

Cirugía laparoscópica de la hernia inguinal: un debate que continua abierto

«Considering all that is written about the radical treatment of the inguinal hernia up until now, it can be somewhat risky to try to publish more about this subject».

E. Bassini, 1890.

Hace más de 100 años Bassini estableció los principios del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal y pensó que su técnica era la definitiva. Sin embargo, sus presagios no se cumplieron y muchos años después la cirugía de la hernia inguinal sigue generando múltiples controversias. CIRUGÍA ESPAÑOLA es una muestra de ello y publica con regularidad una gran cantidad de trabajos, a menudo con técnicas y resultados dispares.

La razón de tanto debate radica en que no existe una evidencia científica, basada en estudios aleatorizados a gran escala, que determinen la eficacia de las distintas técnicas disponibles. Además, los resultados de una reparación herniaria no son siempre satisfactorios y se pueden hallar valores muy dispares de recidiva, en función del tipo de reparación practicada, la especialización del cirujano en patología herniaria y, fundamentalmente, el tiempo y forma de seguimiento realizado¹⁻³.

Dos auditorías nacionales realizadas en Suecia y Dinamarca indican que el 16% de las hernias que se operan son por recurrencia. Este porcentaje se mantiene constante anualmente, sin presentar tendencia a la baja, a pesar de la sistematización de las reparaciones protésicas^{3,4}. Si a esto le sumamos aquellas recidivas asintomáticas que el paciente desconoce o bien que no desea ser reintervenido, nos situamos en cifras nada despreciables en cuanto al fracaso de la reparación herniaria.

Por tanto, aunque algunos grupos punteros publican resultados muy brillantes, la realidad es que la hernia sigue siendo un problema no resuelto en la actualidad, y no existe un tratamiento consensuado como ideal.

¿Cuál es la mejor reparación herniaria en la actualidad? Existe evidencia científica de que las reparaciones protésicas son superiores a las no protésicas. Los metaanálisis realizados por el EU Hernia Trialists Collaboration⁵ o el National Health Service británico, a través del National Institute for Clinical Excellence (NICE)⁶ demuestran que las técnicas protésicas presentan menos recidivas y menor dolor postoperatorio. Por esto, en la actualidad, la reparación protésica es la reparación aconsejable⁷.

¿Hernioplastia protésica abierta o laparoscópica? El metaanálisis del EU Hernia Trialists⁵ es favorable a las

técnicas laparoscópicas que presentan menos dolor postoperatorio, más rápida recuperación y menos dolor crónico postoperatorio. Similares resultados refiere el NICE, cuyo estudio concluye:

1. La hernioplastia laparoscópica (HL) se debe considerar como una alternativa de primer orden en el tratamiento de la hernia bilateral y recidivada, mientras que en la hernia primaria son preferibles las técnicas protésicas abiertas.

2. Cuando se realiza la HL es preferible practicar la vía extraperitoneal (TEP).

3. La HL se debe efectuar en unidades con equipos quirúrgicos adecuadamente entrenados en la técnica y que la realicen regularmente.

También los estudios de coste-efectividad apoyan el tratamiento laparoscópico de la hernia. Un reciente estudio sobre 1.513.008 casos concluye que, en la actualidad, la HL es la opción terapéutica con el mejor índice coste-efectividad⁸.

¿Qué vía laparoscópica es más adecuada? Los metaanálisis reflejan menor número de complicaciones en la vía extraperitoneal (TEP) que en la transabdominal (TAPP)⁵⁻⁶, aunque se han descrito series amplias de TAPP con muy buenos resultados¹. Además, conceptualmente, la TEP reproduce fielmente los preceptos clásicos de la vía preperitoneal abierta y únicamente mejora el acceso. En la TAPP resulta difícil justificar el acceso transperitoneal en el abdomen para resolver un problema parietal y además requiere anestesia general.

En las auditorías nórdicas la técnica laparoscópica ha obtenido los mejores resultados en el tratamiento de la hernia recidivada^{3,4}. Bay-Nielsen⁴, en una serie de 4.438 hernias recidivadas, refiere un índice de reintervención estimada a los 30 meses del 3,4% en HL; del 6,1% con prótesis por vía anterior y del 10,6% con no protésicas. Nilsson³ obtiene resultados similares (1,8%; 4,8% y 7,2%, respectivamente).

¿Tiene ventajas la vía laparoscópica en la hernia bilateral? ¿Puede realizarse en el contexto de cirugía sin ingreso? Ambas preguntas quedan contestadas en el trabajo publicado en este número por Moreno-Egea et al⁹.

Sin embargo, el tratamiento laparoscópico de la hernia, pese a sus favorables perspectivas, no ha conseguido consolidarse como el tratamiento más utilizado. En España, una encuesta realizada por la Societat Catalana de Cirurgia refiere que sólo un 14% de cirujanos realiza ciru-

gía laparoscópica de la hernia inguinal, si bien un 42% la considera como la técnica ideal en la hernia bilateral o recidivada¹⁰.

¿Por qué estas diferencias entre lo teórico y la práctica diaria? Diversos motivos, como la poca predisposición a iniciarnos en un procedimiento nuevo, con una curva de aprendizaje exigente; la falta de costumbre con la vía preperitoneal; no poder disponer de resultados a largo plazo y un coste económico superior si se utiliza material de un solo uso tienen su papel en esta situación paradójica².

¿Cuál será, en un futuro, el papel de la laparoscopia en el tratamiento de la hernia? Si Bassini no fue capaz de predecirlo en su tiempo, no me atreveré yo a aventurarlo. Sin embargo, hoy por hoy es una alternativa de primer orden en la hernia recidivada y bilateral, cuando la realizan grupos expertos. Y a estos grupos hay que requerirles un esfuerzo dirigido a la disminución del coste económico y a facilitar la reproducibilidad de la técnica.

Xavier Feliu Palà

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General d'Igualada. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Macintyre IMC. Best practice in groin hernia repair. *Br J Surg* 2003;90:131-2.
2. Feliu Palà X, Martín Gómez M, Morales Conde S, Fernández Sallent E. The impact of the surgeon's experience on the results of laparoscopic hernia repair. *Surg Endosc* 2001;15:1467-70.
3. Nilsson E, Haapaniemi S, Gruber G, Sandblom G. Methods of repair and risk for reoperation in Swedish hernia surgery from 1992 to 1996. *Br J Surg* 1998;85:1686-91.
4. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, Malmstrom J, Andersen FH, Wara P, et al. Quality assessment of 26.304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet* 2001;358:1124-8.
5. The EU Hernia Trialists Collaboration. Repair of groin hernia with synthetic mesh: meta analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg* 2002;235:322-32.
6. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidance on the use of laparoscopic surgery for inguinal hernia. *Technology Appraisal Guidance N.º 18*. January 2001; p. 1-103.
7. Carbonell-Tatay F. Hernia inguinal: conceptos, siglas, modas y sentido común. *Cir Esp* 2002;71:171-2.
8. Stylopoulos N, Gazelle GS, Rattner DW. A cost-utility analysis of treatment options for inguinal hernia in 1.513.008 adult patients. *Surg Endosc* 2003;17:180-9.
9. Moreno-Egea A. Hernia inguinal bilateral: cirugía abierta vs reparación laparoscópica extraperitoneal. *Cir Esp* 2003;73:5:??-??
10. Feliu Palà X, Targarona Soler EM, Domingo Fontanet J, Trias Folch M. ¿Qué opinamos los cirujanos de la cirugía laparoscópica? *Cir Esp* 2002;71:287-91.