

Hernia inguinal: conceptos, siglas, modas y sentido común

*“Más fácilmente se añade lo que falta que se quita lo que sobra”
(Francisco de Quevedo).*

La reparación de la hernia inguinal es la intervención que practican con más frecuencia los cirujanos generales. La consagración del empleo de materiales protésicos en la reparación de este proceso ha añadido nuevas técnicas que, junto con las clásicas, constituyen el arsenal que hoy poseemos para el tratamiento de una enfermedad que, según todas las estadísticas, tiene una prevalencia en occidente del 5% de la población.

Estas nuevas opciones de reparación quirúrgica han demostrado con evidencia suficiente unos excelentes resultados. Tanto desde el punto de vista de los índices de recidiva, como del confort del paciente, reducción de los gastos totales del proceso, facilidad de aprendizaje y ejecución. Todas éstas son razones suficientes para que las técnicas protésicas gocen en la actualidad del favor de casi todos los cirujanos. ¡Las prótesis han hecho buenos a cirujanos malos!

Esta nueva avalancha de conocimientos se suma al saber anterior de la hernia, donde ya eran presentes numerosos epónimos y sinónimos tanto de su complicada región anatómica como por las técnicas empleadas en su reparación, hoy llamadas clásicas (Bassini, McVay, Marcy, Shouldice...) y para las diferentes clasificaciones con las que se intenta unificar criterios. A todo ello se añaden, con la introducción de la laparoscopia, varias siglas como abreviaturas de las palabras inglesas que sirven para su descripción. Este amplio uso de epónimos y siglas en el lenguaje clínicoquirúrgico crea en ocasiones problemas de identificación no sólo ya en el estudiante de Medicina, sino también en el cirujano general no dedicado específicamente al tema. La tendencia al uso de nombres propios para designar entidades quirúrgicas va en aumento, no se pierde la costumbre. ¿Hay que entenderlo como un “culto a la personalidad” en el ámbito de la Cirugía?

Los cirujanos españoles y de habla hispana han inundado de publicaciones, sobre la hernia inguinal y su tratamiento, las revistas científicas, incluida nuestra CIRUGÍA ESPAÑOLA, utilizando, a mi modo de entender, una terminología mal traducida del inglés o no del todo bien empleada en sus trabajos.

Parece ser que, para definir las técnicas clásicas, en estos artículos se ha establecido nombrarlas como *herniorrafias* (del griego, *rhapaée*: sutura), englobando aquí las reparaciones autoplásticas a lo Bassini, McVay o el método canadiense de Shouldice; dejando el término *hernioplastia* (del griego, *plássein*: modelar, reconstruir)

para describir las técnicas de reparación en las que utilizan prótesis. A pesar de que simultáneamente se habla de valvuloplastias, a lo Nissen, Toupet o Door, en la reparación de hernias hiatales o tratamiento de reflujos gastroesofágicos, cuando aquí nunca se utilizan esas prótesis sintéticas y se crea una nueva válvula, suturando (*raphée*) el fundus gástrico.

Más oportuno será entonces utilizar el término *reparación herniaria* tanto para describir una técnica clásica, añadiendo el nombre del cirujano que la consagró (reparación a lo Bassini, etc.) como decir *reparación protésica* de la hernia, seguida del nombre propio (reparación protésica a lo Lichtenstein, etc.) cuando empleamos mallas sintéticas.

Ocurre que son varios los cirujanos que han dado su nombre a las nuevas reparaciones protésicas, muchas de ellas parecidas, como la de Gilbert y la de Rutkow-Robbins o la de Stoppa y la de Wantz, aunque ésta sea de un solo lado; sucede también que los cirujanos utilizamos con frecuencia términos ingleses originales como *plug* para describir el *tapón*, término mucho más correcto, confeccionado con material protésico y que introducimos en el orificio herniario. Este tapón puede ser en forma de *cucurucho*, *cono* o *paraguas*, traducción suficientemente correcta del *umbrella plug* de la descripción original de Gilbert o con forma de *cigarrillo* cuando utilizamos un tapón de malla sintética, como lo hace Lichtenstein para corregir una hernia crural. Podemos decir correctamente: *reparación protésica con tapón y malla en la pared posterior*, cuando queramos referirnos a la técnica de Rutkow-Robbins, por ejemplo, y seguramente será mejor comprendida la técnica utilizada cuando la lea un cirujano general no experto en el tema.

También puede sembrar cierta confusión, para algunos, leer artículos en los que aparecen siglas y abreviaturas de las palabras inglesas en las reparaciones laparoscópicas de la hernia: IPOM (*intra-peritoneal on lay mesh*), TAPP (vía preperitoneal, transabdominal) o TEP (totalmente extraperitoneal), por lo que sería prudente utilizar los términos: *reparación laparoscópica por vía totalmente extraperitoneal* o *reparación laparoscópica por vía abdominal preperitoneal*.

Otro tanto ocurre con los términos *on lay* y *under lay*, cuando muchos cirujanos se refieren al lugar anatómico donde se coloca una malla, debemos decir en español arriba o abajo o por encima o por debajo para evitar incoherencias.

Finalmente, junto con la llegada de las prótesis en la reparación herniaria, han aparecido, impulsados por las casas comerciales, los productos prefabricados. Se nos presentan diferentes tapones y mallas preconstituidas, fabricadas en varias medidas, como las tallas de la ropa de moda: S, M, LX y XL (otras abreviaturas de palabras inglesas: *small, medium, large*, etc.), de varias formas y de diversos polímeros sintéticos, para utilizarlas colocándolas tanto en la vía anterior como laparoscópica. Hasta hoy no existen evidencias científicas que demuestren mejores resultados, desde ningún punto de vista, con la utilización de materiales preconstituidos que con el uso de un tapón o malla al que ha dado forma el cirujano después de explorar el campo quirúrgico y ver la necesidad del momento, aunque de lo que sí hay evidencia es del mayor coste de este tipo de productos en relación a una malla plana del mismo material.

Algo parecido ocurre también con la utilización de trocares con balón hinchable para producir espacio y ver, en la reparación laparoscópica por vía totalmente extraperitoneal. Algunos grupos han comunicado el ahorro de este sistema creando el espacio adecuado de otra manera.

Así están las cosas hoy. Hay que pasar por un filtro de sentido común y de evidencia científica todas estas influencias que pertenecen más a intereses comerciales que a la necesidad.

Otro de los conceptos que también se acompaña de confusión es el de la *clasificación de las hernias*. En los últimos años parece ser que la sencilla clasificación en directas, indirectas, mixtas y crurales, con las precisiones de inguinoescrotal, reductible, incarcerada, etc., no es suficiente para describir todos los tipos de hernia, sobre todo cuando se han empezado a estudiar series de un modo aleatorio con el fin de conseguir metaanálisis para evidenciar conductas a seguir, aunque luego este aspecto de clasificación minuciosa no se ha considerado importante ni parece que influya en los resultados finales.

Como la hernia atrae a tantos estudiosos que nos dejan otros tantos epónimos, su clasificación no podía ser menos y entre algunas de las más conocidas aparecen las de: Aachen, Bendavid, Campanelli, Casten, Corbellini, Gilbert, McVay, Nyhus, Rutkow-Robbins, Stoppa-Grepa, para las hernias inguinales y otras, también, con epónimos que sustituyen a las prevasculares, etc., en las crurales como de Cooper, Laugier, Velpeau, etc.

Pero cuando nos introducimos en las publicaciones de las revistas de mayor fiabilidad, acudimos a congresos, cursos o mesas redondas, vemos que no existe ningún tipo de acuerdo entre las diferentes clasificaciones, y que muchos cirujanos utilizan, por ejemplo, la clasificación de Gilbert y otros la de Nyhus sin consenso alguno.

No obstante, sólo existe evidencia científica de que el índice de recidiva es mayor en las directas y menor en las indirectas sin que al parecer haya influencias de otros tipos, dejando aparte la edad y enfermedades acompañantes.

Todo ello contribuye a confundir a los cirujanos que escuchan conceptos como hernia tipo I de Gilbert o Tipo III b de Nyhus, sin saber a qué atenerse, por lo que después de pasar por ese filtro de sentido común abogo

desde aquí a conservar la más sencilla y conocida por todos los cirujanos.

Las conclusiones de la Mesa Redonda sobre el tratamiento de las hernias de la región inguinal en la era de la cirugía basada en la evidencia, celebrada en Zaragoza con motivo de la XIII Reunión Nacional de la Asociación Española de Cirujanos el pasado mes de noviembre de 2001, fueron discutidas y cribadas por los ponentes a través del tamiz de la experiencia, junto con el estudio de pruebas objetivas científicas, después de presentar varios estudios aleatorizados y metaanálisis de las diferentes técnicas, y podrían resumirse de la siguiente manera:

1. Se consideran como técnicas de referencia, llamadas ahora *patrón oro*, la canadiense derivada del Bassini, Shouldice, como clásica y la protésica de Lichtenstein; por lo que será oportuno comparar otras técnicas con estas de referencia cuando se plantee un estudio aleatorizado.

2. Las reparaciones clásicas, a lo Bassini o Shouldice, tienen una indicación actual que son los adultos jóvenes con hernias indirectas y persistencia del conducto peritoneovaginal o de Nüch en la mujer. Los pacientes con hernias directas deben ser tratados con métodos de reparación protésica, y también pacientes mayores con hernias indirectas o mixtas.

3. La reparación de hernias bilaterales se debe hacer en un solo acto quirúrgico y solucionarlas con prótesis.

4. La vía anterior es la más utilizada por los cirujanos. Sólo un 10-15% de las reparaciones se practican por vía laparoscópica en la hernia primaria.

5. La reparación laparoscópica totalmente extraperitoneal se recomienda en el tratamiento de hernias reproducidas y bilaterales siempre que la practique un equipo con experiencia.

6. No tuvieron presencia en la mesa las técnicas por vía posterior de Nyhus, Wantz o Stoppa utilizadas por una minoría de cirujanos.

7. Las técnicas por vía anterior pueden ser subsidiarias de anestesia local o regional y de cirugía ambulatoria y, en general, la utilización de mallas presenta una menor tasa de reintervenciones que la cirugía clásica y aporta además un considerable ahorro en los costes.

Una última cuestión: ¿deben aprender las nuevas generaciones de cirujanos las técnicas clásicas? Por supuesto que el conocimiento anatómico de la región es imprescindible. Las nuevas técnicas, por vía anterior, son fáciles de aprender y ejecutar. Sus resultados son mejores en todos los aspectos, ya lo hemos comentado. Difícilmente van a tener ocasión de aprender los procedimientos clásicos. Sin embargo, en alguna ocasión un cirujano puede tener necesidad imperiosa de tener que usarlas. Es ésta una cuestión a resolver.

Así están las cosas hoy, o lo están bajo mi punto de vista, con respecto a una de las patologías quirúrgicas que se tratan con mayor frecuencia por los cirujanos generales: la inquietante hernia inguinal.

Fernando Carbonell-Tatay
Profesor Asociado de Cirugía.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.