

Dirección

Junta Directiva de ASECMA

Jefe de Redacción Servando López Álvarez Complejo Hospitalario Universitario A Coruña e-mail: servando.alais@gmail.com	Secretario de Redacción Filadelfo Bustos Molina Complejo Hospitalario de Toledo e-mail: fbustos@sescam.jccm.es
--	--

Comité de Redacción

Área de Anestesiología y Terapéutica del Dolor Matilde Zaballos García Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid	Área de Enfermería Carmen López Fresneña Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Ana López Gutiérrez Hospital Clinic. Barcelona	Montserrat Santa-Olalla Bergua Hospital de Viladecans. Barcelona
Área de Especialidades Quirúrgicas Alfredo Jiménez Bernardó Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza	Área de Calidad y Gestión Jesús Martín Fernández Hospital General de Ciudad Real
Pilar Hernández Granados Hospital de Alcorcón. Madrid	Pilar Argente Navarro Hospital Universitario La Fe. Valencia

Comité Editorial

José María Capitán Vallvey Complejo Hospitalario Jaén	María Isabel García Vega Fundación Jiménez Díaz. Madrid
Paula Diéguez García Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	Miguel Prats Maeso Hospital de Mataró. Barcelona
Manuel Planells Roig Hospital Quirón. Valencia	Magi Raich Brufau Hospital Vall d'Hebron. Barcelona
Fernando Docobo Hospital Virgen del Rocío. Sevilla	Carmen Cereijo Garea Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Fernando Gilsanz Rodríguez Hospital La Paz. Madrid	M.ª Cruz Isar Santamaría Complejo Hospitalario de Toledo
Ana María Laza Alonso Complejo Hospitalario de Toledo	Juan Viñoles Pérez Hospital Pesset. Valencia
Miguel Vicente Sánchez Hernández Hospital Clínico. Salamanca	

Junta Directiva de ASECEMA

Presidente
Miquel Prats Maeso

Secretario
Luis Hidalgo Grau

Tesorero
Miguel Vicente Sánchez Hernández

Vocal de Anestesia
María Isabel García Vega

Vocal de Cirugía
Manuel Planells Roig

Vocal de Enfermería
María Teresa Valle Vicente
María Virtudes Navarro García

Vocal de Gestión
Óscar Colomer

Vocal de Calidad
Matilde Zaballos García

Vocal de Formación
Magi Raich Brufau

Presidente Simposio 2014
José Antonio Ramírez Felipe

Presidente del Comité Científico
Fernando Docobo

Jefe de Redacción de CMA
Servando López Álvarez

IAAS

International Association for Ambulatory Surgery

ASECMA forma parte de la IAAS (International Association for Ambulatory Surgery).
Se puede consultar todas las sociedades pertenecientes a la IAAS en la web <http://www.iaas-med.com/>

EN LA PÁGINA WEB OFICIAL DE ASECEMA SE PUEDE CONSULTAR EL CONTENIDO DE LA REVISTA
NORMAS DE PUBLICACIÓN DISPONIBLES EN LA WEB OFICIAL DE ASECEMA

© Copyright 2014. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular del copyright. La editorial declina toda responsabilidad sobre el contenido de los artículos que aparezcan en esta publicación.

Publicación trimestral más suplementos

Tarifa suscripción anual: Mir y Estudiantes: 48 €; Médicos: 65 €; Organismos y Empresas: 110 €; Países zona euro: 269 €; Resto de países: 383 € (IVA incluido)

Incluida en Directorio LATINDEX, Índice Médico Español (IME) e Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

Soporte válido SV 98-R-CM. ISSN 1137-0882. Depósito legal: TO-1436-1996.

© INSPIRA NETWORK. Tel. +34 607 82 53 44 / Fax. +91 547 05 70 C/ Irún, 21. 28008 Madrid. manuel.santiago@inspiranetwork.com

Edita: ASECEMA

Secretaría Técnica y Coordinación Editorial: Inspira Network

Imprime: Diseño y Control Gráfico

SUMARIO / SUMMARY

OCTUBRE-DICIEMBRE / OCTOBER-DECEMBER 2014
VOL. 19 N.º 4

Editorial

- **Hernia inguinal bilateral: ¿vía abierta o vía laparoscópica?** / XXXXXX XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXX XXXXXX XXXXXX
J. M. Suárez Grau 115

Artículos originales

- **Utilidad del bloqueo canal aductor ecoguiado en cirugía ambulatoria de artroscopia de rodilla** / Usefulness of ultrasound-guided adductor canal block in outpatient arthroscopic knee surgery
J. M. López González, B. M. Jiménez Gómez, I. Areán González, L. Padín Barreiro, G. Illodo Miramontes, S. López Álvarez 118
- **Tratamiento quirúrgico de las hemorroides según técnica Milligan-Morgan comparando disección mediante diatermia versus sellado vascular** / Surgical treatment of hemorrhoids according to Milligan-Morgan technique comparing diathermy dissection versus vascular sealing
F. G. Onieva-González, D. López-Guerra, I. Gallarín-Salamanca, M. T. Espín-Jaime, J. M. Cáceres-Salazar, J. Salas-Martínez 125
- **The effects of general anaesthesia on memory recall following day-case knee arthroscopy**
S. El Shafie, J. Craik, A. M. Day, J. Desborough, N. Bardakos, R. Twyman 132
- **Day Surgery for Breast Cancer: A series from Greece and literature review**
I. E. Katsoulis, A. Ioakeimidis, I. Misitzis, E. Filopoulos 136

Caso clínico

- **Anestesia ambulatoria en un paciente con miopatía mitocondrial** / Ambulatory anaesthesia in a patient with mitochondrial myopathy
D. García-Girona 140

Imagen

- **Enfisema subcutáneo difuso secundario a hernioplastia inguinal abierta** / Diffuse subcutaneous emphysema due to open inguinal hernia repair
L. M. Merino Peñacoba, J. Ortiz de Solórzano, J. González Perea, J. Beltrán de Heredia 142

- Boletín informativo ASECMA 143

EDITORIAL

Hernia inguinal bilateral: ¿vía abierta o vía laparoscópica?

XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXX

J. M. Suárez Grau

Hospital General Básico de Riotinto, Huelva

Autor para correspondencia: servando.alais@gmail.com

Existen pocas publicaciones que aborden el tema de la hernia inguinal bilateral (HIB) de una forma específica, siendo sus resultados en la mayoría de los casos entremezclados con los de la hernia inguinal unilateral, lo cual hace difícil extraer conclusiones definitivas en cuanto a su manejo. Hoy en día disponemos de múltiples estudios en hernia inguinal, pero el tema de la bilateralidad es abordado desde varias perspectivas: HIB diagnosticada, HIB oculta o incipiente y HIB “futura” (1,2).

Al tratar en concreto la HIB diagnosticada en la literatura, se ha recogido que suponen el 10-15 % de las intervenciones realizadas (1,2). Hace varios años se discutía si la reparación debía ser secuencial o en un solo acto quirúrgico, pero una vez aceptada de forma mayoritaria esta última alternativa, el principal tema de discusión es el uso de técnicas abiertas o laparoscópicas. En la literatura española hay grupos que realizan hernia inguinal bilateral abierta y afirman que es un proceso ambulatorizable al 100 % (3), frente a otros grupos que realizan abordaje laparoscópico con un porcentaje de ambulatorización similar (80 %) (4), no alcanzando las mismas cifras cuando afrontan la HIB de forma abierta. Por lo tanto, la HIB tanto abierta como laparoscópica (TAPP o TEP) es una cirugía actualmente ambulatorizable en un alto porcentaje de los casos (solo serían no tributarios de CMA aquellos casos desaconsejados, bien por contraindicaciones presentadas por el propio paciente, o por presentar hernias muy complejas no subsidiarias de tratamiento ambulatorio, lo cual debe ser dirigido desde la consulta hacia un proceso con ingreso) (4,5). Así pues, una de las principales indicaciones donde se ha aceptado más ampliamente la cirugía laparoscópica es precisamente en el campo de la reparación de la HIB y de la hernia inguinal recidivada (5,6).

El uso de la cirugía laparoscópica en la HIB posee grandes ventajas: el ahorro de tiempo que supone el poder realizar

ambas intervenciones a través de un único abordaje, así como la posibilidad que brinda de explorar ambas regiones inguinales, teniendo en cuenta que en el 11-20 % de los casos de hernia unilateral existe una contralateral subclínica, rápida recuperación e incorporación a la vida laboral, etc. (6,7). No obstante, es posible que su aplicación no se haya realizado de forma sistemática en nuestros centros debido a otros factores o inconvenientes: requiere material específico, la curva de aprendizaje, la necesidad de cambiar protocolos de CMA más adecuados a este tipo de intervención, etc.

Por lo tanto, dentro del tratamiento de las HIB, el abordaje laparoscópico supone una de las principales indicaciones (así como en las recidivas herniarias de abordaje anterior) dentro de la aplicación de la laparoscopia en el tratamiento de la hernia inguinal.

McCormack y cols. (8) analizaron la efectividad y el coste económico de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta, existiendo una ventaja económica de la cirugía abierta para el tratamiento de la hernia inguinal primaria, pero una clara ventaja económica en el uso de la laparoscopia para el tratamiento de las hernias inguinales recidivadas y en las HIB. En esta misma revisión sistemática se analizaba la efectividad postoperatoria de la cirugía laparoscópica para una reincorporación precoz a las actividades diarias en los pacientes sometidos a un abordaje laparoscópico frente al abordaje abierto.

Por lo tanto, desde un punto de vista puramente económico, el abordaje abierto resultaría más rentable para el tratamiento de la hernia inguinal bilateral. Pero las ventajas que presenta el abordaje laparoscópico respecto a la disminución del dolor postoperatorio y la aceleración en la reincorporación laboral (en aquellos pacientes que lo desean), hacen de este abordaje mínimamente invasivo una opción

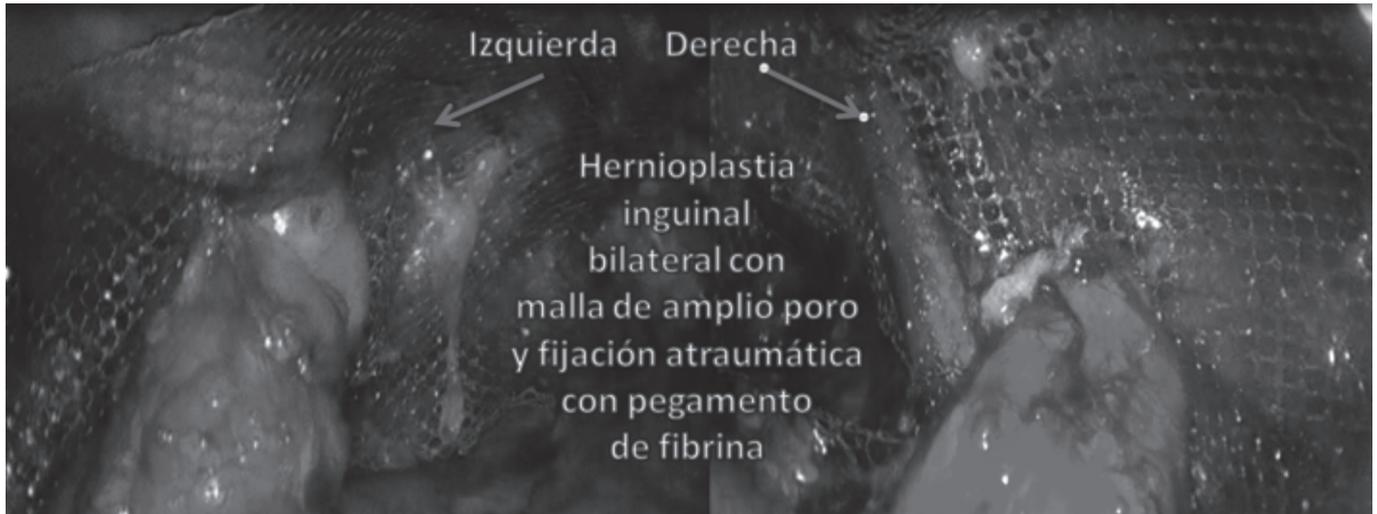


Fig. 1. Hernioplastia laparoscópica bilateral mediante TEP. Malla con amplio poro fijada con fibrina. Ambos sacos son fijados a la malla con pegamento para evitar su deslizamiento y una posible recidiva.

socio-económicamente más rentable que el abordaje abierto en las hernias inguinales bilaterales.

Ante un paciente con una hernia inguinal bilateral, salvo una contraindicación específica para el abordaje laparoscópico o la anestesia general, la reparación laparoscópica puede ser considerada actualmente como el *gold standard* según las guías clínicas de la Sociedad Europea de la Hernia (EHS) y de la Asociación Americana de la Hernia (AHS).

En cuanto a los otros dos tipos de HIB (oculta/incipiente y “futura”) cabe destacar, referente a la HIB oculta o incipiente, que Koehler y cols. (9) encontraron un 13 % de hernias contralaterales ocultas en pacientes sometidos a un TAPP unilateral. Thumbe y cols. (10) encontraron, a su vez, un 22 % de HIB ocultas también en TAPP y Bochkarev y cols. reportaron un 22 % de hernias contralaterales ocultas en TEP en 100 pacientes, realizado TEP.

Por lo tanto, se debe asumir que casi un cuarto o un tercio de los pacientes sometidos a cirugía de la hernia inguinal unilateral tienen en ese momento una HIB. El abordaje laparoscópico mediante TAPP (que suele ser el inicialmente realizado en la curva de aprendizaje) ayuda a su diagnóstico y tratamiento en el mismo acto quirúrgico. No parece justificable realizar laparoscopia solo por el mero hecho de diagnosticar una bilateralidad, pero sí parece lógico aplicar el abordaje laparoscópico en aquellos pacientes con molestias contralaterales a la zona a intervenir o con algún indicio, tanto en exploración como en pruebas complementarias.

En cuanto a las HIB “futuras”, Zendejas y cols. (11) realizaron en 409 pacientes una exploración mediante TEP

negativa para la región inguinal contralateral, y durante un seguimiento medio de 5,9 años (0-14) 33 pacientes (8,1 %) desarrollaron una hernia en el lado previamente sano. La incidencia a los 1, 5 y 10 años fue de 1,6, 5,9 y 11,8 % respectivamente. El momento medio de aparición de la hernia fue a los 3,7 años. La reparación profiláctica de la zona contralateral tiene ventajas en cuanto a evitar próximas intervenciones, aunque cuenta con las desventajas de aumentar el tiempo quirúrgico, así como la posibilidad de lesiones menores (siendo la principal el dolor crónico, que actualmente es muy bajo con las técnicas laparoscópicas y los nuevos materiales: mallas autoadhesivas, de amplio poro y fijación atraumática incorporada o mediante pegamentos) (12,13) (Figura 1).

En resumen, la realidad actual se centra en el desarrollo de las técnicas laparoscópicas en nuestros centros para afrontar la hernia inguinal bilateral confirmada o sospechada debido a las numerosas ventajas que presenta la técnica. El reto consiste en cambiar los procedimientos abiertos, ampliamente realizados y ya establecidos con buenos resultados, a procedimientos laparoscópicos con objeto de seguir mejorando y garantizando resultados aún mejores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ* 2008;336(7638):269-72.
2. Wauschkuhn CA, Schwarz J, Boekeler U, Bittner R. Laparoscopic inguinal hernia repair: Gold standard in bilateral hernia repair? Results of more than 2800 patients in comparison to literature. *Surg Endosc* 2010;24(12):3026-30.
3. Echevarría Canoura S, López Goye D, Calvo Rodríguez M, Paz Novo M, Sartal Cuñarro F, González Rodríguez, et al. Tratamiento de la hernia inguinal bilateral con malla autoadhesiva en régimen de cirugía ambulatoria. ¿Un nuevo estándar? *Cir May Amb* 2014;19(1):7-10.

4. Torralba Martínez JA, Moreno Egea A, Lirón Ruiz R, Miguel Perelló J, Alarte Garvía JM, Martín Lorenzo JG, et al. ¿Es adecuado incluir el tratamiento convencional y laparoscópico de la hernia inguinal bilateral en un programa de cirugía mayor ambulatoria sin ingreso? *Cir Esp* 2003;73(3):342-6.
5. Torralba Martínez JA, Moreno Egea A, Lirón Ruiz R, Alarte Garvía JM, Morales Cuenca G, Miguel Perelló J, et al. Hernia inguinal bilateral: cirugía abierta frente a reparación laparoscópica extraperitoneal. *Cir Esp* 2003;73(2):282-7.
6. Hay JM, Boudet MJ, Fingerhut A, Poucher J, Hennet H, Habib E, et al. Shouldice inguinal hernia repair in the male adult: The gold standard? A multicenter controlled trial in 1578 patients. *Ann Surg* 1995;222:719-27.
7. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouilliot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13(4):343-403.
8. McCormack K, Wake B, Perez J, Fraser C, Cook J, McIntosh E, et al. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: Systematic review of effectiveness and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2005;9(14):76-80.
9. Koehler RH. Diagnosing the occult contralateral inguinal hernia. *Surg Endosc* 2002;16:512-20.
10. Thumbe VK, Evans DS. To repair or not to repair incidental defects found on laparoscopic repair of groin hernia: Early results of a randomized control trial. *Surg Endosc* 2001;15:47-9.
11. Zendejas B, Onkendi EO, Brahmabhatt RD, Greenlee SM, Lohse CM, Farley DR. Contralateral metachronous inguinal hernias in adults: Role for prophylaxis during the TEP repair. *Hernia* 2011;15(4):403-8.
12. van den Heuvel B, Beudeker N, van den Broek J, Bogte A, Dwars BJ. The incidence and natural course of occult inguinal hernias during TAPP repair: Repair is beneficial. *Surg Endosc* 2013;27(11):4142-6.
13. Thumbe VK, Evans DS. To repair or not to repair incidental defects found on laparoscopic repair of groin hernia: Early results of a randomized control trial. *Surg Endosc* 2001;15(1):47-9.