

ARTÍCULO ORIGINAL

Tratamiento de la hernia inguinal con cirugía ambulatoria

Dres. Gustavo Nari**, Fernando Oliva**, Julio Prenna**,
Eduardo Moreno*, Sergio Olivares**

Resumen

Se estudiaron treinta casos de hernia inguinal reductible utilizando anestesia local para el tratamiento quirúrgico dentro de un protocolo sobre cirugía ambulatoria. La técnica operatoria pudo ser realizada sin inconvenientes; los pacientes fueron dados de alta a las pocas horas de cirugía. No presentaron complicaciones importantes. Los resultados obtenidos son similares a los de otros autores. Los beneficios en cuanto a costos, breve estadía hospitalaria, buena tolerancia del método y el bienestar de los pacientes hacen de este método una opción a tener en cuenta.

Summary

There were studied 30 cases of reductible inguinal hernia using local anaesthesia for the surgical treatment, into an ambulatory surgery protocol. There were no technical inconvenients and patients had stayed at the Hospital only a few hours after the operation. There were no important complications. The results obtained were to similar to the ones from other authors. We point out that the advantages on costs, short hospitalary stay, no complications and patients wealth make of this method a very interesting option.

Palabras clave: Hernia inguinal
Cirugía ambulatoria

* Jefe de Servicio

** Médicos residentes

Hospital San Roque. Córdoba, Argentina

Presentado en el 46º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 1995.

Correspondencia: Dr. Eduardo Moreno. Hospital San Roque. Rosario de Santa Fe 374. Córdoba, Argentina.

Introducción

Es durante el siglo XVIII cuando se comienza con el tratamiento de la patología herniaria de la región inguinal. Sin embargo los resultados estaban signados con 100% de recidivas.

No es sino hasta las publicaciones de Bassini, cuando recién se señalaron resultados alentadores postratamiento de esa patología.

Una vez resuelto, en cierto modo el problema de la recidiva herniaria, y después de muchos años, la temática sobre la recidiva herniaria, comienza a centrarse en el tiempo de reincorporación al trabajo, reducción de los costos y disminución de la estadía hospitalaria.

En los últimos años, varias han sido las propuestas para manejar estas inquietudes. Es así que se propone desde la reparación herniaria con videocirugía⁽¹⁾, el uso de anestésicos locales en el intraoperatorio para disminuir el dolor ulterior a la cirugía⁽²⁾, hasta cirugía ambulatoria con anestesia local⁽³⁻⁸⁾.

El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados obtenidos en 28 pacientes afectos de hernia inguinal que ingresaron en un protocolo de cirugía ambulatoria.

Material y método

Durante el último año y medio fueron incluidos en un estudio de protocolo de cirugía ambulatoria para hernia inguinal, veintiocho pacientes portadores de 30 hernias inguinales. Se incluyeron en este estudio, pacientes con hernia inguinal reductible, exceptuando: menores de 15 años, alérgicos a los fármacos utilizados y mujeres embarazadas.

Los pacientes se citaban en el día de realización de la cirugía, efectuándoseles previamente: análisis de laboratorio, electrocardiograma y compatibilidad prequirúrgica.

Tabla 1. Trabajos específicos

<i>Sedentario</i>		<i>Moderado</i>		<i>Pesado</i>	
Trabajo	Pacientes	Trabajo	Pacientes	Trabajo	Pacientes
Operador de radio	2*	Choferes	3*	Tareas rurales	5
Trabajo de escritorio	2	Electricista	1	Construcción	3
Cuidador de playa	1	Vendedor de repuestos	1	Mecánico	2
Guardia de seguridad	1	Panaderos	1	Recolector de basura	1
* Hernia inguinal bilateral (uno)		* Hernia inguinal bilateral (uno)		Est. educación física	1

Tabla 2. Retorno al trabajo en días

Tipo de trabajo	No. pacientes	Tiempo en días		
		8	12	16
Sedentario	6	8	12	16
Moderado esfuerzo	12	14	22	27
Pesado	12	21	28	30

Tabla 3. Seguimiento

Tiempo	Número de pacientes
Más de un año	6
Entre 6-12 meses	12
Entre 3-6 meses	12
Total	30

Posteriormente se trasladaban a quirófano preparados con las medidas asépticas convencionales; se procedía a infiltración en el campo quirúrgico con anestesia local con una solución compuesta por 50 ml de lidocaína al 2% sin epinefrina, 30 ml de bicarbonato de sodio y 100 ml de solución fisiológica (en total 180 ml de solución anestésica).

La técnica anestésica utilizada es la pregona-da por Finochietto⁽⁹⁾.

La técnica quirúrgica a emplear en la reparación herniaria se dejó al libre albedrío del cirujano, de acuerdo al hallazgo intraoperatorio (destacamos que siempre utilizamos técnicas de reparación medio-funiculares). El material de sutura a emplear fue prolipropileno 2-0 para la corrección del retromuro inguinal y poliglactina 911 para el cierre de la aponeurosis del oblicuo mayor. Los pacientes han sido dados de alta después de finalizada la cirugía, salvo alguna complicación. Todos los enfermos tenían la posibilidad de comunicación rápida y segura con su cirujano en el posoperatorio.

El protocolo ha incluido los siguientes datos: sexo, edad, características de la hernia, tiempo en horas de la estadía hospitalaria, complicaciones, tiempo de retorno al trabajo, y recidivas.

Resultados

Se evaluaron los datos mencionados en el último párrafo (sexo, edad, etcétera).

Veintiocho pacientes portadores de 30 hernias inguinales fueron incluidos en el protocolo de estudio.

Todos correspondieron al sexo masculino con una edad promedio de 37 años, y extremos de la misma entre 21 y 63 años.

De las 30 hernias, 21 se localizaban en la región inguinal derecha y 9 en la izquierda; 19 eran directas y 11 indirectas, todas de características reductibles. Todos los pacientes fueron operados mediante anestesia local con un consumo promedio de dilución anestésica de 110 ml variando entre 75 y 180 ml.

Las técnicas utilizadas en la reparación herniaria fueron: Shouldice, en 18 casos; Bassini modificada, en 10 casos; Anson Mc Vay, en un caso y Ruggi-Parlovecchio en un caso.

La estadía hospitalaria presentó un término medio de 3 horas 15 minutos con extremos de entre 2 horas y media y 4 horas y media.

El tiempo de retorno al trabajo fue medido en días, y el trabajo dividido en tres grupos, de acuerdo al esfuerzo necesario para cada uno. Los trabajos específicos se muestran en la tabla 1 y el tiempo de retorno al trabajo en la tabla 2.

Respecto de las complicaciones, un enfermo presentó un seroma de la herida quirúrgica al cual se le realizó drenaje con curación definitiva. Finalmente, no hemos observado ninguna recidiva hasta el presente (tabla 3).

Discusión

La creciente preocupación por la disminución de los costos en medicina, la reducción del tiempo de reintegro al trabajo, y el descenso de la estadía hospitalaria, ha desencadenado el desarrollo de diversas técnicas para alcanzar este fin⁽¹⁻⁹⁾.

Normalmente las hernias inguinales se operan en la mayoría de los servicios de cirugía, mediante anestesia peridural o raquídea y algunas veces con anestesia general.

La estadía hospitalaria ronda las 48-72 horas y la reincorporación al trabajo es indicada alrededor de las 4 semanas, lo que en algunas oportunidades no dista mucho de lo publicado por Basini en su serie⁽¹⁰⁾.

Todo lo anterior motivó el desarrollo de diferentes propuestas para alcanzar dichos objetivos; entre ellas la cirugía laparoscópica es un método propuesto por algunos autores⁽¹⁾, con corta estadía hospitalaria y un rápido reintegro a la actividad laboral. Sin embargo, a nuestro modo de ver, presenta algunas desventajas, tales como los riesgos de anestesia general, neumoperitoneo y su realización; la colocación de material protésico exógeno y el alto costo hospitalario comparado con los otros procedimientos, aunque este último se vería compensado con una disminución en los costos sociales y laborales.

Otros autores proponen el uso de infiltración de la herida quirúrgica con anestésicos locales durante la cirugía para prolongar el período de analgesia posoperatoria y acortar de esa manera la estadía hospitalaria. La mayoría utiliza bupivacaína, sola o asociada a otras sustancias con idénticos resultados, se estima en 10 horas aproximadamente el período de analgesia posoperatoria^(2,5).

Durante los últimos años se ha notado un incremento marcado en la utilización de anestesia local para el tratamiento de la patología de pared abdominal, principalmente el tratamiento de la hernia inguinal. Desde hace un año y medio comenzamos a operar en nuestro servicio pacientes con hernias inguinales reductibles utilizando anestesia local. Obtuvimos resultados sumamente alentadores; la estadía hospitalaria se vio reducida en forma importante (tiempo promedio 3,15 horas); a esto se asoció una gran disminución de los costos.

Todos los pacientes se mostraron conformes con los resultados obtenidos, lo que quedó demostrado en los individuos que reingresaron para operarse de hernia inguinal contralateral con la misma técnica.

Las técnicas quirúrgicas usadas se escogieron en el momento de la cirugía, siendo las más utilizadas la técnica de Shouldice, como es propuesta por otros autores⁽¹¹⁻¹³⁾ (ya observamos que utilizamos sólo técnicas medio-funiculares). En cuanto al retorno a su trabajo, los pacientes que tenían actividades sedentarias se reincorporaron con un promedio de 12 días; aquellos que realizaban esfuerzos moderados retornaron a su actividad laboral con un promedio de 22 días, mientras que aquellos que desarrollaban tareas pesadas lo hicieron en un promedio de 28 días; lo que no difiere mucho de otras series presentadas⁽¹⁴⁾.

Respecto de las complicaciones, un solo paciente presentó un seroma de la herida que curó con su drenaje. En lo que se refiere al seguimiento, seis enfermos presentan control de más de un año, doce pacientes, un seguimiento entre seis y 12 meses y los doce restantes control entre 3 y 6 meses, no individualizándose recidivas entre ellos. De todas formas consideramos que el seguimiento no posee tiempo suficiente para sacar alguna conclusión. Los pacientes continúan bajo control periódico.

Finalmente y como conclusión creemos que en todo servicio de cirugía se deben tratar las hernias inguinales reductibles con cirugía ambulatoria mediante anestesia local. Afirmamos esto debido a los buenos resultados obtenidos, la importante reducción de costos y de estadía hospitalaria, y porque deja disponibilidad de camas para internación de patologías de mayor envergadura.

Proponemos la creación de una unidad de cirugía ambulatoria en todos los servicios de cirugía, no sólo para la patología herniaria, sino también para otras enfermedades de la pared abdominal y también para ciertas enfermedades anooificiales, teniendo en cuenta que para proponerlas se deberá explicar al paciente lo que se le realizará; que deberá cooperar con el cirujano y ante algunas eventualidades (individuos pusilánimes o complicaciones intraoperatorias) existe la posibilidad de un cambio en la modalidad de su tratamiento (otro tipo de anestesia).

Bibliografía

1. Iribarren C. Plástica de Shouldice en el tratamiento de la hernia inguinal. *Rev Argent Cir* 1991;61:131-5.
2. Casey W, Rice L, Hannallah R, Bradman L, Norden J et al. A comparison between Bupivacaine instillation vs. ilioungui-

- nal/iliohipogastrinerve block for postoperative analgesia following inguinal herniorrhaphy in children. *Anesthesiology* 1990;72:637-9.
3. **Ferraina P.** Cirugía ambulatoria. *Rel Of Rev Argent Cir* 1991;1-57.
 4. **Finochietto E, Finochietto R.** Anestesia local de la hernia inguinal simple. Ed. Ediar. *Técnica quirúrgica* 1944;2:276-81.
 5. **Glassow F.** Inguinal hernia repair using local anaesthesia. *Ann R Coll Surg Engl* 1984;66:382-7.
 6. **Ris H, Acbersold P, Stucki U, Doran J.** 10 jahre erfahrung mit einer modifizierten operativstechnik nach Shouldice für inguinalhernien bei Erwachsenen. *Methode und resultate bei 726 nachkontrollierten operationen.* *Chirurg* 1987;58:93-9.
 7. **Robertson G, Burton P, Haynes Y.** How long do patients convalesce after inguinal herniorrhaphy. *Current principles and practice.* *Ann R Coll Surg Engl* 1993;75:30-3.
 8. **Ryan J, Adye B, Jolly P, Mulroy M.** Outpatient inguinal herniorrhaphy with both regional and local anesthesia. *Am J Surg* 1984; 148: 313-6.
 9. **Trasdale C, Mc. Crum A, Williams N, Horton R.** A randomized controlled trial to compare local with general anaesthesia for short stay inguinal hernia repair. *Ann R Coll Surg Eng* 1982;64:238-42.
 10. **Bassini E.** Über die behandlung de leisyenbruches. *Arch Klin Chir* 1890;40:429-76.
 11. **Flanagan L, Bascom J.** Herniorrhaphies performed upon out-patients under local anesthesia. *Surg Gynecol Obstet* 1981;153:557-60.
 12. **Kingsnorth A, Wijesinha S, Grixti C.** Evaluation of dextran with local anaesthesia for short stay inguinal herniorrhaphy. *Ann R. Coll Surg Engl* 1979;61:456-8.
 13. **Ortiz J, Mihura M, Porto E.** Tratamiento de las hernias de la región inguinal por vía laparoscópica. *Rev Argent Cir* 1993;64:165-70
 14. **Ris H, Acbersod P, Kupfer K, Stucki U, Stirnemann H et al.** 10 jahre erfahrung mit einer modifizierten operationstechnik nach Shouldice für inguinalhernien. *Chirurg* 1987;58:100-5.