

Recibido: 29-01-2024. Aceptado: 29-12-2023

ORIGINAL

<https://doi.org/10.20986/revcma.2025.1017/2025>

Hernia inguinal bilateral en régimen de cirugía mayor ambulatoria en el hospital "El Tomillar": ¿cómo hemos cambiado en la última década?

Bilateral inguinal hernia in major outpatient surgery at "El Tomillar" hospital: how have we changed in the last decade?

Laura Berlanga Jiménez, Inés Pérez Dionisio, Alberto Chivite Moreno, Rosario Jurado Jiménez, Lourdes Gómez Bujedo y Juan Pastor Roldán Aviña

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital "El Tomillar". Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Alcalá de Guadaira, Sevilla, España

Autor para correspondencia: Juan Pastor Roldán Aviña (jpoldan@aecirujanos.es)

RESUMEN

Objetivos: Realizamos el presente estudio con el objetivo de confirmar el progresivo aumento de las técnicas mínimamente invasivas (CMin) frente a las técnicas abiertas tradicionales en el tratamiento de los pacientes con hernia inguinal bilateral (HIB) manteniendo el porcentaje de ambulatorización.

Pacientes y métodos: Se han revisado las historias de los pacientes intervenidos de HIB entre los años 2013 y 2022 comparando el abordaje mediante técnicas abiertas sin tensión y CMin. Para ello se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, lateralidad, tipo de hernia, ASA, IMC, tipo de cirugía, tipo de malla, fijación, apertura peritoneo, conversión, duración, alta en régimen de CMA, complicaciones, dolor postoperatorio y recidivas. Se excluyeron las hernias recidivadas.

Resultados: Se intervinieron 286 pacientes (185 técnica abierta y 101 CMin). Los resultados en cuanto a complicaciones, recidivas y nivel de ambulatorización no mostraron diferencias entre ambos grupos, observándose un aumento progresivo de los pacientes intervenidos mediante CMin.

Conclusiones: La ambulatorización de la HIB es factible independientemente del abordaje utilizado y la individualización de la técnica atendiendo a los factores de cada paciente es probablemente la clave para el éxito del procedimiento.

Palabras clave: Hernia inguinal bilateral, cirugía mayor ambulatoria, cirugía mínimamente invasiva, laparoscopia, índice de sustitución, pernoctas no planificadas.

ABSTRACT

Objectives: We carried out this study with the objective of confirming the progressive increase in minimally invasive techniques (MIS) compared to traditional open techniques in the treatment of patients with bilateral inguinal hernia (BIH), maintaining the percentage of outpatient treatment.

Patients and methods: We reviewed the histories of patients operated on for BIH between 2013 and 2022, comparing the approach using open tension-free techniques and MIS. For this purpose, a retrospective descriptive study was performed. The variables analyzed were: age, sex, laterality, type of hernia, ASA, BMI, type of surgery, type of mesh, fixation, peritoneal opening, conversion, duration, discharge on the same day, complications, postoperative pain and recurrences. Recurrent hernias were excluded.

Results: 286 patients were operated on (185 open technique and 101 MIS). The results in terms of complications, recurrences and level of ambulatory care showed no differences between the two groups, with a progressive increase in the number of patients operated on using MIS.

Conclusions: Ambulatory BIH is feasible regardless of the approach used and individualization of the technique attending to each patient's factors is probably the key to the success of the procedure.

Keywords: Bilateral inguinal hernia, major outpatient surgery, minimally invasive surgery, laparoscopy, surrogate index, unplanned overnight stays.

INTRODUCCIÓN

En el año 1997, la UCMA de nuestro centro presentó en el Tercer Congreso Nacional de la ASECMA los resultados del tratamiento de las HIB mostrando la plausibilidad del abordaje quirúrgico de esta patología en régimen ambulatorio (1). Por aquel entonces otras UCMA a nivel nacional ya habían empezado a desarrollar experiencias similares en sus centros con resultados que animaban a continuar en ese camino.

Hasta entonces, y de forma tradicional, el tratamiento de la HIB había sido una de las fronteras de la CMA, y también una de las causas principales de los tan temidos "fallos de CMA" e ingresos no planificados. En la mayor parte de los casos estos fallos se relacionaban con el mal control del dolor postoperatorio como por la necesidad de una anestesia raquídea prolongada con sus consiguientes efectos secundarios (en especial, las retenciones de orina).

En la literatura científica poco a poco empiezan a aparecer trabajos en los que se plantea la posibilidad tanto de realizar la cirugía en un solo tiempo como de ambulatorizar el procedimiento de la HIB. Así, en el año 2002, Dakkuri y cols. publicaron su artículo "¿Se deben reparar las hernias bilaterales en una sola operación?" (2), en el que concluían que con los principios de la reparación herniaria sin tensión los resultados fueron similares a los de las hernias unilaterales, logrando además una reducción en los costes al hacerlo en un solo tiempo. En nuestro país, Torralba y cols. publicaron en 2003 un artículo que ya aventuraba el futuro titulado "¿Es adecuado incluir el tratamiento convencional y laparoscópico de la hernia inguinal bilateral en un programa de cirugía mayor ambulatoria sin ingreso?" (3) en el que presentaron un IS en cirugía abierta del 52,9 % frente al 90,1 % en abordaje laparoscópico (TEP).

A principios del año 2023 Guillaumes y cols. publicaron una exhaustiva revisión: "Reparación ambulatoria de la hernia inguinal en España: estudio de base poblacional de 1.163.039 pacientes - factores clínicos y socioeconómicos asociados con la opción de cirugía ambulatoria" (4). Entre los resultados destacaba que el IS general en hospitales públicos en España pasó del 30,7 % en 2004 al 63,4 % en 2019 (23,8 % para el caso de la HIB). Del análisis de los factores describieron aquellos que favorecían la ambulatorización de las hernias destacando: procedimientos realizados en un hospital público, reparación unilateral, hernias primarias, edad < 65 años, cirugía abierta y sexo femenino.

Por todo lo apuntado anteriormente hemos querido revisar nuestros resultados en el tratamiento de la HIB durante 10 años consecutivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las HIB intervenidas en la UCMA de nuestro centro, entre enero de 2013 y diciembre de 2022 (con un seguimiento mínimo postoperatorio de 6 meses). Se trata de una Unidad Satélite tipo III. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, lateralidad, tipo de hernia, ASA, IMC, tipo de cirugía, tipo de malla, fijación, apertura peritoneo, conversión, duración, alta en régimen de CMA, complicaciones y recidivas. Se excluyeron las hernias recidivadas. Se creó una base de datos *ad hoc* que se exportó posteriormente para su análisis estadístico con el programa SPSS versión 28.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago. IL. EE. UU.).

RESULTADOS

En el periodo estudiado, se intervinieron un total de 286 pacientes. Los datos estadísticos básicos están recogidos en la Tabla I.

Analizando los datos anteriores vemos cómo ha sido la evolución a lo largo de la última década. En primer lugar, se aprecia que progresivamente el abordaje laparoscópico va sustituyendo a la cirugía abierta como técnica de elección para el tratamiento de las HIB como se ve en la Figura 1.

Otro cambio que hemos apreciado dentro de las técnicas abiertas es la progresiva sustitución de la hernioplastia tipo malla-tapón de Rutkow-Robbins por la hernioplastia de Lichtenstein, tal y como recomienda la Guía de la EHS (Figura 2).

Respecto al análisis de los fallos de CMA, no se ha encontrado ninguna relación con ninguna de las variables revisadas. Al principio de la serie laparoscópica, los pacientes se quedaban ingresados una noche por protocolo. Tampoco hemos encontrado ninguna relación entre la aparición de recidivas y las variables recogidas; aun así, revisando las historias clínicas del grupo laparoscópico, en tres de las cinco recidivas el cirujano principal aún no había completado su curva de aprendizaje.

En la Figura 3 queda representado el IS, pudiéndose comprobar que una vez afianzada la técnica laparoscópica los resultados igualan e incluso mejoran a los de la cirugía abierta.

En cuanto al IPNP representado en la Figura 4, se comprueba que al igual que con el IS, los datos mejoran tanto de forma global como individualmente para cada grupo de técnicas. Durante los años 2015, 2016 y 2017, se pasó de dejar ingresados a todos los pacientes por protocolo a que solo dejara aquellos que bien se operaron en el programa de tarde y/o en los que tenían su domicilio en las poblaciones más distantes del hospital y/o con edad avanzada y/o con comorbilidades.

TABLA I

RESULTADOS (T STUDENT PARA DOS MUESTRAS RELACIONADAS; $p < 0,05$)

	Abierta 185	CMIn 101	Total 285	<i>p</i>
Sexo				
– Hombre	166	99	265	<i>p</i> < 0,016
– Mujer	19	2	21	
Edad (años)	58,16 (22-89)	51,62 (27-75)	55,85 (22-89)	<i>p</i> < 0,001
ASA				
– I	35	33	68	ns
– II	122	65	187	ns
– III	28	3	31	<i>p</i> < 0,0001
IMC (kg/m²)	26,57 (18,56-38,37)	25,72 (17,63-33,06)	26,29 (17,63-38,37)	ns
Técnica				
– Rutkow-Robbins	100		185	-
– Lichtenstein	79			
– Otras	6			
– TEP		98	101	
– TAPP		3		
Anestesia				
– General	6	101	107	ns
– Locorregional	173	0	173	<i>p</i> = 0,001
– Local + sedación	6	0	6	ns
Duración (minutos)	75,80 (35-165)	83,11 (40-150)	75,80 (35-165)	<i>p</i> < 0,002
Dolor < 48 h (ENA)	2,01/10	1,61/10	1,87/10	ns
Recidiva	5/185 (2,7 %)	5/101 (4,95 %)	10/286 (3,49 %)	<i>p</i> < 0,001
Dolor 30 días (ENA)	1,12/10	1,02/10	1,09/10	ns

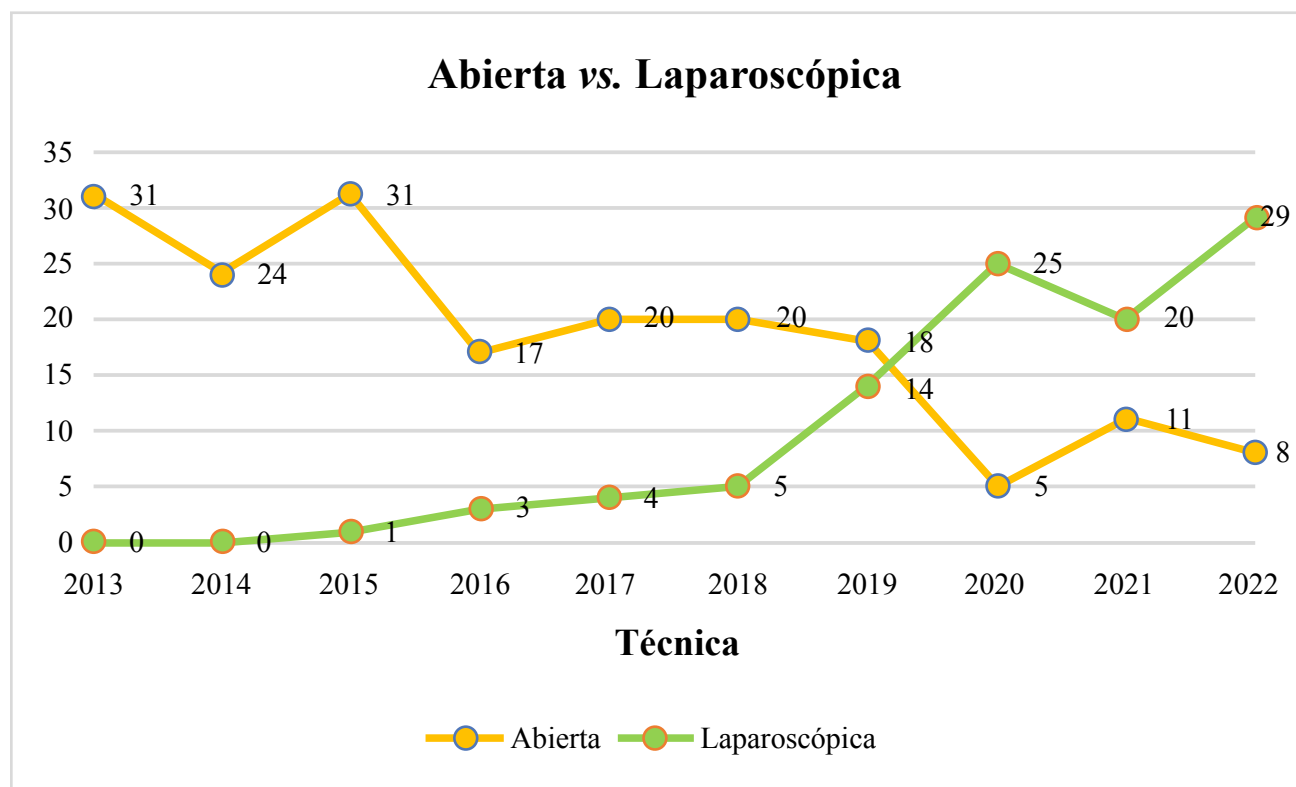


Figura 1. Comparación del número de pacientes de técnica abierta vs. laparoscópica.

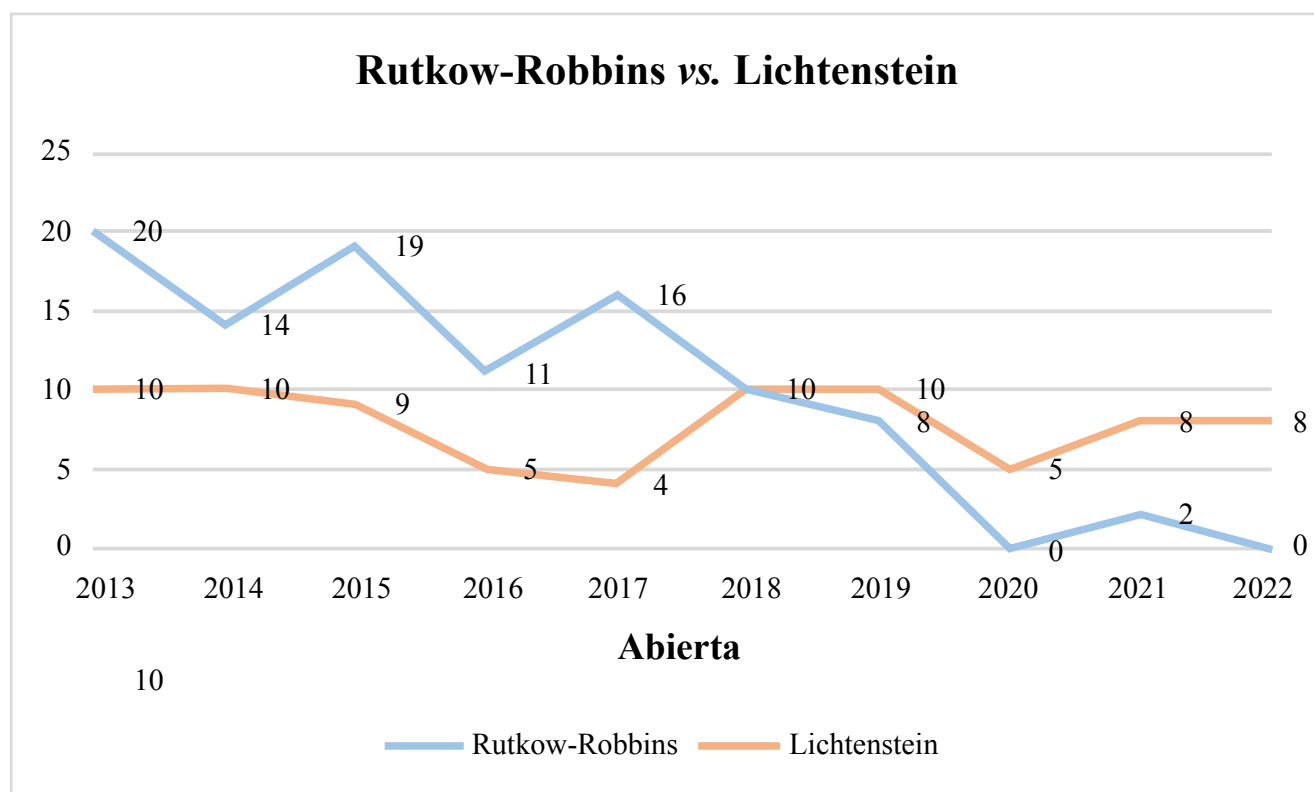


Figura 2. Comparación del número de pacientes de hernioplastia Rutkow-Robbins vs. Lichtenstein.

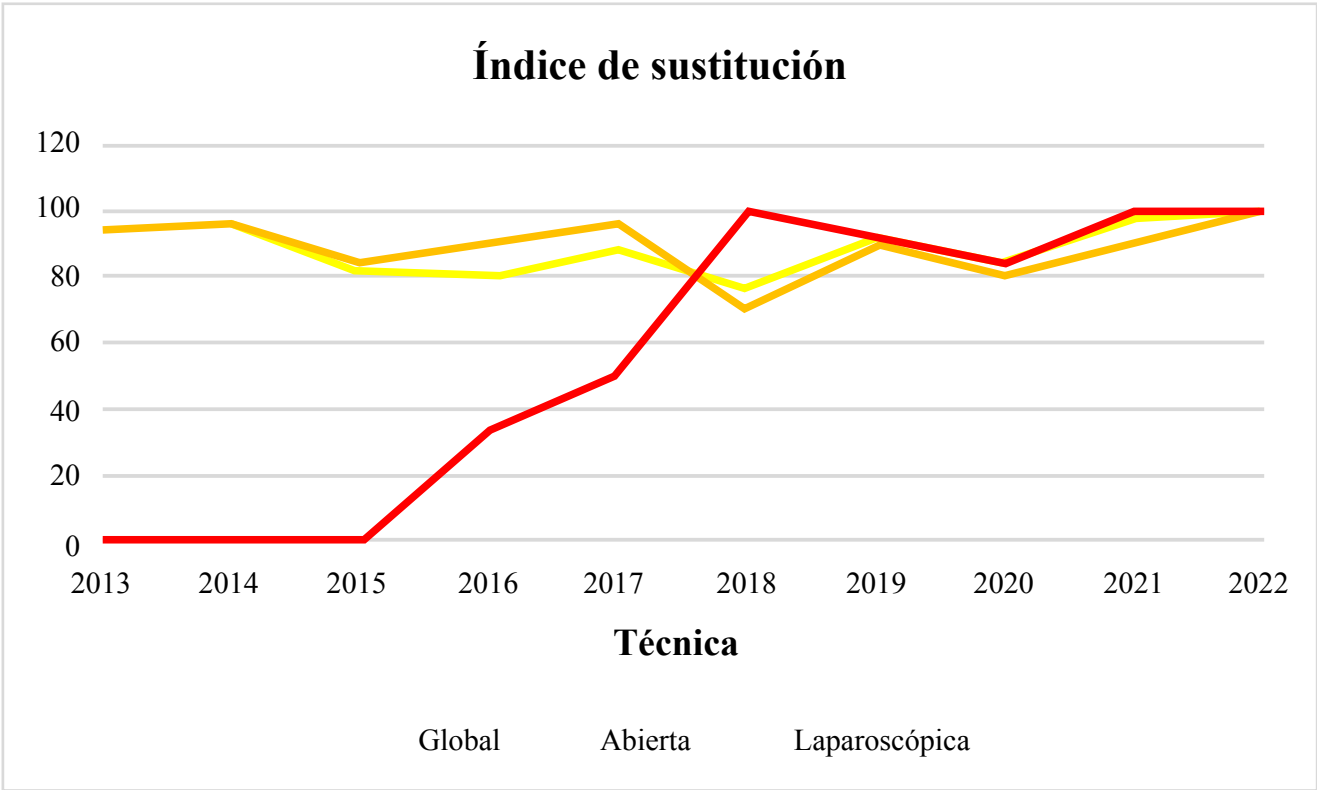


Figura 3. Índice de sustitución global, técnica abierta y laparoscopia.

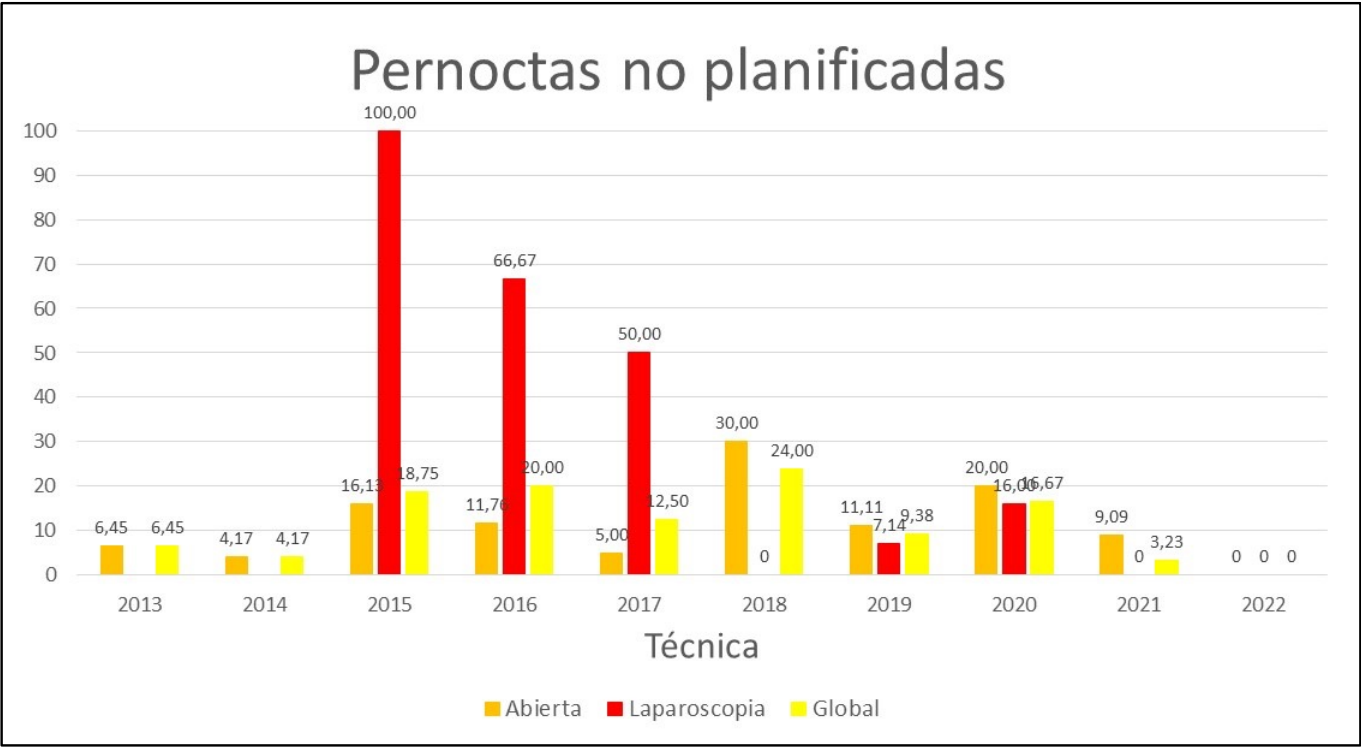


Figura 4. Pernoctas no planificadas global, técnica abierta y laparoscopia.

DISCUSIÓN

Cuando estamos llegando al final del primer cuarto del siglo XXI, sigue costando mucho aceptar que la mayoría de los pacientes intervenidos de HIB no se benefician de las ventajas de la CMA. Repasamos a continuación los principales aspectos a tener en cuenta para lograr que la ambulatorización de las HIB sea cada vez mayor no solo en las UCMA sino a todos los niveles.

Una vez que quedó clara la factibilidad del tratamiento quirúrgico de la HIB en régimen de CMA, el debate científico se trasladó a ver qué abordaje ofrecía más ventajas si por vía abierta o por laparoscópica. Hace más de 20 años, *Torralla y cols.* abogaban por la utilización del abordaje tipo TEP en su artículo "*Hernia inguinal bilateral: cirugía abierta versus reparación laparoscópica extraperitoneal*" (5) donde describían un índice de sustitución del 56 % vs. 85,7 % a favor del abordaje laparoscópico que además ofrecía una reducción en el tiempo quirúrgico y en el dolor postoperatorio. Feliu y cols. publicaron en 2011 "*Reparación de la hernia inguinal bilateral: ¿abordaje laparoscópico o abierto?*" (6), comparando los resultados de 128 pacientes intervenidos a lo largo de 3 años bien mediante Lichtenstein o mediante TEP con similares o incluso mejores resultados para el abordaje laparoscópico. Por aquellos años, ya existían publicaciones más específicas sobre técnicas mínimamente invasivas y en una de ellas Massazo y cols. en 2016 publicaron "*Evaluación temprana de la reparación de la hernia inguinal bilateral: una comparación entre los abordajes extraperitoneal total laparoscópico y Stoppa*" (7) con 50 pacientes intervenidos durante 5 meses, concluyendo que, a pesar del mayor tiempo operatorio, los resultados con el abordaje TEP mejoraban a los del Stoppa.

Durante algunos años la mayoría de las publicaciones eran series retrospectivas o trabajos prospectivos con un bajo número de casos o un seguimiento corto. Finalmente, en 2020, Elmessiry y Gebaly publicaron "*Reparación laparoscópica versus abierta con malla de la hernia inguinal primaria bilateral: un ensayo controlado aleatorizado de tres brazos*" (8) sobre un total de 180 pacientes a lo largo de un periodo de 3 años, comparando Lichtenstein, Stoppa y TAPP, con resultados muy superiores para el abordaje laparoscópico en cuanto a un mejor postoperatorio precoz, menor dolor crónico y una mayor tasa de satisfacción entre los pacientes.

En cuanto a artículos de revisión, Burton y Pérez publicaron en 2021 "*Comparación de la reparación de la inguinal abierta y laparoscópica*" (9) donde por fin se plantea un algoritmo a la hora de decidir qué técnica sería la ideal atendiendo a diversos parámetros (primaria/recidivada, sexo, lateralidad). En el caso de la HIB recomienda el abordaje TEP/TAPP. Dos años antes la EHS publicó una guía con sus recomendaciones para la HIB, dando preferencia a la intervención por vía laparoscópica cuando es realizada por un cirujano experto que cuente con recursos suficientes (10).

Y respecto a la técnica anestésica, ¿ha cambiado algo? Volvemos atrás en el tiempo para situarnos a finales de los años noventa para encontrar la publicación de Amid y cols. "*Reparación simultánea bajo anestesia local de hernias inguinales bilaterales*" (11) con una revisión a lo largo de 24 años sobre 2953 pacientes (incluyendo técnicas de reparación anatómica en una primera época y posteriormente técnicas protésicas sin tensión) con el que se lograban elevados índices de ambulatorización. En el mismo sentido Kark publicó en 2005 "*Reparación simultánea de hernias inguinales bilaterales con anestesia local: una revisión de 199 casos con un seguimiento de cinco años*" (12), recomendando el uso de la anestesia local con sedación para el tratamiento de estos pacientes, ante los excelentes resultados que presentaba. En la misma revista y en el mismo número Gilbert recuerda que se pueden mantener resultados con un IS por encima del 90 % independientemente del tipo de anestesia usada, y sobre todo aprovechando la anestesia raquídea para aquellos pacientes no susceptibles de ser intervenidos bajo anestesia local (13).

En el abordaje laparoscópico de la HIB la técnica anestésica empleada casi en la totalidad de los pacientes es la anestesia general. Sin embargo, en el año 2003 Cartagena y cols. publicaron "*Anestesia regional en el tratamiento ambulatorio de hernias bilaterales mediante laparoscopia totalmente extraperitoneal*" (14) en el mostraban la posibilidad de realizar TEP bajo anestesia espinal en 30 pacientes intervenidos como alternativa para aquellos pacientes a los que no se le pueda someter a una anestesia general y en manos de cirujanos expertos.

Otro aspecto interesante es la concurrencia de la bilateralidad. Burcharth y cols. publicaron en 2015 su artículo "*Los subtipos de hernia inguinal están asociados en pacientes con hernias bilaterales: un estudio epidemiológico nacional de 14 años*" (15) en el que todos los subtipos de hernia se asociaron bilateralmente en ambos sexos. En los hombres, la hernia inguinal directa produjo el riesgo más alto de operación de hernia inguinal bilateral, mientras que la hernia inguinal indirecta produjo el riesgo más alto de operación de hernia inguinal bilateral en las mujeres. Teniendo en cuenta esta correlación, podríamos disponer de una evidencia que ayudase a la exploración del lado contralateral en determinados casos como veremos a continuación.

Habitualmente todos los pacientes llegan al quirófano con un diagnóstico claro de HIB (hernia confirmada) pero no siempre ocurre así. En ocasiones existe la sospecha expresada clínicamente en la exploración física describiendo una debilidad en la región inguinal contralateral sin llegar a palparse claramente saco o defecto herniario. A este respecto Alarcón y Cañete en 2013 publicaron un artículo en el que se destacan las ventajas que aportaba el abordaje laparoscópico (TAPP/TEP) a la hora de establecer la existencia de uni/bilateralidad de la hernia en la confirmación diagnóstica de las hernias ocultas o incipientes y a la hora de establecer recomendaciones claras respecto al tratamiento que

deberíamos realizar (operar las hernias ocultas no alarga el tiempo operatorio en exceso ni aumenta la morbilidad, con claros beneficios para el paciente al que se le debe haber informado con anterioridad de esta posibilidad) (16). La recomendación de la Guía de la EHS es la de revisar el lado contralateral si se está realizando TAPP (no así si es un TEP) y si se encuentra una hernia, repararla (10). No se recomienda en ningún caso la reparación profiláctica en aquellos pacientes en los que no se aprecia hernia, ya que la morbilidad asociada no compensa las posibles ventajas.

No podemos olvidar que la analgesia multimodal, independientemente del tipo de anestesia utilizada durante el procedimiento, forma parte del éxito de los procedimientos en régimen de CMA (17). Aun así, sigue surgiendo la pregunta: ¿podemos hacer algo más para que nuestros pacientes tengan menos dolor? Suárez y cols. publicaron en 2015 su artículo “Experiencia inicial en la reparación laparoscopia (TEP) de la hernia inguinal bilateral con una nueva malla anatómica de poro grande y baja peso (Dynamesh Endolap) en corta estancia (6 meses de seguimiento)” (18), donde concluyeron que la combinación entre abordaje laparoscópico, el uso de mallas macroporosas de bajo peso molecular y la fijación atraumática eran una buena opción para favorecer una mayor tasa de éxitos en la ambulatorización de la hernia inguinal bilateral.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la HIB sigue suponiendo un desafío para las UCMA, en particular para aquellas que no cuentan con la posibilidad de pernoctación. Creemos que de forma definitiva la ambulatorización de estos pacientes debe ser incluida en la cartera de servicios que se ofertan en régimen de CMA, puesto que son numerosos los beneficios que la cirugía sin ingreso aporta tanto a los pacientes como al propio sistema sanitario.

En nuestra experiencia los factores que favorecerían el progresivo aumento de la ambulatorización para la HIB serían: adecuada selección de pacientes tanto desde el punto de vista quirúrgico (tamaño de la hernia), comorbilidades y social (apoyo sociofamiliar en el postoperatorio).

Adecuada información preoperatoria, con explicación detallada del circuito que seguirá el paciente. Prehabilitación en el caso de que se considere necesario (pérdida de peso, abandono del tabaquismo, etc.).

Aprovechamiento al máximo de las UCMA tipo III con posibilidad de pernocta (como es nuestro caso). Consideramos que esta estructura permite ampliar las indicaciones de pacientes para operarse en ella.

Acuerdos y protocolos conjuntos con los servicios de anestesiología y enfermería de bloque quirúrgico que favorezcan la analgesia multimodal desde el periodo perioperatorio,

con particular interés en el uso de la infiltración de las heridas con anestésicos locales.

Implementación, desarrollo y empleo sistemático del abordaje laparoscópico en aquellos pacientes que no tengan contraindicaciones para una anestesia general. Introducción de las mejoras de las prótesis avaladas por la comunidad científica.

Desarrollo de protocolos y árboles de decisión en cada Unidad para favorecer esta sistemática de trabajo. Auditorías internas periódicas de los resultados de la Unidad para detectar áreas de mejora.

Adecuada analgesia postoperatoria (individualizada), con información de calidad al alta y vías de contacto accesibles. Soporte y comunicación adecuados tanto desde el centro de referencia (ante una posible complicación), como desde la estructura de Atención Primaria que va a recibir al paciente en el postoperatorio inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roldán JP, F-Zulueta A, Gallardo A, G-Bujedo L, Marrero S, Marín J. Resultados de la cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bilateral. Comunicación oral. III Congreso de la Sociedad Española Cirugía Mayor Ambulatoria, Zaragoza, 1-3 de septiembre de 1997.
2. Dakkuri RA, Ludwig DJ, Traverso LW. Should bilateral inguinal hernias be repaired during one operation? *Am J Surg.* 2002;183(5):554-7. DOI: 10.1016/s0002-9610(02)00838-3.
3. Torralba JA, Moreno A, Lirón R, Miguel J, Alarte JM, Martín 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(6):342-6. DOI: 10.1016/S0009-739X(03)72158-7.
4. Guillaumes S, Hidalgo NJ, Bachero I, Juvany M. Outpatient inguinal hernia repair in Spain: a populationbased study of 1,163,039 patients-clinical and socioeconomic factors associated with the choice of day surgery. *UPIS.* 2023;75:65-75. DOI: 10.1007/s13304-022-01407-1.
5. Torralba JA, Moreno A, Lirón R, Alarte JM, Morales G, Perellí JM, et al. Hernia inguinal bilateral: cirugía abierta versus reparación laparoscópica extraperitoneal. *Cir Esp.* 2003;73(5):282-7. DOI: 10.1016/S0009-739X(03)72143-5.
6. Feliu X, Clavería R, Besora P, Camps J, Fernández-Sallent E, Viñas X, et al. Bilateral inguinal hernia repair: laparoscopic or open approach? *Hernia.* 2011;15:15-8. DOI: 10.1007/s10029-010-0736-2.
7. Massazo E, Bastos SH, Yassushi E, Yoo JH, Santos J, Zuñardía A, et al. Early assessment of bilateral inguinal repair: a comparison between the laparoscopic total extraperitoneal and Stoppa approaches. *J Minimal Acc Surg.* 2016;12(3):271-7. DOI: 10.4103/0972-9941.158957.
8. Elmessiry MM, Gebaly AA. Laparoscopic versus open mesh repair of bilateral primary inguinal hernia: A three-armed Randomized controlled trial. *Ann Med Surg.* 2020;59:145-50. DOI: 10.1016/j.amsu.2020.08.055.
9. Burton V, Pérez AJ. Comparison of open and laparoscopic inguinal hernia repair. *Mini-invasive Surg.* 2021;5:26. DOI: 10.20517/2574-1225.2021.26.
10. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* 2018;22:1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x.
11. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Simultaneous repair of bilateral inguinal hernias under local anesthesia. *Ann Surg.* 1996;223(3):249-52. DOI: 10.1097%2F00000658-199603000-00004.

12. Kark AE, Belsham PA, Kurzer MN. Simultaneous repair of bilateral groin hernias using local anaesthesia: a review of 199 cases with five-year follow-up. *Hernia*. 2005;9:131-3. DOI: 10.1007/s10029-004-0304-8.
13. Gilbert AI. Letter to the editor. *Hernia*. 2005;9:401. DOI: 10.1007/s10029-005-0027-5.
14. Cartagena J, Vicente JP, Moreno A, Sánchez MT, Aguayo JL, Sanz J. Regional anaesthesia in the outpatient treatment of bilateral inguinal hernias using totally extraperitoneal laparoscopy. *Ambul Surg*. 2003;10:55-9.
15. Burcharth J, Andressen K, Pommergaard HC, Rosenberg J. Groin hernia subtypes are associated in patients with bilateral hernias: a 14-year nationwide epidemiologic study. *Surg Endosc*. 2015;29(7):2019-26. DOI: 10.1007/s00464-014-3905-z.
16. Alarcón I, Cañete J. Cirugía bilateral en las hernias inguinales. *Cir Andal*. 2013;24:260-3.
17. López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, et al. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en Cirugía Ambulatoria (Grupo de trabajo de Dolor de ASECMA). 2.ª ed. Madrid: Inspira Network; 2012.
18. Suárez JM, Alarcón I, Bellido JA, Gómez J, Guadalajara FJ, Docobo F. Initial experience in laparoscopic bilateral inguinal hernia repair (TEP) with new anatomical mesh with large pore and low weight (Dynamesh Endolap) in short stay (6 months follow-up). *Ambulat Surg*. 2015;21(2):89-91.