



Conceptos actuales en el diagnóstico y tratamiento de la hernia inguinal del adulto

Víctor Jacinto Ovejero Gómez^{a,*}, María Victoria Bermúdez García^a, Dieter José Morales García^a, Álvaro Pérez Martín^b

^aServicio de Cirugía. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^bCentro de Salud Isabel II. Santander.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de febrero de 2022

Aceptado el 18 de mayo de 2022

On-line el 19 de julio de 2022

Palabras clave:

Hernia inguinal

Diagnóstico

Tratamiento

R E S U M E N

La hernia inguinal es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en la práctica clínica. Realizamos una revisión de su diagnóstico y tratamiento actuales a través del caso de un paciente sometido a hernioplastia inguinal preperitoneal laparoscópica.

El diagnóstico de hernia sigue siendo clínico, reservando los estudios de imagen específicos para casos seleccionados de difícil diagnóstico diferencial.

El tratamiento más extendido se basa en la colocación de prótesis por vía abierta en programas de cirugía sin ingreso, aunque cada vez hay más adeptos a técnicas laparoscópicas en las mismas condiciones de seguridad y con menor tasa de dolor crónico.

La cirugía robótica todavía no ha sido implantada con éxito debido a una disponibilidad limitada por el coste económico y una exigencia técnica no avalada por los resultados. Quizás su principal indicación se encuentre en hernias recidivadas complejas.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Current principles on diagnosis and treatment for groin hernia in adults

A B S T R A C T

Groin hernia is a common surgical pathology in clinical practice. We carry out a review of current diagnosis and treatment for this process through the case of a patient who underwent laparoscopic preperitoneal inguinal hernioplasty.

Hernia diagnosis keeps on clinical, reserving specific imaging studies for complex differential diagnosis of selected cases.

Most widespread treatment is based on open mesh placement in Major Ambulatory Surgery programs, although there are more and more followers of laparoscopic techniques in the same safety conditions and a lower rate of chronic pain.

Robotic surgery has not yet been successfully implemented due to limited availability due to economic cost and a technical specialization not supported by outcomes. Perhaps its main indication is in complex recurrent hernias.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords:

Groin hernia

Diagnosis

Treatment

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vovejerohcas@msn.com (V.J. Ovejero Gómez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.029>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 43 años de edad, fumador de 10 cigarrillos al día y operado de fimosis, que trabaja de camarero, sin otros antecedentes de interés clínico.

Consulta a su médico de atención primaria por dolor en la región inguinal derecha, de meses de evolución, precedido de escozor con esfuerzos durante su jornada laboral. En las últimas semanas refiere aumento de la intensidad álgica durante la deambulación que le obliga a parar, aliviándose con un automasaje en la región inguinal; y aparición de una sintomatología similar en el lado contralateral. El paciente es remitido para valoración especializada por sospecha de patología en la pared abdominal.

El examen físico no detecta asimetría entre las regiones inguinales, pero la exploración local en bipedestación y decúbito mediante la maniobra de Edward Wylls-Andrews objetiva dolor en el anillo inguinal externo en ambos lados; hay protrusión herniaria con maniobras de Valsalva y signo de Landivar negativo, sugerentes de hernia inguinal indirecta bilateral simple.

El paciente es propuesto para hernioplastia inguinal (figura 1) en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Se realiza reparación protésica mediante abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal (TEP).

El seguimiento clínico postoperatorio a los tres años de la intervención no ha detectado ningún signo de recurrencia herniaria.

Comentario

La hernia inguinal está motivada por un defecto en la resistencia de la pared abdominal al aumento de la presión intraabdominal. El 75 % de los defectos de la pared abdominal se localizan en la región inguinal, con una frecuencia aumentada en el varón, que se incrementa con la edad¹.

En términos generales, se considera que las causas adquiridas son los factores más frecuentes implicados en su etiopatogenia por condicionantes como los trabajos de esfuerzo físico, el adelgazamiento brusco o la desnutrición; aunque deberíamos tener en cuenta factores biológicos como defectos en la hidroxilación del colágeno o la sobreexpresión de metaloproteinasas, secundarias a alteraciones en los fibroblastos², implicadas en la degeneración de la matriz extracelular de la aponeurosis.

El diagnóstico de hernia es fundamentalmente clínico, mediante la exploración del conducto inguinal, que debería

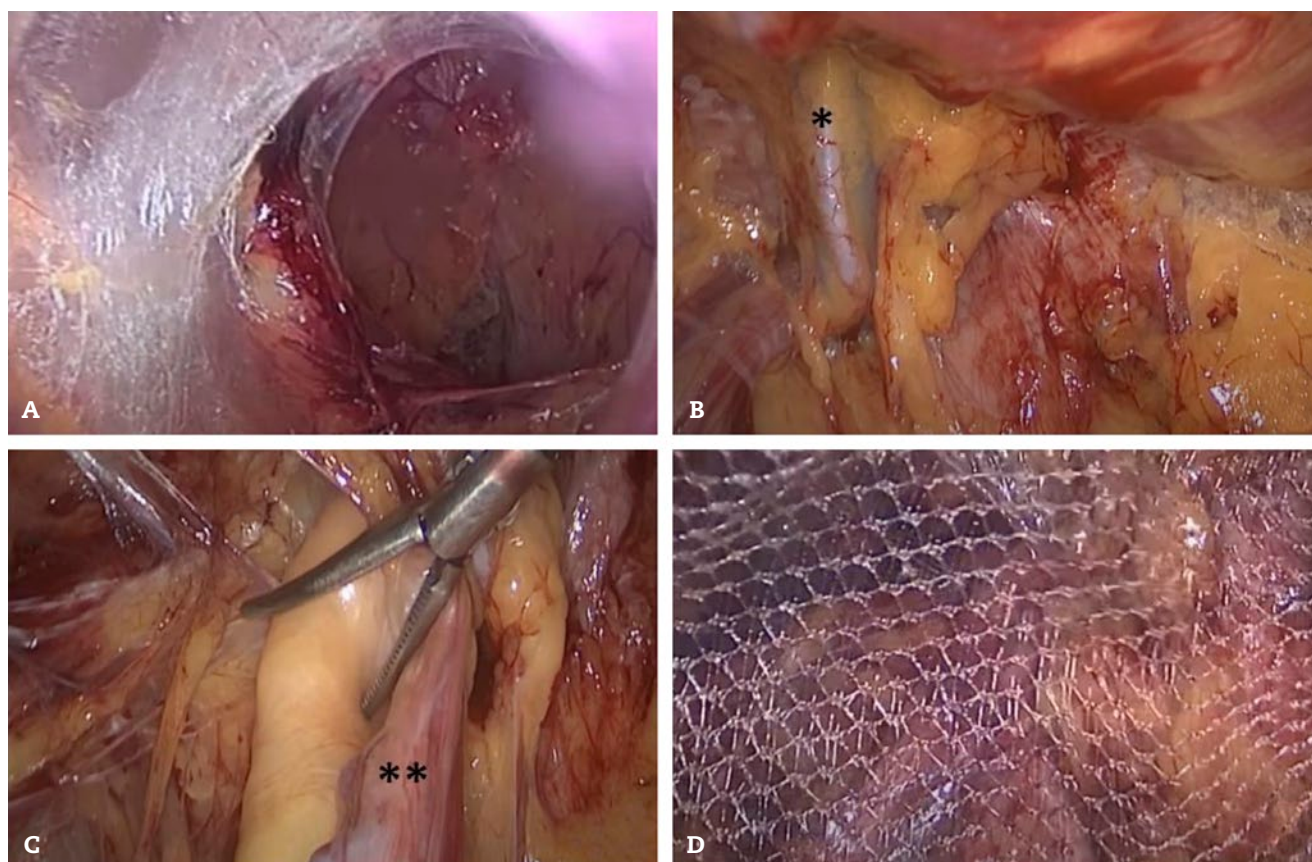


Figura 1 – Detalles técnicos de la hernioplastia inguinal TEP: creación de un espacio virtual preperitoneal mediante la insuflación de gas (A); visualización de las estructuras anatómicas, como la arteria epigástrica (*), que servirán de referencia en la búsqueda y reparación herniaria (B); identificación de un defecto indirecto de contenido epiploico, acompañante del cordón espermiático () lateral a la vasculatura epigástrica (C); colocación de una prótesis preperitoneal irreabsorbible amplia una vez reducida la hernia (D).**

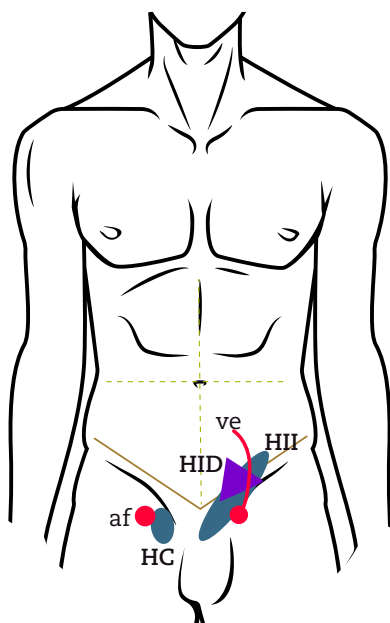


Figura 2 – Representación de la localización clínica de las hernias inguinocrurales. Se establece el ligamento inguinal a modo de línea imaginaria entre el pubis y la cresta ilíaca anterosuperior (color marrón), de forma que los defectos crurales (HC) se encuentran en disposición caudal al ligamento, a dos traveses de dedo de la arteria femoral (af). La hernia inguinal se clasifica en directa (HID), medial a la vasculatura epigástrica (ve), o indirecta (HII), con ayuda del signo de Landivar.

hacerse en bipedestación y decúbito para contrastar la presión intraabdominal en carga y descarga, tomando como referencia una línea imaginaria entre el pubis y la cresta ilíaca con el fin de discriminar una posible hernia crural (figura 2).

El dolor inguinal no siempre es un signo de hernia, especialmente cuando no se evidencia en el examen físico. En estos casos, la realización de maniobras de aducción y abducción de la extremidad o la palpación del pubis pueden sugerir una lesión de los aductores o una osteopatía púbica³.

Los estudios de imagen pueden resultar complementarios en casos de diagnóstico diferencial dudoso respecto de otros procesos, como adenopatías de origen diverso, lipomas o hidroceles. Los únicos estudios de imagen con validez actual^{4,5} en el

diagnóstico de la hernia son la ecografía, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética.

En la descripción de la hernia resulta interesante diferenciar si es reductible o simple, ya que una incarceration aguda mantenida en el tiempo puede conllevar su estrangulación por compromiso vascular, así como establecer una clasificación anatómica según el defecto acompañe al cordón espermático (indirecta u oblicua externa) o emerja en el triángulo de Hesselbach (directa u oblicua interna), con el fin de facilitar la planificación de su reparación.

La clasificación quirúrgica equivalente con mayor valor científico fue propuesta por Gilbert⁶ y ampliada por Rutkow-Robbins para exponer todas las variantes de la región inguinocrural (tabla 1).

En la actualidad, todas las hernias inguinales tienen indicación quirúrgica y el uso de bragueros ha quedado proscrito, salvo excepciones justificadas, fundamentalmente por riesgo operatorio. Las directrices en su tratamiento aspiran no solo a reducir el número de recurrencias, sino también la tasa de dolor crónico asociado a su reparación⁷. Las reparaciones anatómicas tradicionales basadas en herniorrafias han pasado a un segundo plano; a excepción de la técnica de Shouldice⁸, al presentar resultados comparables a los procedimientos protésicos, con una tasa de recidiva inferior al 2 %.

Las diferentes técnicas protésicas no presentan diferencias significativas en cuanto a resultados y reducen en un 50-75 % el riesgo de recidiva⁹. La técnica de Lichtenstein es el procedimiento preferido en cirugía abierta en nuestro medio, con excelentes resultados, aunque en casos seleccionados de afectación o recidiva bilateral se prefiere un abordaje posterior de la pared abdominal según Nyhus o Stoppa^{10,11}.

Todas las técnicas quirúrgicas son susceptibles de realización en regímenes de CMA. La colocación de prótesis en el espacio preperitoneal por vía laparoscópica ha supuesto un valor añadido a esta estrategia de gestión, al contribuir a un menor índice de dolor postoperatorio y a una recuperación funcional más rápida¹²⁻¹⁴. En este tipo de abordaje la modalidad TEP parece tener un menor riesgo de complicaciones intraabdominales, al no penetrar en la cavidad abdominal y no evidenciar diferencias significativas de resultados cuando se compara con la técnica transabdominal preperitoneal (TAPP). Su principal indicación es la hernia inguinal bilateral y recidivada.

No obstante, este abordaje todavía no se ha implantado con notoriedad en la red sanitaria de nuestro país, al exigir una curva de aprendizaje pronunciada sobre un medio anatómico con el que la mayoría de los cirujanos no está familiarizado y un coste económico elevado, lo cual explica un mayor número

Tabla 1 – Clasificación de Gilbert (tipos I al V), ampliada por Rutkow-Robbins (tipos VI y VII) para las hernias inguinocrurales.

Tipo	Descripción
I	Hernia inguinal indirecta con orificio inguinal pequeño y continente después de la reducción herniaria
II	Hernia inguinal indirecta con orificio inguinal interno < 4 cm
III	Hernia inguinal indirecta con orificio inguinal interno > 4 cm
IV	Hernia inguinal directa con fallo de toda la pared posterior
V	Hernia inguinal directa con defecto pequeño diverticular de la pared posterior
VI	Hernia mixta (en pantalón)
VII	Hernia crural

de complicaciones graves y de recidivas documentadas en algunos estudios^{15,16}. Estas circunstancias no anulan su eficacia y seguridad en manos experimentadas.

La cirugía robótica no ha conseguido superar las ventajas del abordaje laparoscópico y exige una inversión económica muy alta, a pesar de aportar una mejor visibilidad del campo quirúrgico y una mayor precisión de los instrumentos al contar con una mayor libertad de movimiento¹⁷. Quizás una selección adecuada de casos complejos y un abaratamiento de costes modifiquen esta valoración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, Pedersen C, Rosenberg J. Nationwide prevalence of groin hernia repair. *PLoS One* 2013; 8(1): e54367.
- Pascual G, Rodríguez M, Gómez-Gil V, Trejo C, Buján J, Bellón JM. Active-matrix metalloproteinase-2 upregulation in the abdominal skin of patients with inguinal hernia. *Eur J Clin Invest*. 2010; 40(12): 1113-21.
- Elattar O, Choi HR, Dills VD, Busconi B. Groin injuries (athletic pubalgia) and return to play. *Sports Health*. 2016; 8(4): 313-23.
- Kamei N, Otsubo T, Koizumi S, Morimoto T, Nakajima Y. Prone "computed tomography hernia study" for the diagnosis of inguinal hernia. *Surg Today*. 2019; 49(11): 936-41.
- Lee SC, Endo Y, Potter HG. Imaging of groin pain: Magnetic resonance and ultrasound imaging features. *Sports Health*. 2017; 9(5): 428-35.
- Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am J Surg*. 1989; 157(3): 331-3.
- Hernia Surge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018; 22(1): 1-165.
- Amato B, Moja L, Panico S, Persico G, Rispoli C, Rocco N, et al. Shouldice technique versus other open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (4): CD001543.
- Al Marzooqi R, Tish S, Huang L-C, Prabhu A, Rosen M. Review of inguinal hernia repair techniques within the Americas Hernia Society Quality Collaborative. *Hernia* 2019; 23(3): 429-38.
- Carter PL. Lloyd Nyhus and Rene Stoppa: preperitoneal inguinal pioneers. *Am J Surg*. 2016; 211(5): 836-8.
- Andresen K, Rosenberg J. Open preperitoneal groin hernia repair with mesh: A qualitative systematic review. *Am J Surg*. 2017; 213(6): 1153-9.
- Gong K, Zhang N, Lu Y, Zhu B, Zhang Z, Du D, et al. Comparison of the open tension-free mesh-plug, transabdominal preperitoneal (TAPP), and totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for primary unilateral inguinal hernia repair: a prospective randomized controlled trial. *Surg Endosc*. 2011; 25 (1): 234 - 9.
- Bittner R, Sauerland S, Schmedt CG. Comparison of endoscopic techniques vs Shouldice and other nonmesh techniques for inguinal hernia repair: a meta-analysis of randomized trials. *Surg Endosc*. 2005; 19(5): 605-15.
- Kumar A, Agrahari A, Pahwa HS, Anand A, Singh S, Kushwaha JK, et al. A prospective nonrandomized study of comparison of perioperative and quality of life outcomes of endoscopic versus open inguinal hernia repair: Data from a developing country. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2017; 27(3): 264-7.
- McCormack K, Wake B, Perez J, Fraser C, Cook J, McIntosh E, et al. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: systematic review of effectiveness and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2005; 9(14): 1-203.
- Yasukawa D, Aisu Y, Hori T. Crucial anatomy and technical cues for laparoscopic transabdominal preperitoneal repair: Advanced manipulation for groin hernias in adults. *World J Gastrointest Surg*. 2020; 12(7): 307-25.
- Prabhu AS, Carbonell A, Hope W, Warren J, Higgins R, Jacob B, et al. Robotic inguinal vs transabdominal laparoscopic inguinal hernia repair: The RIVAL randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2020; 155(5): 380-7.