Goderich Lalán JM, Pardo Olivares E, González Tuero JH. Hernioplastias en las complicaciones agudas de las hernias inguinocrurales. Hospital Provincial Docente Dr. Joaquín Castillo Duany. *MEDISAN* [Internet]. 2007[citado 23 septiembre 2010]; 11(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san03307.htm.
8. Heister L. Instituciones Quirúrgicas y Cirugía Completa Universal. tIII. Madrid: Miguel Francisco Rodríguez; 2009.

9. Goderich Lalán JM, Pardo Olivares E. Clasificación de las hernias de la pared abdominal: consideraciones actuales. Hospital Clínico-Quirúrgico Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba. 2006. p.6.
10. Pollak K. Los discípulos de Hipócrates. Barcelona: Plaza& Janés; 2009.
11. Chalot. Cirugía Operatoria. Barcelona: José Espasa; 1902.
12. Cooper A. Oeuvres chirurgicales completes. París: Béchet Jeune; 2007.
13. Read RC. Revisión histórica del tratamiento de la hernia. En: Nyhus-Condon. Hernia 3ªed. Buenos Aires: Panamericana; 2009.
14. Ripoll A. Contribution a l'étude des hernies étranglées. París: V. Adrien Delahaye; 2007.
15. Pastó Pomar E, Goderich Lalán JM, Pardo Olivares E, González Tuero JH. Hernioplastias en las complicaciones agudas de las hernias inguinocrurales. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" MEDISAN [Internet]. 2007[citado 22 septiembre 2010]; 11(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san03307.htm.
16. Armas Pérez B, Duménigo Arias O. Hernioplastia inguinal de Rutkow y Robbins, sin recurrencias. Rev Cubana Cir [Internet]. 2008[citado 23 octubre 2010]; 47(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol47_2_08/cir06208.htm
17. Molina Fernández E. Técnica de Trabucco: primer reporte nacional (septiembre de 2005) Hospital Clínicoquirúrgico «Comandante Manuel Fajardo». Rev Cubana Cir. 2007;46(4)
18. Pol Herrera P, López Rodríguez R. Cirugía de la hernia inguinal en la tercera edad: ambulatoria y con hospitalización corta Hospital General Docente «Enrique Cabrera» La Habana, Cuba. Rev Cubana Cir[Internet]. 2010[citado 22 septiembre 2010]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol50_1_10/cir07111.htm
19. Desarda MP. No mesh inguinal hernia repair with continuous absorbable sutures: A dream or reality? (A study of 229 patients). The Saudi Journal of Gastroenterology. 2008; 14(3):122-27.

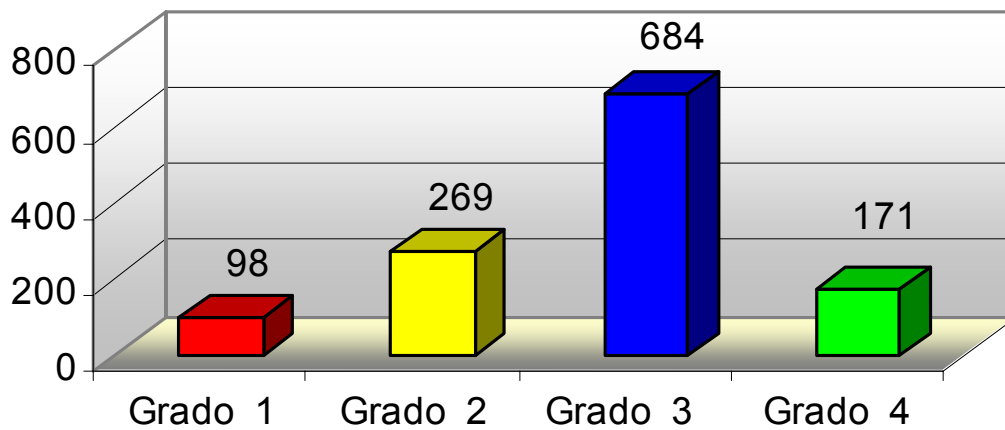
20. Duménigo Arias O, Armas Perez B. Hernioplastia inguinal de Lichtenstein: la mejor opción. Hospital Provincial Universitario Clinicoquirúrgico «Amalia Simoni Argilagos». Archivos Médicos de Camagüey. 2006

Gráfico 1. Sexo.



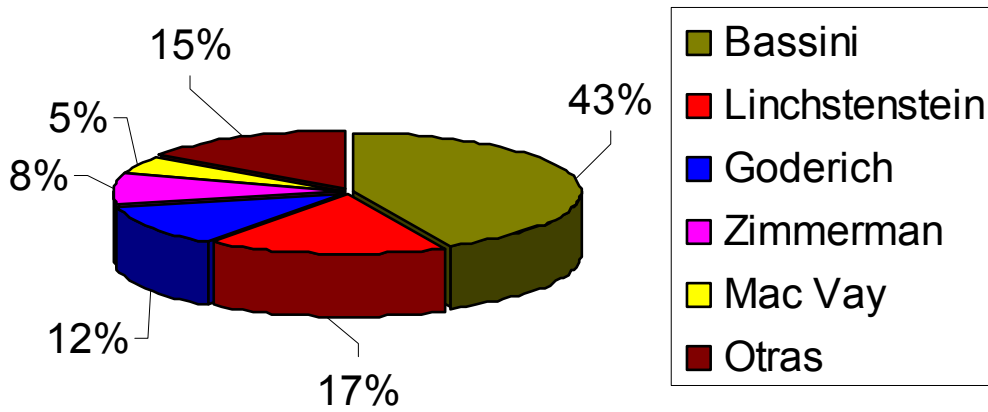
F

Gráfico 2. Clasificación de Nyhus.



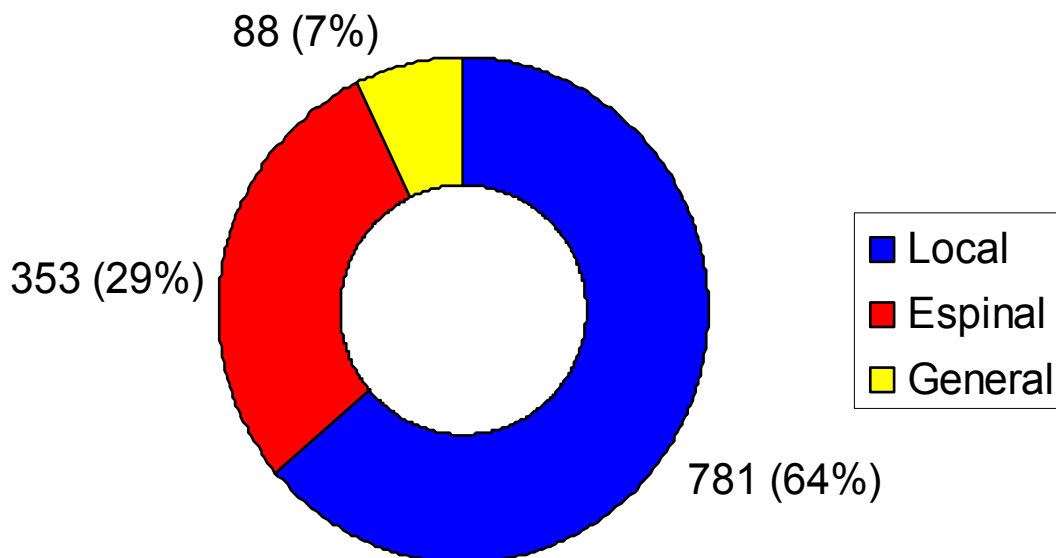
Fuente: Departamento de Estadística H.G.D. A. Neto, 2005-2010.

Gráfico 3. Técnicas empleadas.



Fuente: Departamento de Estadística H.G.D. A. Neto, 2005-2010.

Gráfico 4. Tipo de anestesia.



Fuente: Departamento de Estadística H.G.D. A. Neto, 2005-2010.

Gráfico 5. Complicaciones postoperatorias.

