

Herniorrafia Inguinocrural Ambulatoria con Anestesia Local.

HOSPITAL MILITAR CLÍNICO-QUIRÚRGICO "DR. MARIO MUÑOZ MONROY".
MATANZAS

Herniorrafía inguinocrural ambulatoria con anestesia local.
Ambulatory inguinocrural herneorrhaphy with local anesthesia.

AUTORES:

Dra. Nadiezhda López Puerta. (1)
Dr. Libardo Castillo Lamas.(1)
Dr. Humberto Domínguez Suárez.(2)
Dr. Plutarco Pérez Gómez.(3)
Dr. Ahmed M. Pérez Barroso.(4)

(1)Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Profesor Instructor
(2) Especialista de 1er Grado en Cirugía General.
(3) Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.
(4) Residente de 4 año de Cirugía General.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y observacional en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy de Matanzas, con los pacientes operados de hernia inguinocrural con anestesia local por cirugía ambulatoria en el período comprendido de enero de 1993 a abril de 2003. La muestra quedó constituida por 726 pacientes, 638 hombres (87.8%) y 88 mujeres (12.1%). La hernia inguinal oblicua externa 352 pacientes (48.4%) fue la más frecuente. Hubo complicaciones en 33 pacientes (4.5%), la sepsis de la herida y la orquitis postoperatoria fueron las más frecuentes con ocho casos respectivamente (1.10%). La estadía hospitalaria promedio fue de 12 horas. La técnica quirúrgica más utilizada fue la hernioplastia con prótesis 589 pacientes (81.1%). La tolerancia por parte del paciente a la anestesia local fue buena en el 86.5% y mala en el 13.5%. La recidiva herniaria 0.9%.

DESCRIPTORES(DeCS):

HERNIA INGUINAL/cirugía
HERNIA INGUINAL/epidemiología
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS /economía
ANESTESIA LOCAL/utilización
ANESTESIA LOCAL/métodos
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

La hernia de la región inguinocrural es una patología peculiar de la especie humana, al haber adoptado ésta, la posición erecta en su período evolutivo. Puesto que es una patología muy frecuente (1 de cada 30 personas desarrollará una hernia inguinal a lo largo de su vida), es uno de los hechos más frecuentes a los que debe enfrentarse el cirujano. La herniorrafia inguinal constituye alrededor del 15% de todas las intervenciones que se realizan en el campo de la cirugía general del adulto (1). A lo largo de la historia se han descrito distintos tipos de tratamiento. La primera descripción de la que hay evidencia se encuentra en el Papiro de Ebers (1500 AC), consistía en la aplicación de vendajes; Celso ya propuso el uso de bragueros y tratamiento quirúrgico tan solo, si la hernia era dolorosa. Pero fue Bassini, quien publicó su técnica en 1884, y puso los cimientos del tratamiento quirúrgico actual. (2)

La repercusión socioeconómica de las hernias y la puesta en marcha de programas de cirugía mayor ambulatoria, ha hecho más frecuente el uso de técnicas de herniorrafia sin tensión utilizados junto con procedimientos de anestesia local. La era moderna de la cirugía ambulatoria se inició en los Estados Unidos en 1961, cuando se presentó el primer programa de intervención ambulatoria en el Hospital Grand Rapids, de Michigan. La anestesia local ha recobrado interés fundamentalmente con el desarrollo de la técnica de Shouldice (3). Sin duda, esta técnica es el procedimiento más simple, el enfermo se alimenta y orina de forma más precoz y el confort es bueno en las primeras horas de postoperatorio, sin embargo, la ansiedad es importante durante la intervención y el 85% de los enfermos refieren dolor agudo o moderado durante la misma, a pesar de que el cirujano tenga siempre en cuenta que la inyección del anestésico deba ir por delante de la queja del paciente. Otro inconveniente es que la prescripción de analgésicos postoperatorio es sistemática, existen riesgos más graves por reacciones adversas a los agentes anestésicos, esto hace necesaria la presencia del anestesista en el salón de operaciones. Nuestro centro tiene ya más de una década realizando herniorrafia inguinal ambulatoria y con anestesia local, por lo que decidimos realizar un estudio para analizar nuestros resultados.

MÉTODO

Entre enero de 1993 y abril del 2003, 726 pacientes fueron operados con el diagnóstico de hernia inguinocrural con anestesia local y por el método de cirugía ambulatoria, en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Dr. "Mario Muñoz Monroy", Matanzas. De cada paciente se analizaron: edad, sexo, variedad de hernia, técnica quirúrgica realizada, complicaciones postoperatorias, estadía media, valoración del dolor, las recidivas.

Las intervenciones quirúrgicas se realizaron en horario de la mañana, permaneciendo en la sala de cirugía ambulatoria hasta el alta que se realiza antes de las 24 horas, según criterio quirúrgico y anestésico. La elección de la técnica se establece de acuerdo al criterio del cirujano responsable del caso. Solo se utilizó profilaxis antibiótica (cefazolina 2gr), sí fue necesario la colocación de material protésico. Los resultados obtenidos se muestran para su análisis y discusión.

RESULTADO

El grupo de pacientes estudiados presentó una edad media de 41,3 años, con un rango entre 15 y 95 años, siendo 638 hombres (87.8%) y 88 mujeres (12.1%), con una relación de 7/1.

Tabla No 1. Relación sexo y variedad de hernia.

Variedad de Hernia	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Indirecta	318	43.8	34	4.68	352	48.4
Directa	244	33.6	18	2.47	262	36.0
Reproducida	14	1.92	4	0.55	18	2.47
Mixta	61	8.40	11	1.51	72	9.9
Crural	1	0.13	21	2.89	22	3.0
Total	638	87.8	88	12.1	726	100

Fuente: Libro de operaciones y departamento de estadística.

Se presenta la hernia inguinal indirecta como la más frecuente para ambos sexos con 352 pacientes (48.45), la hernia directa ocupa el segundo lugar con 262 (36.0%), con predominio del sexo masculino (38.2%), la hernia crural fue más frecuente en el sexo femenino (23.8%).

Tabla No.2. Relación variedad de hernia y técnica quirúrgica.

Variedad de hernia	Rep. Anillo y pared posterior	%	Malla protésica	%	Lig cooper	%	Total	%
Indirecta	70	9.64	282	38.8	0	0	352	48.4
Directa	58	7.9	202	27.8	2	0.27	262	36.0
Reproducida	0	0	18	2.47	0	0	18	2.47
Mixta	2	0.27	68	9.36	2	0.27	72	9.95
Crural	0	0	19	2.61	3	0.41	22	3.0
Total	130	17.9	589	81.1	7	0.96	726	100

Fuente: Libro de operaciones y departamento de estadística.

Tabla No3. Complicaciones quirúrgicas.

Complicación	Número	%
Hematoma	3	0.41
Sepsis de la herida	8	1.10
Intolerancia a la sutura	6	0.82
Arritmia	1	0.13
Recidiva	7	0.9
Orquitis postoperatoria	8	1.10
Total	33	3.85

Fuente: Libro de operaciones y departamento de estadísticas.

Al evaluar la tolerancia del paciente a la anestesia local, podemos señalar que 626 pacientes (86.2%) presentaron dolor leve a moderado en el transoperatorio y solo 100 (13.7%) presentaron dolor agudo. El dolor postoperatorio en las primeras 48 horas fue leve en 600 pacientes (82.6%) e intenso en 35 (9.8%).

Tabla No4. Estadía hospitalaria.

Casos operados	Alta 6 H	%	Alta 12 H	%	Alta 24 H	%
726	48	6.61	542	74.6	136	18.7

Fuente: Libro de operaciones y departamento de estadísticas.

Los pacientes que permanecieron hasta las 24 horas de operados en la sala de cirugía ambulatoria fue debido a lejanía de su domicilio y motivos sociales.

DISCUSIÓN

La cirugía de la hernia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en nuestra sociedad, constituyendo el 15% de las operaciones dentro de la cirugía general, con tasas de incidencias que oscilan entre un 10 por 10000 en el Reino Unido hasta 28 por 10000 en los Estados Unidos, implicando elevados costes socioeconómicos (4). Nuestra serie confirma las características epidemiológicas de las hernias inguinales publicadas por otros autores (5). En los servicios quirúrgicos del mundo, sigue siendo la hernia inguinal indirecta la más frecuente de las hernias de la pared abdominal, sobre todo en el hombre, expuesto más a los esfuerzos físicos (6). Desde que Astley Cooper hizo su definición de la hernia hasta la actualidad, el manejo y entendimiento del funcionamiento de una zona anatómica tan particular como la región inguinocrural ha ido variando, pasando por diferentes etapas. En el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal se han usado varias técnicas: suturas de planos musculares y aponeuróticos, imbricación de aponeurosis, reconstrucción usando fascia transversalis(7,8). Revisiones a largo plazo en la bibliografía actual sobre las recidivas en las técnicas herniorráficas clásicas, han demostrado índices elevados y dispares (0-30%), por el contrario, se obtienen mejores y uniformes resultados entre los trabajos publicados en los que se utilizan técnicas protésicas, las cuales dependen menos del cirujano, son más fáciles de reproducir y, por tanto, con resultados más uniformes en las series (recidiva<1%) (9). Las recidivas de nuestra serie fueron más frecuentes en los pacientes con hernia directa y sobrepeso en las cuales no se emplearon materiales protésicos.

El cirujano debe ser el que seleccione cuidadosamente los pacientes que serán tratados con anestesia local, existirán mayores dificultades técnicas en pacientes obesos, el tiempo quirúrgico se alarga en pacientes con alto grado de ansiedad, la relajación muscular no es buena, se requieren más analgésicos en el postoperatorio, pero se evitan otras complicaciones como la retención urinaria que en la anestesia regional puede llegar hasta un 2,42% y un 3% en la anestesia general, hipotensión ortostática, cefaleas, que provocan instrumentaciones y retardo en su regreso al hogar (10-2). Concluyendo podemos afirmar que el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinocrural por cirugía ambulatoria con anestesia local es factible por el confort que le proporciona al paciente, un mínimo de complicaciones y un bajo costo hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez CP, Peche GP, Gálvez AJ, Rico CR, Vicente PF. Papel de la herniorrafia en la cirugía herniaria inguinal del nuevo milenio. Cir Esp 2000; 68:461-3.
2. Premuda L. The history of inguinal herniorraphy. Int Surg 1986; 71:138-40.

3. Caram E, brahin F, Noguera M, García T, Antenucci G. Hernioplastia sin tensión de Lichtenstein. Análisis sobre 117 operaciones. *Rev Argot Cir* 1999; 4 (1): 21-6
4. Inguinal herniotomy in out patient clinics and inhospital. *Ugeskr Laeger* 2003; 165 (23):237-46.
5. Gunnarsson U, Degerman M, Davidsson A, Heuman R. Is elective hernia repair worthwhile in old patients? *Eur J Surg* 1999; 165:326-32.
6. Nicholson S. Inguinal hernia repair. *Br J Surg* 1999;86(4): 577-8.
7. Gianneta E, Cuneo S, Vitale B, Camerini G, Marini P Stella M. Anterior tension- free repair of recurrent inguinal hernia under local anesthesia: a 7 year experience in a teaching hospital. *Ann Surg* 2000; 231 (1): 132-6.
8. Yáñez BC, Puerto PC, Téllez CN, Vivas AC, Rosales AJ. Hernioplastía inguinal con cono protésico bajo anestesia local en pacientes ambulatorios. *Rev Venez Cir* 2000; 56(2):49-60.
9. Nyhus LM. Individualization of the hernia repair: A new era. *Surgery* 1993; 114(2):1-2.
10. Jensen P, Mikkelsen T, Kehgt H. Retención urinaria post-herniorrafia inguinal. Revisión sobre los efectos de la anestesia general, anestesia regional e infiltración con anestesia local. *Reg Analg* 2002; 27:612-7.
11. Beniutez SS, Hermansen TC, Rodríguez SE, Andrades CP, Valenzuela BD. Resultados en 196 hernioplastias con técnica de Lichtenstein. *Rev Chil Círg* 2003; 55(5):496-9.
12. Young DV. Comparison of local, spinal and general anesthesia for inguinal herniorraphy. *Am J Surg* 1987; 153:560-3.

SUMMARY

During the period between January 1993 and April 2003, we carried out a descriptive and observable study in the general surgery service at Matanzas Dr. Mario Muñoz Monroy Military Hospital, to those patients operated of inguinal hernia with local anesthesia by ambulatory surgery. The sample included 726 patients, 638 men (87.8%) and 88 women (12.1%). The most frequent hernia was the external oblique one, with 352 patients (48.4%). Thirty three patients had complications (4.5%) and wound sepsis and post-operative orchitis were the most frequent ones, with 8 cases respectively (1.10%). The average hospital stay was 12 hours. Hernioplastia with prosthesis was the surgical technique most often used in 589 patients (81.1%). Patient tolerance to local anaesthesia was good in 86.5% and not good in 13.5%. Hernia relapse was found in 0.9% of all cases.