

## Abordaje laparoscópico en la hernia inguinal: una sola técnica y un recurso táctico

El abordaje laparoscópico actualmente no debe considerarse como una opción nueva o experimental para tratar las hernias inguinales. La laparoscopia aplicada al tratamiento de la hernia inguinal cumple 15 años de madurez, se encuentra bien desarrollada y cuenta con un apoyo tecnológico ya consolidado. En estos años se han ido corrigiendo los errores del pasado, el primero de los cuales fue desarrollar una técnica para tratar las hernias inguinales sólo porque con el laparoscopio y desde la cavidad intraabdominal se podía ver el anillo inguinal profundo (IPOM y TAPP). Este abordaje inicial presentaba unas complicaciones que eran inaceptables desde el punto de vista de la cirugía clásica, como la posibilidad de lesiones viscerales (intestino delgado, vejiga, etc.) y vasculares<sup>1</sup>. Sin embargo, fue importante desde un punto de vista evolutivo porque nos ha facilitado una comprensión anatómica global del área inguinal, ha elevado la herniorrafia a la posición que se merece dentro de la cirugía general y ha vuelto a todos los interesados mejores cirujanos de las hernias. Es decir, con una tecnología nueva, pero desde un plano equivocado, se ha ido avanzando hasta encontrar un punto de convergencia con los estudios de otros autores “clásicos” que llevaban años aconsejando tratar las hernias desde un plano posterior, aunque por vía anterior (Stoppa, Nyhus, etc.)<sup>2-4</sup>.

El miedo a las lesiones viscerales intraabdominales creó inevitablemente un enfrentamiento entre “cirujanos clásicos” y “laparoscopistas” que ha supuesto un retraso en asumir y comprender la verdadera aportación del abordaje laparoscópico. Dicha situación (repetida en los últimos años en cualquier congreso) ha impedido la difusión del que debe de ser entendido como único abordaje laparoscópico correcto (TEP) al colectivo de cirujanos y residentes interesados en su aprendizaje. Es decir, una intervención íntegramente parietal que corrige las hernias inguinales uniendo los conceptos de Stoppa (reparación preperitoneal con prótesis gigante) y de Lichtenstein (plastia con malla sin tensión), pero que se puede realizar mediante instrumental laparoscópico adecuado. Gracias al desarrollo de la TEP, el tratamiento de las hernias inguinales vuelve a ser una reparación “intraparietal”, y se debe asumir que lo único que aporta la vía laparoscópica es la opción de completar dicho tratamiento de una forma mínimamente invasiva, con un demostrado benefi-

cio para el paciente (igual que en la colecistectomía, la laparoscopia no altera la técnica en sí misma). Por todo ello, se debe empezar a situar el abordaje laparoscópico en el lugar que le corresponde dentro del tratamiento de las hernias y comenzar a hablar en singular, entendiendo con ello que sólo existe una técnica (TEP) y un recurso táctico (TAPP) para casos especiales (reconversión o fracasos de la TEP). La vía laparoscópica ya no debe plantearse como una cirugía que pretende modificar o sustituir otras técnicas abiertas. La laparoscopia sólo completa las posibles opciones de tratamiento para los pacientes y mejora los resultados en los casos seleccionados donde sus ventajas se hayan demostrado (caso de las hernias bilaterales y recidivadas)<sup>5</sup>.

En la actualidad, la medicina, y en concreto la cirugía, están orientadas a la atención al cliente-usuario. Esto supone que las técnicas que demuestren ofrecer una mayor “calidad de vida” a los “clientes” serán las consideradas de elección e irán consolidándose en la cartera de servicios de los hospitales con mayor prestigio, a pesar del coste hospitalario, al menos en los países desarrollados (¿se cuestiona el gasto de la cirugía de los trasplantes, de la obesidad, del cáncer de pulmón, etc.?). La TEP ha demostrado que aporta un claro beneficio para los pacientes que son intervenidos de hernia inguinal bilateral. Entonces, ¿cuánto pensamos que tardará en imponerse como la técnica de elección en este proceso? Nosotros creemos que cuando se cumplan 2 requisitos: a) cuando médicos, cirujanos, laparoscopistas y herniorrafistas den a sus pacientes y a la sociedad un único mensaje (la operación más beneficiosa para usted es la laparoscopia TEP, a pesar de su mayor coste hospitalario)<sup>6,7</sup>, y b) cuando los cirujanos noveles y residentes formados en laparoscopia de una manera cotidiana y que ejerzan en centros donde se realicen más de 200-300 hernias/año aprendan la técnica (pueden superar su curva de aprendizaje en 3-6 meses) y la difundan con simplicidad a sus servicios.

En resumen, los cirujanos laparoscopistas o no debemos empezar ya a trabajar conjuntamente (unidades de pared abdominal) para que los nuevos cirujanos se formen de forma adecuada sin percibir mensajes conflictivos y, en un futuro no muy lejano, cada hospital pueda contar con un equipo quirúrgico capaz de ofrecer a sus “clientes”

la posibilidad de llevar a cabo la técnica laparoscópica TEP con una eficacia y una eficiencia adecuadas.

**Alfredo Moreno-Egea<sup>a</sup>, José Antonio Torralba<sup>a</sup>  
y José Luis Aguayo Albasini<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General.  
Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital J.M. Morales Meseguer.  
Murcia. España.

## Bibliografía

1. Nathan JD, Pappas TN. Inguinal hernia. An old condition with new solutions. *Ann Surg.* 2003;238:S148-57.
2. Arregui ME, Castro D, Nagan RF. Anatomy of the peritoneum, preperitoneal fascia and posterior lamina of the transversalis fascia in the inguinal area. En: Arregui ME, Nagan RF, editors. *Inguinal hernia. Advances or controversies?* Oxford: Radcliffe Medical Press; 1994. p. 23-34.
3. Davis CJ, Arregui ME. Laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Clin North Am.* 2003;83:1109-25.
4. Van Grasse L, Himpens JM, Leman G. Preperitoneal laparoscopic hernioplasty: the evolution from transperitoneal to preperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. En: Büchler MW, Frei E, Klaiber Ch, Metzger A, editors. *Laparoscopic hernia repair: a new standard?* *Prog Surg.* 1995;21:173-6.
5. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of laparoscopic surgery for inguinal hernia. London: NICE; 2001. Technology appraisal guidance n.º 18.
6. Motson RW. Why does NICE not recommend laparoscopic herniorrhaphy? *BMJ.* 2002;324:1092-4.
7. Lau H. Patients' perception of open and endoscopic extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004; 14:219-21.