



ORIGINAL

Herniorrafia inguinal ambulatoria en Gambia

Jaime Landell Cruz

Servicio de Cirugía, Hospital Docente Royal Victoria. La Gambia. Cuba

Recibido el 10 de septiembre de 2009; aceptado el 14 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Herniorrafia inguinal;
Cirugía ambulatoria;
Recurrencia herniaria

KEYWORDS

Inguinal herniorrhaphy;
Ambulatory surgery;
Recurrent hernia

HITZ GILTZARRIAK

Iztaiko herniorrafia;
Kirurgia ambulatorio;
Hernia errepikapen

Resumen

Se realizó un estudio de 390 herniorrafias inguinales por el método ambulatorio en tres hospitales de Gambia. Los pacientes tenían edades comprendidas entre los 13 y los 100 años, con una media de 72,6 años; el sexo varón fue el más frecuente con una proporción de 14,4 por cada mujer, la hernia inguinal derecha fue la más observada, con el 64,3% de los pacientes, así como la hernia indirecta, con el 69,2% de los casos. La técnica de Condon se realizó en el 25,6% de los pacientes y la retención aguda de orina se encontró en 9 pacientes.

© 2009 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

Ambulatory inguinal herniorrhaphy in Gambia

Abstract

A total of 390 inguinal herniorrhaphies were performed with an ambulatory method in three hospitals of Gambia. The patients were aged between 13 and 100 years old (mean age: 72.6 years). The male:female ratio was 14.4:1. The most common form of hernia was right inguinal hernia (64.3% of the patients) followed by indirect hernia (69.2% of the patients). The Condon technique was used in 25.6% of the patients and acute urinary retention was found in nine patients.

© 2009 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Iztaiko herniorrafia ambulatorioa Gambian

Laburpena

Gambiako 3 ospitaletan, metodo ambulatorioaren bidez egindako 390 iztaiko herniorrafien kasuak aztertu ziren. Gaixoak 13 eta 100 urte artekoak ziren, eta batez beste 72,6 urteko adina zuten. Gizonak izan ziren sexurik ohikoena, emakume bakoitzeko 14,4ko proportzioa baitzuten. Gaixoen %64,3k eskuineko iztaiko hernia zutela aurkitu zen, eta gaixoen %69,2k zeharkako hernia zuten. Condon teknika erabili zen gaixoen %25,6an, eta 9 gaixotan gertu euspen akutua aurkitu zen.

© 2009 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Argitaratzailea: Elsevier España, S.L.
Eskubide guztiak gordeta.

Correo electrónico: cadc@ipilt.rimed.cu; rey@ipilt.rimed.cu

Introducción

El método ambulatorio para múltiples afecciones quirúrgicas es utilizado en todo el mundo. La hernia inguinal es uno de los problemas operatorios más frecuentes en el ámbito mundial. Cerca de 3-4 millones de personas acuden a las salas de operaciones cada año para la operación de una hernia inguinal. La reparación ambulatoria de la hernia inguinal se considera un método excelente porque la estancia en el hospital es corta, los costes para el paciente y la institución hospitalaria son menores y el paciente vuelve tempranamente al seno familiar¹. En Gambia, el número de pacientes con esta enfermedad es alto y por los elementos resaltados anteriormente decidimos realizar este trabajo.

Tabla 1 Edad y sexo

13 y 100 años
Media: 72,6 años
14,4-1 a favor del sexo varón

Fuente: historias clínicas.

Tabla 2 Lado de la hernia

Lado	N.º	%
Derecha	251	64,3
Izquierda	123	31,6
Bilateral	16	4,1
Total	390	100,0

Fuente: historias clínicas.

Tabla 3 Tipo de hernia

Tipo	N.º	%
Indirecta	270	69,2
Directa	89	22,8
Recurrente	31	8,0
Total	390	100,0

Fuente: historias clínicas.

Tabla 4 Técnica quirúrgica empleada

Técnica	N.º	%
Condon	101	25,9
Goderich	87	22,3
Shouldice	68	17,4
McVay	57	14,6
Bassin	46	11,8
Otras	31	8,0
Total	390	100,0

Fuente: historias clínicas.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo transversal de 390 herniorrafias inguinales por el método ambulatorio en tres hospitales de Gambia, en el período comprendido entre febrero de 2007 y noviembre de 2008. Se analizaron variables como edad y sexo, lado de la hernia, tipo de hernia, técnica quirúrgica empleada y complicaciones postoperatorias. Se realizaron tablas y se compararon los resultados con la literatura científica extranjera. Se excluyó del estudio a los pacientes operados de urgencia y a los que no aceptaron el método.

Resultados

Cuando analizamos las 390 herniorrafias inguinales, encontramos que los pacientes tienen edades comprendidas entre los 13 y los 100 años, con una media de 72,6 años y un predominio significativo del sexo varón de 14,4 a 1 con respecto a las mujeres (tabla 1). Al observar el lado de la hernia, se encontró que en el 64,3% de los casos era derecha (tabla 2). El 69,2% de los pacientes presentaban hernias indirectas (tabla 3). La técnica de Condon fue la que más se utilizó, con el 25,6% (tabla 4), y la retención aguda de orina fue la complicación más frecuente, con el 2,3% de los casos (tabla 5).

Discusión

Recientes estudios demuestran que la hernia inguinal es más frecuente en pacientes ancianos^{1,2}. Todos los autores revisados aceptan que los varones son más frecuentemente afectados de hernia inguinal que las mujeres, con diferentes porcentajes¹⁻⁴. Llama la atención que en este país las mujeres realizan las labores más arduas y que requieren de mayor esfuerzo físico; sin embargo, la cantidad de hernias inguinales es mínima⁵⁻⁷ y se encuentra una mayor prevalencia en pacientes con hernia inguinal derecha, muchas de ellas asociadas a operaciones previas del cuadrante inferior derecho (p. ej., apendicitis aguda). Debemos destacar que 16 pacientes presentaron hernia inguinal bilateral. Para la reparación de éstas se dispone de tres posibilidades^{8,9}: a) el mismo día se operará las dos hernias; b) un intervalo de 1 a 2 semanas entre una y otra, y c) 6 meses entre una reparación y la otra. En nuestro caso, si eran hernias pequeñas y no presentaban afecciones urológicas asociadas que aumen-

Tabla 5 Complicaciones postoperatorias

Complicaciones	N.º	%
Retención aguda de orina	9	2,3
Orquiepididimitis	6	1,5
Hematoma/ seroma	5	1,2
Infección de la herida	3	0,7
Reurrencia herniaria	1	0,3
Total	25	6,0

Fuente: historias clínicas.

taran la presión intraabdominal, la operamos en un solo tiempo. Es un consenso generalizado que un alto porcentaje de las hernias inguinales son indirectas y salen a través del anillo inguinal profundo^{2,3,8,10,11} y hay un escaso número de hernias directas. Encontramos 3 hernias en pantalón, variedad poco frecuente. En relación a las hernias recurrentes, más del 80% no fueron operadas por cirujanos cubanos. La técnica para reparar la pared posterior siempre ha sido un elemento de controversia en la patología herniaria. El hecho de que se conozcan alrededor de 22 o 23 técnicas quirúrgicas significa que la más completa, segura y adecuada aún está por llegar. Nosotros utilizamos más la de técnica de Condon, que es fácil y con tasa de recurrencia dentro de límites aceptables. Las complicaciones postoperatorias son cada vez menores¹²⁻¹⁵ y reportan menos del 5-6%. En Gambia, las afecciones urológicas son frecuentes y por eso encabezan las complicaciones. Para hablar acerca de la eficacia de un servicio quirúrgico se maneja la infección de la herida: menos de 1% es excelente, el 1-2% es aceptable y más del 2% es preocupante en heridas limpias, como es el caso de la herniorrafia inguinal¹⁶⁻²⁰. Consideramos nuestro control de la infección de la herida bueno; sólo tenemos una recidiva herniaria.

Conclusiones

El presente estudio ha demostrado que la reparación de la hernia inguinal por el método ambulatorio es un proceder seguro y viable. Está asociado con morbilidad postoperatoria mínima, movilización temprana, retorno rápido al hogar y reducción de los costes de hospitalización.

Conflicto de intereses

El autor declara no presentar ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Farrakha M, Shyam V, Bebarra GA, Yacoub M, Bindu K, Kolli S. Ambulatory inguinal hernia repair with prolene hernia system. *Hernia*. 2006;10:2-6.
2. Goderich Lalan JM. Técnica por sobrecapas en la reparación de la hernia inguinal. *Rev Cubana Cir*. 2002;14:26-31.
3. Devlin HB, Gillen PHA, Waxman BP, Mac Nay RA. Short stay for inguinal hernia: experience of the Shouldice operation. *Br J Surg*. 1996;73:123-4.
4. Kingsnorth AN, Wright D, Porter CS, Robertson G. Prolene hernia system compared with Lichtenstein patch: a randomized double blind study of short-term and medium term outcomes in primary inguinal hernia repair. *Hernia*. 2002;6:113-9.
5. Mayagoitia JC. Inguinal hernioplasty with the prolene system. *Hernia*. 2004;8:64-6.
6. Slim K, Chipponi J. The prolene hernia system for inguinal repair. *Ann Chir*. 2003;128:121-4.
7. Wara P, Bay Nielsen M, Jull P, Kehlet H. Prospective nation wide analysis of laparoscopic versus Lichtenstein repair of inguinal hernia. *Br J Surg*. 2005;92:1277-81.
8. Fenoglio ME, Bermas HR, Haun WE, Moore JT. Inguinal hernia repair: results using an open preperitoneal approach. *Hernia*. 2005;9:160-1.
9. Shouldice EE. Surgical treatment of hernia. *Ontar Med Rev*. 1945;4:43.
10. Bendavid R. Recurrences, the fault of the surgeon. En: Shumlick V, Nyhus LM, editors. *Benefits and risk*. Berlin Heidelberg, New York: Springer; 2004. p. 51-62.
11. The USA Hernia Trialist Collaboration. Repair of groin hernia with synthetic mesh: meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg*. 2002;235:322.
12. Langerbach M, Schmidt J, Lazika M, Zirngibl H. Urological symptoms after laparoscopic hernia repair. Reduction with a variant of polypropylene mesh. *Urology*. 2003;42:375-1.
13. Poobalan AS, Bruce J, Smith WC, King PM, Krukowski ZH, Chamber WA. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. *Clin J Pain*. 2003;19:48-54.
14. Mikkelsen T, Bay Nielsen M, Kehlet H. Risk of femoral hernia after inguinal herniorrhaphy. *Br J Surg*. 2002;89:486-8.
15. Hashisuka T. Femoral hernia repair. *Surg Clin North Am*. 2003;83:1189-205.
16. Deysine M. Historical evolution of asepsis and antisepsis. En: Deysine M, editor. *Hernia infections: pathophysiology, diagnosis, treatment and prevention*. New York: Marcel Dekker Inc; 2004. p. 1-16.
17. Sanchez Montes S, Sanchez Montes J, Deysine M. Epidemiology and incidence of post external abdominal wall herniorrhaphy. En: Deysine M, editor. *Hernia infections, pathophysiology, diagnosis, treatment and prevention*. New York: Marcel Dekker Inc; 2004. p. 17-57.
18. Salvati SA, González Della Valle A, Masri BA, Duncan CP. The infected total hip arthroplasty. *Instr Course Lect*. 2003;52:223-45.
19. Junge K, Rosh R, Klinge U. Gentamycin supple prophylaxis of polyvinylidene fluoride mesh for infection. *Biomaterials*. 2005;26:787-93.
20. Rutkow IM. The surgeon's glove. *Arch Surg*. 2004;134:223-4.