

ORIGINALES

**Cirugía de la hernia inguinal en la tercera edad: ambulatoria y con hospitalización corta
Inguinal hernia surgery in third age patients: ambulatory and
with a short hospitalization**

Pablo Gonzalo Pol Herrera,

I

Pedro Rolando López Rodríguez,

II

Olga León

González,

III

Jorge Caiñas Román,

IV

Nicolás Cruz García,

V

Alejandro Pando

Santos,

VI

Huascar Rodríguez Galván

VII

I

Especialista de II Grado en Cirugía General. Investigador Agregado. Profesor Titular y Consultante. Hospital General Docente «Enrique Cabrera». La Habana, Cuba.

II

Especialista de II Grado en Cirugía General. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente «Enrique Cabrera». La Habana, Cuba.

III

Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital General Docente «Enrique Cabrera». La Habana, Cuba.

IV

Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital General Docente «Enrique Cabrera». La Habana, Cuba.

V

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular y Consultante. Hospital General Docente «Enrique Cabrera». La Habana, Cuba.

VI

Médico. Residente de Cirugía General. Hospital General Docente «Enrique Cabrera». La Habana, Cuba.

VII

Médico. Residente de Cirugía General. Hospital General Docente «Enrique

Cabrera». La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN . La cirugía de la enfermedad herniaria de la pared abdominal, y en especial de la hernia inguino femoral, ha sufrido un incremento pero en realidad su prevalencia se desconoce. El objetivo de este estudio fue valorar el resultado del tratamiento quirúrgico de la hernia de la región inguino femoral en los pacientes de

Page 2

Revista Cubana de Cirugía 2011:50(1):73-81

<http://scielo.sld.cu>

74

la tercera edad atendidos en el Hospital General Docente «Dr. Enrique Cabrera».

MÉTODOS. Se realizó un estudio en 1 093 pacientes de la tercera edad operados de hernia inguino femoral entre enero de 1999 y diciembre del 2008, en el Hospital General Docente «Dr. Enrique Cabrera». En todos los casos se ofreció al paciente la alternativa de ser operado de forma ambulatoria o con corta estadía. También se incluyeron los pacientes operados de urgencia. De entre los pacientes operados de forma electiva se excluyeron los que padecían enfermedades asociadas, cardiopulmonares o tromboembólicas de tipo ASA-III (clasificación de la American Society of Anesthesiologists).

RESULTADOS. La mayor incidencia de la hernia inguinal se encontró en las edades de 60-69 años (59,3 %). La hernia inguinal derecha, indirecta, apareció con mayor frecuencia. La técnica quirúrgica anatómica de Desarda fue la más aplicada en la hernia inguinal, y la técnica protésica de Lichtenstein, con el 32 %, le siguió en frecuencia. Hubo un total de 20 recidivas (1,8 %). Se aplicó anestesia local en el 75,4 % de los pacientes, de forma ambulatoria en el 76,4 %. El total de complicaciones fue de 78 (7,1 %).

CONCLUSIONES. El tratamiento quirúrgico de las hernias inguino femorales, de forma ambulatoria o con corta hospitalización, es un procedimiento adecuado en pacientes de la tercera edad, ya que aumenta la comodidad de los pacientes, disminuye el riesgo de infección hospitalaria, reduce las listas de espera y los costos hospitalarios.

Palabras clave : Hernia inguinal, tratamiento ambulatorio, pacientes ancianos.

ABSTRACT

INTRODUCTION . The surgery of hernial disease of abdominal wall and especially of the inguino femoral hernia has increase but in fact its prevalence is unknown. The objective of present study was to assess the result of surgical treatment of the inguino femoral region hernia in third-age patients seen in the "Dr. Enrique Cabrera" Teaching General Hospital.

METHODS . A study was conducted in 1 093 third-age patients operated on of inguino femoral hernia from January, 1999 to December, 2008 in the above mentioned hospital. In all cases patients had the alternative to be operated on in ambulatory way or with a short hospital stay. Also, were included the patients operated on as an urgency. From the patients operated on in an elective way were excluded those suffering of associated, cardiopulmonary or thromboembolic ASA-III type diseases (classification of the American Society of Anesthesiology).

RESULTS . The great incidence of the inguinal hernia was found in ages from 60-69 years (59,3%). The indirect right inguinal hernia was the more frequent. The Desarda's anatomical surgical technique was the more applied one in the inguinal hernia and the Lichtenstein's prosthetic technique with the 32% was the following in frequency. There were 20 relapses (1.8%). Local anesthesia was applied in the 75,4% of patients, in ambulatory way in the 76,4%. The total of complications was of 78 (7,1%).

CONCLUSIONS . The surgical treatment of inguinofemoral hernias, ambulatory or with a short hospital stay is a suitable procedure in third-age patients since to increase the comfort of patients, to decrease the hospital infection risk, to reduce the waiting lists and the hospital costs.

Key words : Inguinal hernia, ambulatory treatment, elderly patients.

Page 3

Revista Cubana de Cirugía 2011:50(1):73-81

<http://scielo.sld.cu>

75

INTRODUCCIÓN

La vejez es un proceso natural que comienza con el nacimiento. Para muchos es una enfermedad y la conciben como la conclusión de la vida útil, la jubilación forzosa y la merma de las funciones físicas y mentales. Este concepto es solamente válido para los que maltrataron su salud con excesos de bebidas, alimentos o cigarrillos y han mantenido una vida sedentaria.

En Cuba el aumento de los niveles de salud de la población ha logrado que se disfrute de expectativas de vida de 76 años para la mujer y de 73 años para el hombre. Cada vez nuestra población alcanza mayor posibilidad de vida y con ello aparece el riesgo de padecer numerosas enfermedades, cuya única forma de tratamiento curativo es la cirugía y no se debiera privar a estos enfermos del beneficio de esta. La edad como tal no puede ni debe ser una contraindicación quirúrgica.

La cirugía de la enfermedad herniaria de la pared abdominal y en especial de la hernia inguinofemoral ha sufrido un incremento, pero en realidad se desconoce su prevalencia. No obstante, tomando en consideración diferentes parámetros, se llega a la conclusión de que dicha prevalencia fluctúa entre el 10 y el 15 % de la población, con una variación de la edad: es del 8% en el grupo de pacientes entre 25 y 40 años y del 45 % en pacientes mayores de 75 años.

1-3

En este estudio se presenta la experiencia acumulada en el Hospital General Docente «Enrique Cabrera», relativa al tratamiento de pacientes de la tercera edad, atendidos desde el mes de enero de 1999 hasta diciembre del 2008.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en 1 093 pacientes de la tercera edad, operados de hernia inguinofemoral, en el período comprendido desde enero de 1999 hasta diciembre del 2008, en el Hospital General Docente «Enrique Cabrera».

Todos los pacientes que se operaron de forma electiva fueron estudiados y

seleccionados preoperatoriamente en la consulta de programación, donde se reciben los pacientes enviados por las consultas de los grupos básicos de trabajo y en otros casos directamente de las consultas de los policlínicos del área. En todos los casos se ofreció al paciente la alternativa de ser intervenido de forma ambulatoria o con estadía corta. También se incluyeron los pacientes operados de urgencia.

Algunos de los criterios de selección que se tuvieron en cuenta en los pacientes operados de forma electiva fueron: la no coexistencia de enfermedades sistémicas asociadas, cardiopulmonares y tromboembólicas que superaran la clase ASA-III (American Society of Anesthesiologists); intervenciones quirúrgicas complicadas, inexistencia de obstáculos psicológicos y de adaptación por parte del paciente, domicilio ubicado en La Habana, entre otros.

4,5

Todos los pacientes fueron examinados en la consulta de anestesia, donde se realizó una valoración del riesgo

Page 4

Revista Cubana de Cirugía 2011:50(1):73-81

<http://scielo.sld.cu>

76

quirúrgico y, terminada la evaluación preoperatoria, recibieron instrucciones verbales y por escrito sobre preoperatorio domiciliario. Los pacientes acudieron al hospital con su acompañante el mismo día de la intervención.

El tipo de anestesia más utilizada fue la local, según el método preconizado por L. Flánagan y JL Ponka.

6-8

Le siguió la raquianestesia, la general endotraqueal (GET) y en un número menor de pacientes, la analgesia acupuntural.

En cuanto a la técnica operatoria, el criterio se fundamentó en el tipo anatómico de la hernia encontrada en la exploración física y que fue confirmado durante el acto quirúrgico, las alteraciones del orificio inguinal profundo y del estado de la fascia transversalis. En general, las incisiones quirúrgicas más utilizadas fueron transversas, de aproximadamente 6 cm, en la región inguinal correspondiente. Se pudo observar que no se utilizó profilaxis con antibiótico en los pacientes operados de forma programada, pero sí fue una indicación absoluta en las intervenciones de urgencias.

RESULTADOS

De acuerdo con el principio cronológico de la vejez, en la primera fase, conocida como *madurez*, que comprende de 60 a 69 años de edad, hubo 649 pacientes (59,3 % del total). Le siguió la ancianidad (entre 70 y 79 años) con un total de 359 pacientes (32,8 %), la fase de senectud (80 y 89 años) con 72 pacientes (6,5 %) y la longevidad (90 años o más) con solo 13 pacientes (1,4 %).

En la tabla 1 se observa que la localización más frecuente de la hernia inguinal fue el lado derecho, con 514 pacientes para el 47 % del total, de las cuales el 54,2 % fueron indirectas. Hubo 65 hernias recidivantes (5,9 %) y 25 hernias femorales que constituyeron el 2,4 % de todas las hernias. Según la clasificación de Nyhus, hubo

un total de 479 pacientes con hernias pertenecientes a los tipos I y II (43,8 %), las más frecuentes en la muestra.

Tabla 1. Localización y clasificación de las hernias

Localización

n

%

Hernia inguinal derecha

514

47

- Indirecta

279

54,2

- Directa

235

45,8

Hernia inguinal izquierda

489

44,7

- Indirecta

289

59,1

- Directa

200

40,9

Hernia inguinal recidivante

65

5,9

- Derecha

20

30,7

- Izquierda

45

69,3

Hernia femoral

25

2,4

- Derecha

17

6

- Izquierda

8

32

Clasificación de Nyhus

- Tipo I-II

479

43,8

77

- Tipo III a

435

39,7

- Tipo III b

89

8,1

- Tipo III c

25

2,2

- Tipo IV

65

6,2

La tabla 2 muestra las técnicas operatorias más empleadas en la hernia inguinal. Se aplicaron técnicas no protésicas en 727 de las 1 068 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 %). En esta tabla se puede observar la aplicación de otras técnicas quirúrgicas en el tratamiento de esta enfermedad.

Además, muestra el total de recidivas en ambos grupos de técnicas, anatómicas y protésicas.

Tabla 2. Relación entre técnica realizada y recidivas

Técnicas

n

%

Recidivas

n

%

Técnicas no protésicas

- Shouldice

15

2,1

0

0

- Zimmerman I

122

16,7

2

1,6

- Madden

120

16,5

1
0,8
- Mc Vay
47
6,4
1
2,1
- Goderich
30
4,1
4
13,3
- Bassini
15
2,2
1
6,6
- Camayd
17
2,3
0
0
- Lotheinssen-Mc Vay
23
3,1
1
4,3
- Zimmerman II
13
1,7
0
0
- Halsted
9
1,2
0
0
- Desarda
225
31
2
0,8
- Bulines
19
2,6
2

10,5
- Marcy
72
10,1
0
0
- *Total parcial*
727
100
14
1.9
Técnicas protésicas
- Liechtenstein
110
32,2
1
0,9
- Rutkow – Robbins
101
29,6
2
1,9
- Rives
73
21,4
1
1,3
- Nyhus
41
12
1
2,4
- Abraham
10
3,1
0
0
- Stoppa
6
1,7
1
16,6
- *Total parcial*
341
100
6

1.8
Total general
1 068
100
20
100

Page 6

Revista Cubana de Cirugía 2011:50(1):73-81

<http://scielo.sld.cu>

78

En la tabla 3 se registran los procedimientos anestésicos más utilizados. La anestesia local se aplicó en 824 pacientes (75,4 % del total), seguida de la anestesia espinal o raquianestesia en 182 pacientes (16,6 %).

Tabla 3. Procedimientos anestésicos

Procedimientos

n

%

Anestesia local

824

75,4

Anestesia espinal

182

16,6

Anestesia general

endotraqueal

29

2,6

Anestesia acupuntural

46

4,3

Anestesia peridural

8

0,8

Anestesia general endovenosa

4

0,3

Total

1 093

100

La tabla 4 muestra la estadía hospitalaria. La mayoría de los pacientes (76,4 %) fueron operados de forma ambulatoria y solo el 2,4 % del total de pacientes tuvo una estadía larga.

Tabla 4. Estadía hospitalaria

Estadía hospitalaria

n

%
Ambulatoria
836
76,4
Corta estadía
231
21,2
Larga estadía
26
2,4
Total
1 093
100

DISCUSIÓN

En la investigación se observó un predominio del sexo masculino, lo cual está en correspondencia con la literatura revisada.

9

Los valores según la edad concuerdan con lo reportado por otros autores

9

en cuanto a la disminución de la incidencia en los extremos de la vida. En el presente trabajo las edades oscilaron entre 60 y 69 años, con una edad media de 73 años, lo cual es similar a lo reportado en la literatura revisada.

10

La hernia inguinal derecha fue la más frecuente, así como la variedad indirecta en ambos lados (tabla 1), lo cual coincide con lo que documentan otros autores.

11,12

También se observó que la hernia inguinal recidivante representó el 5,9 % de los pacientes y la hernia femoral un 2,4 %, datos que también son similares a los encontrados en la literatura revisada.

11,12

El mayor número de hernias correspondieron a la variedad I y II de Nyhus, con 479 pacientes y la variedad IIIa con 435 pacientes.

Page 7

Revista Cubana de Cirugía 2011:50(1):73-81

<http://scielo.sld.cu>

79

Todo cirujano que interviene con frecuencia a pacientes con hernia de la región inguinal sabe que existen descritas innumerables técnicas quirúrgicas, a las cuales se les señalan ventajas y desventajas, siempre en la búsqueda de disminuir las complicaciones y, sobre todo, de evitar las recidivas. Existen las llamadas *técnicas clásicas* (anatómicas) que reparan el defecto de la pared inguinal con los propios tejidos del paciente, y las llamadas *técnicas protésicas*, que utilizan materiales

sintéticos que han tenido un gran desarrollo en las últimas décadas, y cuya aplicación siempre conlleva los mismos fines que las anatómicas. En esta revisión se observó que la técnica anatómica más utilizada fue la de Mohan P. Desarda, seguida por la técnica de Zimmerman I.

Se debe comentar que desde hace algunos años un grupo básico de trabajo de nuestro servicio de cirugía aplica la técnica anatómica del profesor Desarda y ha obtenido buenos resultados. Esta técnica, como lo ha señalado su creador, tiene algunas ventajas, entre las que se señalan su fácil aprendizaje y ejecución, al alcance de residentes y cirujanos no especializados en el tratamiento de esta enfermedad. La técnica provee una pared posterior del canal inguinal fuerte, móvil y fisiológicamente activa. Al no utilizar malla (cuerpo extraño) la fibrosis es mínima o no existe, no hay rechazo a cuerpo extraño y el dolor posoperatorio al quinto día de la operación es menor que con las técnicas que utilizan prótesis. El autor también 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.

13-15

La técnica protésica más frecuente en esta muestra fue la de Lichtenstein, y le siguió en orden la de Rutkow-Robbins. El resto de las técnicas se muestran en la tabla correspondiente.

La complicación más frecuente fue la recidiva (6 en los pacientes operados por técnicas protésicas y 14 en el grupo de técnicas anatómicas) (1,8 %). La sepsis de la herida y la bradicardia tras la anestesia local ocuparon el segundo lugar. Las complicaciones observadas no difieren de las encontradas por otros autores.

12,16,17

La anestesia local fue el procedimiento anestésico más frecuente, seguida de la raquianestesia, pero también se emplearon otros tipos de anestesia en un número menor de pacientes. Al igual que otros autores,

4,18

creemos que la anestesia local

da buenos resultados y debe ser aplicada a todo paciente que vaya a ser intervenido por una hernia inguinofemoral no complicada, y que la edad por sí sola no debe ser una contraindicación para su empleo, como señala *Grau Talens*.

18

En esta casuística fueron más frecuentes las cirugías ambulatorias, seguidas de las intervenciones con corta estadía y con estadía larga. El costo promedio de una herniorrafia electiva, en un paciente hospitalizado, es de 489,75 en moneda nacional (MN), mientras que por la misma operación de forma ambulatoria el costo es de 139,53 MN, con un ahorro en cada paciente de 350,22 MN.

En conclusión, podemos afirmar que las intervenciones quirúrgicas de forma ambulatoria y con corta estadía constituyeron un elevado porcentaje entre todos los pacientes de la tercera edad intervenidos en el servicio de cirugía general de nuestro hospital. Los resultados fueron buenos, lo cual se corresponde con la literatura revisada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Caperochini. La cirugía en el anciano. Aspectos generales y estudio de la mortalidad. *Cir Esp.* 1980;34:337-41.
2. Brito Rodríguez J. Bioestadística y computación. Elementos demográficos y sanitarios. La Habana: Pueblo y Educación; 1987. Pp. 70-97.
3. Sierra Gil E. Las nuevas maneras de la cirugía actual. *Cir Esp.* 1992;52:167-8.
4. Mujica Barreiro PM. Cirugía de estancia corta. Paso previo para la implantación de una unidad de cirugía sin ingreso. *Cir Esp.* 1994;55:289-91.
5. Sierra Gil E. La cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada a un hospital. Organización, funcionamiento y experiencia. *Cir Esp.* 1992;52:255-60.
6. Alarcón López A. Nuestra experiencia en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp.* 1997;61:40-3.
7. Flánagan L. Preparación de la hernia inguinal. Punto de vista del paciente acerca de la anestesia local. *Surg Clin North Am* 1984;64:250-4.
8. Ponka J L. Seven steps to local anesthesia for repair of inguinofemoral hernia. *Surg Gynecol Obst.* 1963;117:115-20.
9. De Pedro Conal J. Cirugía ambulatoria y de alta precoz. Descripción y desarrollo del programa en un hospital general. *Cir Esp.* 1997;62:250-4.
10. García Gil JM. Cirugía de las hernias en el anciano. *Cir Esp.* 1995;57:170-3.
11. Usero Rebollo S. Herniorrafia ambulatoria y de corta estadía. Estudio comparativo de tres tipos de anestesia: local, locoregional y general. *Cir Esp.* 1995;58:483-7.
12. Prieto Orzanco. Cirugía mayor ambulatoria: reparación de la hernia unilateral. *Cir Esp.* 1996;60:495-500.
13. Desarda MP. Inguinal herniorraphy with an undetached strip of external oblique aponeurosis. A new approach used in 400 patients. *Eur J Surg.* 2001;167:01-6.
14. Desarda MP. Comparative study of mesh repair in a set up of a district hospital in India. *Centr Afric Journ Surg.* 2006;11(2):1-6.
15. 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.
16. Wantz GE. Complicaciones de las reparaciones de las hernias inguinales. *Clin Quirg N Am.* 1984;64:279-82.
17. Wantz GE. Testicular atrophy as a risk of inguinal hernioplasty. *Sur Gynecol Obstet.* 1982;154:570-75.

18. Grau Talens EJ. La anestesia local en la reparación de la hernia inguinal. Estudio 400 casos. *Cir Esp.* 1996;60:28-32.

Recibido: 8 de abril de 2010.

Aprobado: 26 de junio de 2010.

Pablo Gonzalo Pol Herrera. Hospital General Docente «Enrique Cabrera». Calzada de Aldabó, núm. 11 117, Altahabana. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: ppol@infomed.sld.cu