

Técnica de Shouldice e interposición de malla de Prolene. Resultados preliminares

Dres. Alberto Pagán Pomar¹, Cristina Álvarez Segurado²,
José Miguel Morón Canis¹, Iñigo Fernández Hurtado²,
José Antonio Soro Gosálvez³

Resumen

El tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal ha sido objeto de múltiples controversias con el desarrollo de distintas técnicas. En la década de los ochenta esta controversia ha dado paso a la implantación de dos técnicas que por sus resultados se han distanciado claramente de otras formas de tratamiento. La herniorrafia de Shouldice y la interposición de malla de prolene son en la actualidad dos técnicas compatibles y con unos resultados excelentes a largo plazo. Nuestro objetivo era determinar la capacidad de reproducción y los resultados en un mismo grupo de cirujanos. Concluimos que teniendo ambas resultados muy similares, el fácil desarrollo técnico de la malla de prolene desplaza a las demás técnicas.

Palabras clave: Hernia inguinal – cirugía

Summary

Surgical treatment of inguinal hernia has been the object of much controversy which is reflected historically in the development of multiple techniques. In the 80's this gave way to two techniques which are clearly above other treatments according to results. Shouldice's herniorrhaphy and interposition of prolene mesh are at present two techniques which are compatible, can be performed by the same

surgical team with excellent results which are similar to those obtained by groups specialized in the techniques.

The aim was to determine reproductability capacity and results in the same group of surgeons. It is the authors' belief that with very similar results with both techniques, the easy technical development of prolene mesh leaves other techniques behind.

Introducción

Desde finales de 1993 hasta 1998 han sido operados por un grupo reducido de cirujanos dos grupos de pacientes con dos técnicas de fundamentos distintos, con el objetivo de identificar los resultados de cada una de ellas al ser realizadas por cirujanos no especializados en ninguna de las técnicas en particular.

Material y método

Entre 1993 y 1998 han sido intervenidas 136 hernias inguinales primarias, que han sido tratadas en 69 pacientes según la técnica de Shouldice y en 67 pacientes según la técnica de Lichtenstein. La asignación al grupo de pertenencia se ha relacionado con los períodos de actividad quirúrgica. Durante los primeros años se practicó herniorrafia de Shouldice consecutivamente a todos pacientes y posteriormente se indicó la hernioplastia de Lichtenstein en el último periodo.

Los pacientes seleccionados fueron operados de forma programada y no realizándose ningún otro procedimiento añadido. Se realizó indistintamente raquianestesia y anestesia local más se-

1. FEA Cirugía General

2. MIR Cirugía General

3. Jefe de Servicio Cirugía General

Correspondencia: Hospital Universitario Son Dureta, C/ Andrea Doria, 55 07014 Palma Mallorca. Baleares, España

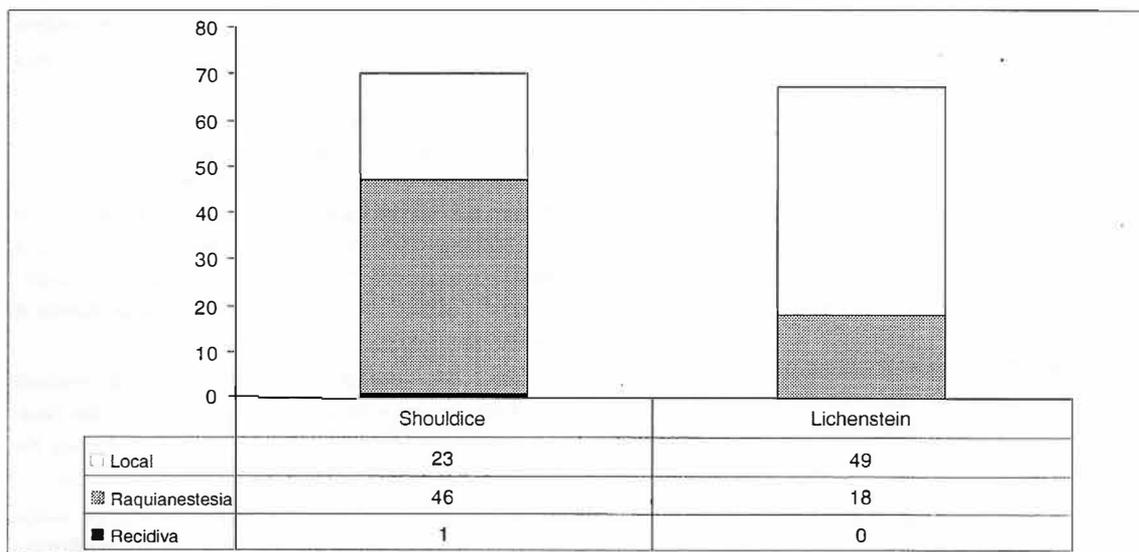


Figura 1. Reparación inguinal

dación. La profilaxis antibiótica sólo se indicó en pacientes ASA III.

El tipo de hernia se clasificó según la clasificación propuesta por Nyhus. Tras la reparación se infiltró bupivacaína en la vecindad de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico lo que permitió menores dosis de analgesia.

La herniorrafia de Shouldice fue realizada inicialmente bajo anestesia raquídea en 46 casos y en el resto con anestesia local y sedación.

La hernioplastia de Lichtenstein fue realizada en 18 pacientes con raquianestesia y en 49 casos con anestesia local y sedación.

Todos los pacientes fueron operados de forma programada, sólo de un lado, y no se realizó en ningún caso otro procedimiento añadido. Se realizan en ambos grupos de pacientes controles ambulatorios a la semana, a los tres y seis meses. Anualmente se realizó seguimiento telefónico, revisando en la consulta a aquellos pacientes que presentaban molestias o sospecha de recidiva herniaria.

Los resultados de ambas técnicas fueron comparados con los obtenidos por nosotros mediante la herniorrafia de Bassini tras cinco años de seguimiento, demostrándose una importante mejora de la recidiva.

Resultados

Todos los pacientes han sido seguidos anual-

mente en consulta o telefónicamente tras los primeros seis meses de controles clínicos rutinarios.

El seguimiento del total de hernias intervenidas no pudo completarse en 14 pacientes (10,2%).

La técnica de Shouldice se practicó en 69 pacientes. La anestesia local fue utilizada en 23 pacientes, pudiendo finalizarse la intervención en todos los casos. La clasificación fue: tipo 2 de Nyhus 46 casos, 3a en 18 casos y 3b en cinco casos. Aunque prolongó el tiempo quirúrgico, no se han constatado diferencias entre los operados con anestesia raquídea o los operados bajo anestesia local. Fue posible el alta al día siguiente de la intervención en todos los casos.

La morbilidad apareció en cuatro pacientes (5,7%) y fue debida a un absceso, un hematoma y dos orquitis. La recurrencia se objetivó en un caso (1,4%) tras un período medio de seguimiento de 42 meses (21-62 meses).

La técnica de Lichtenstein se practicó en 67 pacientes. Estos pacientes fueron operados bajo anestesia local de modo predominante (49 casos, 73%). La morbilidad se limitó a dos equimosis en la vecindad de la herida quirúrgica. El seguimiento es menor, 18 meses de promedio (6-35 meses). En los resultados preliminares no hay recurrencia en los pacientes seguidos (figura 1).

Los índices de recidiva obtenidos por nosotros tras cinco años de seguimiento de 365 herniorrafias de Bassini fue de 12%, muy superior al de las técnicas analizadas (0,7%).

Discusión

La hernia inguinal es una de las intervenciones más frecuentemente realizadas por el cirujano general y sobre las que más variantes técnicas se han descrito.

Actualmente se viene considerando la cirugía de la pared como un aspecto de la actividad quirúrgica con verdadera relevancia. En poco tiempo ha pasando a ocupar el lugar más importante en los programas de cirugía mayor ambulatoria e incluso se han creado unidades específicas para su desarrollo.

A pesar de que no siempre ha ocupado un lugar tan importante, el tratamiento de la hernia inguinal siempre ha sido muy debatido y sin embargo no se ha hecho la misma difusión sobre los resultados (morbilidad y recurrencias), al no existir un seguimiento prolongado de los pacientes operados y no conocer la consulta realizada por el paciente a otro cirujano con la esperanza de una "mejor suerte".

A lo largo de este siglo, se ha descrito múltiples métodos para su tratamiento dejando aparte las técnicas de abordaje posterior, abiertas o por vía laparoscópica, con resultados y ventajas claramente establecidas para unos y esperanzadores para otros.

El tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal ha sido discutido a lo largo de la historia ⁽¹⁾. Bassini introdujo en 1884 un método para la reconstrucción del piso inguinal que se consideró óptimo. A pesar de ello, se siguieron publicando otros métodos de reparación: McVay en 1948 popularizó el uso del ligamento ileopectíneo para fijar la pared media que inicialmente había descrito Lotheissen en 1898. En 1953 apareció el "método canadiense": Shouldice informó de la reparación basada del piso posterior imbricando la fascia transversalis ⁽²⁾.

En 1986, Lichtenstein publicó en segunda edición la reparación "sin tensión" de la hernia inguinal mediante la interposición de una malla de material sintético en el defecto herniario ⁽³⁾.

Los índices de recidiva varían de una a otra técnica. Estas intervenciones están sujetas a las

modificaciones técnicas que se realizan sobre ellas y que puede dar lugar a un deterioro de sus resultados respecto a los obtenidos mediante el desarrollo de la técnica original. Los índices de recidiva aceptados para las técnicas de Bassini y McVay eran entre 5-10%, dependiendo de las series. La serie publicada por el hospital de Shouldice presentó mejores resultados, con una recurrencia de 2% ⁽⁴⁾ y la serie publicada por Lichtenstein publicó un índice de recurrencia menor a 1% ⁽⁵⁾.

Estas dos últimas técnicas tienen la ventaja añadida de ser adaptables a programas de cirugía mayor ambulatoria y poder ser realizadas indistintamente con anestesia local o raquídea.

Las series que presentamos, además de valorar los resultados, tienen la finalidad de confirmar que pueden realizarse ambas técnicas por un mismo grupo de cirujanos con unos resultados similares a los deseables por ser fácilmente reproducibles.

La técnica de Shouldice es más exigente desde el punto de vista técnico, lo que se mide por el mayor tiempo quirúrgico precisado para realizarla. Se realizó al principio de la serie con anestesia raquídea y en el último periodo con anestesia local. Su desarrollo más anatómico requiriere una disección amplia para efectuar la herniorrafia con comodidad y garantías, lo que justifica el mayor tiempo quirúrgico al compararla con la interposición de una malla (12 minutos). La herniorrafia de Shouldice reparte la tensión a la que se somete la fascia transversalis entre las líneas de sutura continua y esta está influenciada por el nivel de sección y solapamiento de la fascia transversalis ^(6,7). Un posoperatorio doloroso puede tener su origen en este hecho.

La hernioplastia de Lichtenstein es una técnica que reúne todas las ventajas. Es fácilmente aprendida y enseñada. Requiere una mínima disección anatómica, que puede realizarse bajo anestesia local con garantías de éxito, lo que la hace una técnica adaptable a cualquier programa de cirugía ambulatoria. La ausencia de tensión permite un posoperatorio confortable y una reincorporación temprana a las tareas habituales. El único punto de controversia es la colocación de una malla sobre un tejido sano en pacientes con una larga expectativa de vida y su posible rechazo o complicación a largo plazo. En nuestra