

Hernioplastias con tensión versus hernioplastias sin tensión. Resultados a corto plazo.

Tension herniorrhaphy versus free tension herniorrhaphy. Short terms outcomes.

Felipe J. Aragón Palmero(1), Rafael H. Candelario López(2), José M. Hernández Hernández(2).

Resumen

Se presentan los resultados a corto plazo de la comparación de las hernioplastias a tensión, que generalmente se realizan en la mayoría de los hospitales de nuestro país, con las modernas hernioplastias protéticas en cuanto a dolor postoperatorio, calidad de vida e incorporación al trabajo. El estudio involucró a 68 pacientes que se trataron con técnicas con tensión (Bassini, McVay, Shouldice y Goderich) y 73 pacientes con técnicas sin tensión (Lichtenstein, Stoppa, Gilbert, Tapón y parche). El 96.4 % de todos los pacientes correspondieron al sexo masculino resultando una relación de 28:1. El dolor postoperatorio en aquellos que se trataron con técnicas de prótesis fue menor que en los pacientes tratados con técnicas de suturas, siendo estadísticamente significativa esta diferencia ($p < .05$) en los días tres al 10 del postoperatorio. El 14 % de los pacientes del grupo II se había incorporado al trabajo a los 14 días, el 70 % a los 21 y el 100 % a los 25 días; en contraste con el grupo I cuyos valores fueron de 10, 50 y 80 % en los mismos periodos de tiempo evaluados, observándose diferencias significativas a favor del grupo II en los días 21 y 25. En conclusión, las técnicas de hernioplastia con prótesis producen menos dolor postoperatorio, mayor calidad de vida y más rápida incorporación al trabajo cuando se comparan con las técnicas de suturas que habitualmente se utilizan en nuestro país.

Palabras Clave: HERNIA INGUINAL, DOLOR, PRÓTESIS.

1. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

Introducción

La hernia inguinal es la afección que con más frecuencia obliga a un ser humano a someterse a tratamiento quirúrgico. El 5 % de la población mundial la padece (1). En Estados Unidos de Norteamérica se operan cada año 750,000 pacientes por esta causa (2). El riesgo de padecer de hernia inguinal durante toda la vida es de un 27 % para los hombres y del 3 % para las mujeres (3).

Exagerados, sencillos, radicales, ingenuos, complejos serían algunos de los adjetivos con los que podemos designar las innumerables técnicas que se han ideado para su cura por cirujanos de todos los tiempos. Sin embargo, su complicación más importante, la recidiva, se mantiene en cifras que oscilan entre 4.5-15 % en los hospitales generales y entre 2-3 % en las clínicas especializadas (4-5). Si hablamos de hernias reproducidas tenemos que mencionar cifras de recidiva que alcanzan el 30 % (6).

El utilizar solo tasas de recurrencia como forma de medición de los resultados de la hernioplastia no es suficiente para reflejar el cuadro completo desde la perspectiva del paciente. Por tanto, es esencial que además de las tasas de recidivas, se tomen en cuenta otras mediciones de resultados como retorno al trabajo y a las actividades normales, tasas de complicación, dolor postoperatorio y costos (7).

La estandarización de la cirugía de la hernia inguinal, las técnicas laparoscópicas y el uso cada vez más popular de prótesis sintéticas en la hernioplastia inguinal ha mostrado resultados muy favorables

en cuanto a tasa de recidiva, disminución del dolor posoperatorio y del consumo de analgésicos y por tanto un impacto palpable en la calidad de vida y satisfacción del paciente; dos de las dimensiones más importantes de un proceso asistencial.

Estimulados por la necesidad de introducir y evaluar nuevas técnicas de hernioplastias que mejoren los resultados de las técnicas tradicionales, desarrollamos esta investigación que intenta comparar los resultados a corto plazo de las hernioplastias con sutura y las modernas hernioplastias con prótesis.

Método

Este estudio se realizó en un Hospital General donde no existen servicios especializados en cirugía de la hernia inguinal y cuyos cirujanos conocen y manejan tanto las técnicas con suturas como las técnicas con prótesis.

Se asignaron al azar 141 pacientes con el diagnóstico de hernia inguinal primaria, unilateral y no complicada a dos grupos. Los pacientes del grupo I fueron tratados con técnicas con tensión mientras que los del grupo II se trataron con prótesis. Todas las operaciones fueron hechas de forma electiva y ambulatoria.

Los resultados posoperatorios a corto plazo fueron medidos a través de las variables dolor postoperatorio, incorporación al trabajo y calidad de vida.

Se instruyó a los pacientes para que completaran la Escala Visual Análoga, que se les proporcionó en el momento del alta, durante los primeros 14 días para monitoreo del dolor postoperatorio. Así mismo, se estimuló la incorporación al trabajo tan pronto el paciente se sintiera en condiciones de hacerlo.

Para evaluar la calidad de vida después del procedimiento se utilizó el índice de Rosser a los siete y 14 días que explora discapacidad funcional y dolor y es muy adecuado para evaluar procedimientos quirúrgicos. Todos los pacientes fueron vistos en consulta externa a los siete, catorce, veintiuno y treinta días y forman parte de un estricto programa de seguimiento para evaluar la recidiva.

Las variables posoperatorias de ambos grupos fueron comparadas usando la distribución t de Student con una probabilidad de error tipo I de un 5%.

Resultados

La tabla 1 resume las principales características de los dos grupos. El estudio involucró a 68 pacientes que se trataron con técnicas con tensión (Bassini, McVay, Shouldice y Goderich) y 73 pacientes con técnicas sin tensión (Lichtenstein, Stoppa, Gilbert, Tapón y parche).

El 96.4 % de todos los pacientes correspondieron al sexo masculino resultando una relación de 28:1. La hernia inguinal derecha de variedad indirecta se encontró con una frecuencia superior al 50 % en ambos grupos.

Cuando procesamos los datos de la Escala Visual Análoga de cada paciente encontramos que el dolor posoperatorio en aquellos que se trataron con técnicas de prótesis fue menor que en los pacientes tratados con técnicas de suturas, siendo estadísticamente significativa esta diferencia ($p < .05$) en los días tres al 10 del postoperatorio (Gráfico 1).

El 14 % de los pacientes del grupo II se había incorporado al trabajo a los 14 días, el 70 % a los 21 y el 100 % a los 25 días; en contraste con el grupo I cuyos valores fueron de 10, 50 y 80 % en los mismos

periodos de tiempo evaluados, observándose diferencias significativas ($p < .05$) a favor del grupo II en los días 21 y 25. (Gráfico 2).

Para medir la utilidad o calidad de vida del paciente se utiliza el índice de Rosser ampliamente validado. Esta puntuación explora dos dimensiones (discapacidad funcional y dolor) con una escala entre 0 (peor estado posible) y 1 (mejor estado posible). Combinando los siete niveles de discapacidad con los cuatro de dolor se obtiene el índice de calidad de vida de Rosser.

En nuestro caso, la comparación de ambos grupos en los días siete y 14 mostró valores de 0.995 para los pacientes del grupo II contra 0.974 en el grupo I en el día 14 ($p < .05$) sin diferencias significativas el día siete del posoperatorio (Gráfico 3).

Discusión

Los resultados de nuestro estudio indican que el dolor postoperatorio después de hernioplastias con prótesis es significativamente menor que cuando se utilizan técnicas con suturas. Esto se debe a que la hernioplastia protética no genera tensión en los tejidos al no aproximarlos y la disección quirúrgica es mínima, a diferencia de las técnicas con tensión que unen tejidos aun cuando éstos no se encuentran en el mismo plano anatómico (ej: Técnica de Mc Vay) y por esta razón producen isquemia, edema y necrosis de los tejidos que se traducen en mayor dolor postoperatorio (8).

Nosotros encontramos diferencias significativas en los días tres al diez, pero otros autores han obtenido esta diferencia incluso desde el primer día utilizando infiltración de anestésicos locales de vida media larga, algo que nosotros no hicimos, y midiendo el dolor por la Escala Visual Análoga. (9-10) Escogimos la Escala Visual Análoga como instrumento para medir el dolor postoperatorio por su sencillez, versatilidad, manejabilidad estadística y sensibilidad; sin embargo, esta escala, al igual que las otras existentes, no valoran aspectos importantes asociados al dolor como la incapacidad y las alteraciones afectivas.(11)

En la mayoría de los pacientes que se someten a cirugía ambulatoria, los síntomas y molestias del postoperatorio persisten con la intensidad necesaria para disminuir su estatus funcional durante los primeros cinco a siete días. Pasado este tiempo la recuperación es más rápida y también lo es su incorporación a las actividades habituales y al trabajo (12). Este resultado, planteado por la mayoría de los autores que escriben sobre el tema, fue obtenido por nosotros al observar que la comparación de la puntuación promedio del índice de Rosser entre ambos grupos en el día siete del postoperatorio no produjo diferencias significativas, siendo totalmente lo contrario el día 14 del postoperatorio donde se hace evidente que la calidad de vida es mayor en aquellos pacientes que fueron tratados con técnicas protéticas.

Es conocido que el tiempo de retorno al trabajo después de cirugía depende de la magnitud del procedimiento, ocupación del paciente y cultura. Payne et al reportaron que los pacientes sometidos a herniorrafia inguinal abierta retornaban al trabajo después de una media de 17 días, pero estudios más recientes muestran un promedio de dos a tres semanas (13-15). En nuestro medio los pacientes operados con técnicas sin tensión necesitaron una media de 19,4 días para incorporarse al trabajo.

Creemos que una buena educación preoperatoria al paciente donde se le explique el procedimiento, se aclaren dudas y se eliminen ciertos tabués que todavía persisten con mucha fuerza en nuestra población con relación a la hernia inguinal complementada con un buen programa de rehabilitación postoperatoria, puede disminuir aún más el tiempo de incorporación al trabajo independientemente del tipo de técnica que se utilice.

En conclusión, las técnicas de hernioplastia con prótesis producen menos dolor postoperatorio, mayor calidad de vida y más rápida incorporación al trabajo cuando se comparan con las técnicas de suturas que habitualmente se utilizan en nuestro país.

Abstract

The short term results of the comparison of hernioplasties with tension, which are generally performed in most of our hospitals with modern prosthetic hernioplasties as to postoperative pain, quality of life and resuming to work are presented. The study involved 68 patients who were treated with tension techniques (Bassini, McVay, Shouldice and Goderich), and 73 patients with tension-free techniques such as (Lichtenstein, Stoppa, Gilbert; plug and patch). As high as (96,4) % of all the patients were male, with a relation of 28:1. The postoperative pain in those treated with techniques based on prostheses was lower than in those patients treated with suture techniques, such difference being statistically significant ($p < 05$) on day three to day 10 postoperatively. Fourteen % of the patients of group II had resumed days off work at 14 days, (70%) at 21 and (100%) at 25 days; in contrast with group 1 whose values were (10%), (50%), (80%) in the same evaluated time periods, significant differences were observed in favor of group II at days 21 and 25. We conclude that hernioplasty techniques with prostheses produce lower pain postoperatively, better quality of life and faster resuming to work when they are compared with the sutures techniques which are habitually used in our country.

Referencias bibliográficas

1. McGillicuddy JE. Prospective randomized comparison of the Shouldice and Lichtenstein hernia repair procedures. *Arch Surg.* 1998;133(9):974-8.
2. Barth RJ, Burchard KW, Tosteson A, Sutton JE Jr, Colacchio TA, Henriques HF, et al. Short term outcome after mesh or Shouldice herniorrhaphy: A randomized, prospective study. *Surgery.* 2005;123(2):121-6.
3. Zieren J, Zieren HU, Jacobi CA, Wenger FA, Muller JM. Prospective randomized study comparing laparoscopic and open tension free inguinal hernia repair with Shouldice's operation. *Am J Surg.* 2003;175(4):330-3.
4. Paganini AM, Lezoche E, Carle F, Carlei F, Favretti F, Feliciotti F, et al. A randomized, controlled, clinical study of laparoscopic vs open tension free inguinal hernia repair. *Surg Endosc.* 2004;12(7):979-86.
5. Collaboration EH. Mesh compared with non mesh methods of open hernia repair: Systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg.* 2005; 87(7): 854-9.
6. Bax T, Sheppard BC, Crass RA. Surgical options in the management of groin hernias. *Am Fam Physician.* 1999;59(4):893-906.
7. Rose K, Wright D, Ward T, McCollum CH. Tension free mesh repair: Recovery and recurrence after one year. *Ann R Coll Surg Engl.* 2003;81:329-332.
8. Chung RS, Rowland DY. Meta-analyses of randomized controlled trials of laparoscopic vs conventional inguinal hernia repairs. *Surg Endosc.* 1999;13(7):689-94.
9. Zieren J, Zieren HU, Jacobi CA, Muller JM. Repeated boluses of local anaesthetic for pain relief after inguinal hernia repair. *Eur J Surg.* 2004;165(5):460-4.
10. Pappalardo G, Guadalaxara A. Prevention of postherniorrhaphy persistent pain: Results of a prospective study. *Int Surg.* 2005;84(4):350-3.
11. Callensen T, Bech K, Andersen J, Nielsen R, Roikjaer O, Kehlet H. Pain after primary inguinal herniorrhaphy: Influence of surgical technique. *J Am Coll Surg.* 2002;188(4):355-9.
12. Johanet H, Sorrentino J, Bellouard A, Benchetrid S. Time off of work after inguinal hernia repair. Results of a multicenter prospective study. *Ann Chir.* 2004;53(4): 297-301.
13. Payne JH, Griniguer LM, Izawa MT, Podoll EF, Lindahl PJ, Balfour J. Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy? A randomized prospective trial. *Arch Surg.* 2005;129:973-81.
14. Caplan G, Board N, Paten A, Molinia JT, Crowe P, Yap SJ, et al. Decreasing lengths of stay: The cost to the community. *Aust N Z Surg.* 1999; 68: 433-37.

15. Kingsnorth AN, Porter CS, Benett DH, Walker AJ, Hyland ME, Sodergren S. Lichtenstein patch or Perfix plug and patch in inguinal hernia: a prospective double blind randomized controlled trial of short term outcome. Surgery. 2004;127(3): 276-83.

Anexos

Tabla 1. Características generales de los grupos.

Características generales	Grupo N=68	Grupo II N=73
Edad (Media e intervalo)	50 (21-80)	56 (23-74)
Masculinos (n,%)	65 (96)	71 (97)
Femeninos (n,%)	3 (4)	2 (3)
HID (n,%)	48 (70,5)	45 (61,7)
HII (n,%)	20 (29,4)	28 (38,3)
Directas (n,%)	22 (32,3)	16 (22)
Indirectas (n,%)	39 (57,4)	53 (72,6)
Bilaterales (n,%)	7 (10,3)	4 (5,4)
Tipos de técnica		
Bassini	17	
Mc Vay	9	
Shouldice	25	
Goderich	17	
Lichtenstein		38
Stoppa		4
Tapón y Parche		21
Gilbert		6

HID= Hernia inguinal derecha.

HII= hernia inguinal izquierda

Gráfico 1. Puntuación promedio de la Escala Visual Análoga según días posoperatorios



