Tratamiento de la hernia inguinal bilateral con malla autoadhesiva en régimen de cirugía ambulatoria. ¿Un nuevo estándar? Bilateral inguinal hernia repair with self-gripping mesh in Day Surgery setting: a new standard?

M. Echevarría Canoura, S. López Goye, D. Calvo Rodríguez, M. Paz Novo, M. Sartal Cuñarro, F. González Rodríguez, S. González Vinagre, F. Barreiro Morandeira, M. Bustamante Montalvo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela

Autor para correspondencia: chevaec@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El empleo de mallas confeccionadas con materiales parcialmente reabsorbibles y un diseño que permite que se fijen al tejido sin suturas se plantea como estándar terapéutico en la hernioplastia inguinal bilateral, disminuyendo los tiempos quirúrgicos y mejorando el dolor y la recuperación postoperatoria y, por tanto, favoreciendo la ambulatorización del proceso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo a través de la historia clínica electrónica (IANUS) de 58 pacientes intervenidos en nuestro servicio en el periodo comprendido entre enero de 2011 y marzo de 2013.

Resultados: Se han intervenido en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) 34 pacientes (58,6 %) y 24 (41,4 %) en régimen de cirugía de tarde. De los pacientes intervenidos en UCMA, solo 3 (8,8 %) precisaron ingreso. De los operados de tarde, 14 (58 %) tuvieron más de una pernocta. Sufrieron dolor agudo intenso 8 pacientes, 4 intervenidos en programa de cirugía ambulatoria y 4 en cirugía de tarde. Presentaron hematomas postoperatorios 8 pacientes, la mayoría intervenidos en cirugía de tarde, estado físico ASA III y tratados con antiagregantes o anticoagulantes.

Conclusiones: La hernioplastia inguinal bilateral con malla autoadhesiva en UCMA es un procedimiento ambulatorizable casi al 100 %. Puede plantearse como nuevo estándar en el tratamiento ambulatorio de las hernias inguinales bilaterales.

Palabras clave: hernia inguinal bilateral, malla autoadhesiva, cirugía ambulatoria.

ABSTRACT

Introduction: The use of meshes made with partially absorbable materials and a design that allows the tissue to be fixed without sutures, is considered as a therapeutic standard in the bilateral inguinal hernia repair, decreasing surgery time and improving the pain and the postoperative recovery, and for that, helping the ambulatorization of the process.

Material and methods: A retrospective study using the electronic medical record (IANUS) of 58 patients operated in our Service in the period between January 2011 and March 2013.

Results: The patients are males in 95 % of the cases. 58.6 % underwent surgery in our outpatient surgery unit, 8.8 % needed to be admitted to hospital 41.4 % were operated in the regime of evening surgery, having to sleep overnight 58 %. 8 patients suffered severe acute pain, 4 were operated in ambulatory surgery and 4 in evening surgery. 8 patients had postoperative haematomas, the majority had been operated the evening before, were ASA III and treated with antiplatelet drugs or anticoagulants.

Conclusion: The bilateral inguinal hernia repair with self-gripping mesh in our outpatient surgery unit is a day-case episode nearly 100 %. It can be considered as a new standard in the outpatient treatment of the bilateral inguinal hernias.

Key words: bilateral inguinal hernia, self-gripping mesh, day-case surgery.

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una de las entidades quirúrgicas de mayor incidencia en nuestros días. La hernioplastia es el procedimiento que los cirujanos realizan con mayor frecuencia. Esta patología satura las listas de espera quirúrgicas y provoca un consumo de recursos y un gasto sanitario importantes. Los últimos avances, tanto en materiales protésicos como en técnicas de reparación de la pared, han marcado la evolución del manejo quirúrgico de esta enfermedad. En pocos años hemos pasado de realizar técnicas anatómicas y cirugías con ingreso a hernioplastias con prótesis y cirugías ambulatorias.

Los materiales que componen las mallas también han sufrido una verdadera revolución. Entre ellas, las mallas confeccionadas con materiales parcialmente reabsorbibles y un diseño que permite que se fijen al tejido sin suturas se plantean como posibilidad terapéutica en la hernioplastia inguinal bilateral, disminuyendo tiempos quirúrgicos y mejorando dolor y la recuperación postoperatoria y favoreciendo, por tanto, la cirugía sin ingreso (1-5).

Nuestro objetivo es el análisis de las hernioplastias inguinales bilaterales con malla autoadhesiva realizadas en nuestro servicio para valorar la fiabilidad, reproducibilidad, facilidad de ambulatorización y seguridad de la técnica para su implantación como estándar en la práctica clínica. Colateralmente realizamos un estudio comparativo entre los programas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de cirugía de tarde para esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo, a través de historia clínica electrónica, de 58 pacientes intervenidos de hernia inguinal bilateral en nuestro servicio en el periodo comprendido entre enero de 2011 y marzo de 2013. Las intervenciones fueron realizadas por un grupo de cirujanos con amplia experiencia en hernioplastias.

Incluimos en nuestro estudio todos aquellos pacientes intervenidos de hernia inguinal bilateral con malla autoadhesiva (Parietex Progrid[®]-Covidien), independientemente del sexo, edad y del riesgo anestésico (estado físico ASA), tanto en CMA como en régimen de cirugía de tarde. No se incluyeron en el estudio hernias de localización crural ni aquellos casos que fueron intervenidos de urgencia por alguna complicación.

Las variables analizadas han sido edad, sexo, técnica quirúrgica (Rutkow-Robbins modificado, Lichtenstein modificado), asociación o no de tapón de polipropileno a la malla autoadhesiva, técnica anestésica empleada y clasificación ASA del paciente. Otras variables en estudio

fueron la ambulatorización y las complicaciones (dolor agudo o crónico, seroma, infección, hematoma, retención urinaria, edema escrotal, necesidad de reintervención y otras).

En todos los casos se usó la misma pauta de profilaxis antibiótica preoperatoria (cefazolina 2 gramos i.v. y en pacientes alérgicos, ciprofloxacino 400 mg i.v., entre 15 y 30 minutos antes de la incisión cutánea). La mayoría de los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia raquídea, infiltrando las heridas quirúrgicas con anestésicos locales de acción prolongada al finalizar la intervención ropivacaína (Naropin[®]) o levobupivacaína (Chirocane[®]).

Todos los pacientes intervenidos en régimen de CMA lo fueron por el mismo equipo quirúrgico, utilizando la misma técnica para la colocación de la malla autoadhesiva, situando la misma sobre la pared posterior del conducto inguinal, sobre la fascia transversalis, sobrepasando los límites de la sínfisis del pubis y llegando hasta la cintilla iliopúbica, con un punto de sujeción de material irreabsorbible (Prolene[®]) al pubis. Los pacientes intervenidos en el programa de cirugía de tarde lo fueron por un grupo menos homogéneo de cirujanos.

Postoperatoriamente se administraron los analgésicos habituales (paracetamol y dexketoprofeno, empleando como analgesia de rescate el tramadol) con las mismas pautas para todos los pacientes, recibiendo idénticas recomendaciones al alta hospitalaria. Los criterios de alta son los habituales en las unidades de cirugía ambulatoria, establecidos en el protocolo de nuestra unidad y la valoración de su cumplimiento realizada por el personal de enfermería. Básicamente buena movilidad de extremidades, ausencia de dolor intenso, tolerancia a la ingesta oral, ausencia de sangrado, ausencia de náuseas o vómitos, micción espontánea y estabilidad hemodinámica y respiratoria.

A las 24 horas y a los 7 días de la intervención se realiza encuesta telefónica a los pacientes, evaluando el dolor mediante el sistema de escala visual analógica, que cuantifica el dolor entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (dolor máximo soportable). Se procedió a la retirada del material de sutura entre los 8 y 10 días postintervención, y se constató entonces la aparición de alguna complicación.

Recogimos las distintas variables en una base de datos, y realizamos el análisis estadístico empleando el programa SPSS *vs.* 20.

RESULTADOS

Un total de 58 pacientes afectados de hernia inguinal bilateral fueron intervenidos entre enero de 2011 y marzo de 2013 y han sido incluidos en este estudio.

La edad media fue de 66 años, con una mediana de 67 años y un rango de edad entre 39 y 88 años. Entre los 71 y 80 años se incluían 17 pacientes. La mayor parte fueron varones (95 %) y solo un 5 % mujeres.

Se han intervenido en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) 34 pacientes (58,6 %) y 24 (41,4 %) en régimen de cirugía de tarde. De los pacientes intervenidos en UCMA, solo 3 (8,8 %) precisaron ingreso. De los operados de tarde, 14 (58 %) tuvieron más de una pernocta.

El riesgo anestésico (estado físico ASA) de la mayoría de nuestros pacientes fue ASA II (50 %). Fueron ASA I el 24,1 % y ASA III el 25,86 %. En este último grupo presentaron alguna complicación 8 pacientes (53 %), principalmente hematoma postoperatorio, al tratarse de pacientes a tratamiento con algún tipo de antiagregante o anticoagulante. La técnica anestésica mayoritaria fue la raquídea en 51 pacientes (87,9 %). Utilizamos anestesia general en 7 (12,1 %).

En cuanto al tipo de hernia, las hernias de tipo indirecto fueron mayoritarias. En 28 casos, que suponen un 48 %, se le asoció un tapón de polipropileno a la malla autoadhesiva.

Han presentado dolor agudo intenso 8 pacientes (13,8 %), la mayoría intervenidos en CMA, y ninguno ha presentado dolor crónico. Ocho pacientes presentaron hematomas postoperatorios, 5 de los cuales (62 %) fueron intervenidos de tarde y todos ellos ASA III. Otras complicaciones fueron infección de la herida quirúrgica en 2 pacientes (3,4 %), edema escrotal y peneano en 7 pacientes (12 %), 2 retenciones urinarias (3,4 %), 1 seroma de herida quirúrgica (1,7 %), 1 reintervención por hematoma postoperatorio en un paciente ASA III tratado con anticoagulantes (1,7 %) y, hasta el momento, no hemos objetivado ninguna recidiva.

DISCUSIÓN

En 1887, Bassini publicó sus conocimientos y técnica para la reparación de la hernia inguinal y, a partir de ese momento, muchas fueron las variantes técnicas descritas para el tratamiento de esta patología. Simultáneamente, se han ido desarrollando nuevos materiales protésicos también para intentar mejorar los resultados en este tipo de intervención. Parece evidente que la reparación con malla es superior a las reparaciones anatómicas, principalmente por disminuir las recidivas y disminuir el dolor y acelerar la recuperación postoperatoria (1-5). Con el paso del tiempo ha habido una pequeña revolución en cuanto a diseño de nuevas mallas de diferentes compuestos, estructuras y dimensiones para conseguir una mejor integración del material en el tejido, facilitando su implantación y disminuyendo el riesgo de complicaciones (3,5).

En nuestra serie hemos utilizado la malla Parietex Progrid® (Covidien), malla bicomponente con un nudo de poliéster hidrofílico monofilamento (PET) y “micro-grips” de ácido poliláctico (PLA) reabsorbible.

Existe cierta controversia en la literatura sobre la actitud quirúrgica a seguir con las ramas nerviosas (nervios ilioinguinal e iliohipogástrico) para reducir el dolor tanto inmediato como crónico. Mientras unos apuestan por la identificación y conservación de los nervios, otros defienden su sección para disminuir el dolor crónico asociado a su posible atrapamiento (3-5). Nosotros no realizamos su búsqueda de forma sistemática, pero si los identificamos somos partidarios de su conservación y mínima manipulación. La implantación de mallas autoadhesivas hace innecesaria la aplicación de las suturas típicas del Lichtenstein clásico, haciendo más improbable el atrapamiento nervioso causante de dolor crónico incapacitante (1-5). Aun así, debemos indicar que, prácticamente en la mitad de nuestros casos, asociamos un tapón de polipropileno a la malla autoadhesiva. La fijación de este tapón (emplazado en el orificio inguinal profundo) al tendón conjunto en las hernias indirectas puede producir atrapamiento nervioso y dolor crónico que en nuestra serie no se ha producido.

Por lo tanto, la malla autoadhesiva es cómoda de manejar, rápida de implantar y aporta una calidad y precisión de fijación subjetivamente buena, siempre que se consiga una adecuada disección del conducto inguinal y la pared posterior, así como una buena esqueletización del cordón inguinal (3,5).

Con los resultados de nuestra serie podemos concluir que la hernioplastia bilateral con malla autoadhesiva en UCMA es un procedimiento ambulatorizable casi al 100 %. Su inclusión en programas de cirugía de tarde dificulta el alta precoz, precisando de más de una pernocta y aumenta las complicaciones y los costes asociados. A la malla se asocia habitualmente un tapón para cierre del defecto herniario.

La percepción del dolor ha sido más intensa en pacientes ambulatorios que en los ingresados, hecho que atribuimos, por un lado al empleo de analgésicos endovenosos y, por otro, al mal seguimiento en domicilio de las pautas analgésicas por factores culturales (idea establecida en nuestro medio de la necesidad de esperar a que el dolor sea intenso para ingerir analgésicos). Ningún paciente sufre dolor crónico.

Los pacientes ASA III tienen mayor tendencia a complicaciones, sobre todo hematoma postoperatorio, que relacionamos con el tratamiento con fármacos antiagregantes o anticoagulantes. Estos pacientes deben ser intervenidos con especial cuidado y atención a la hemostasia, dada la alta probabilidad comparativa de complicarse con sangrado postoperatorio. Uno de nuestros casos precisó reintervención.

El procedimiento es seguro, fácilmente ambulatorizable, aplicable a pacientes independientemente de su ASA y con baja tasa de complicaciones, por lo que defendemos que puede constituir un nuevo estándar de tratamiento en pacientes con hernia inguinal bilateral. Por ello creemos que las mallas autoadhesivas y parcialmente absorbibles son una alternativa más en la reparación de la hernia inguinal, con beneficios evidentes en nuestra serie como son la reducción del tiempo quirúrgico por la ausencia de dificultad para su colocación y disminución del dolor postoperatorio, ya que evitamos la tensión que producían las suturas de fijación y evitamos el dolor neuropático al reducir el riesgo de atrapamiento o lesión de los nervios regionales.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Ureña MA, Hidalgo M, Feliu X, Velasco MA, Revuelta S, Gutiérrez R, et al. Multicentric observational study of pain after the use of a self-gripping lightweight mesh. *Hernia* 2011;15:511-5.
2. Pedano N, Pastor C, Arredondo J, Poveda I, Ruiz J, Montón S, et al. Open tension-free hernioplasty using a novel lightweight self-gripping mesh: Medium-term experience from two institutions. *Langenbecks Arch Surg* 2012;397:291-5.
3. Jorgensen LN, Sommer T, Assaadzadeh S, Strand L, Dorfelt A, Hensler M, et al. Randomized clinical trial of self-gripping mesh versus sutured mesh for Lichtenstein hernia repair. *Br J Surg* 2013;100:474-81.
4. Kingsnorth A, Gingell-Littlejohn M, Nienhuijs S, Schüle S, Appel P, Ziprin P, et al. Randomized controlled multicenter international clinical trial of self-gripping Parietex ProGrip polyester mesh versus lightweight polypropylene mesh in open inguinal hernia repair: Interim results at 3 months. *Hernia* 2012;16:287-94.
5. Bruna M, Cantos M, Artigues E. Utilización de mallas autoadhesivas en la hernioplastia frente a la técnica convencional. Resultado de un estudio prospectivo y aleatorizado. *Cir Esp* 2010;88(4):253-8.