

Editorial

¿Logrará algún procedimiento en las próximas décadas desplazar a la hernioplastia inguinal de Lichtenstein como el estándar de oro?



Will any procedure in the coming decades displace Lichtenstein's inguinal hernioplasty as the gold standard?

Con la aparición de la técnica libre de tensión de Lichtenstein en 1984 y su aplicación para cualquier tipo de hernia de la ingle, el uso del material protésico se ha expandido globalmente de tal modo que no se concibe ya una hernioplastia inguinal sin malla (1). Sin embargo, ocasionalmente y en casos muy particulares y aislados siguen ejecutándose hernioplastias inguinales utilizando los propios tejidos de los pacientes.

Actualmente la técnica de Lichtenstein es la primera opción en la reparación de hernias inguinales en todo el mundo, condición lograda gracias a su sencillez de ejecución técnica, factibilidad de aplicarse a cualquier paciente, curva de aprendizaje relativamente corta, efectividad y eficiencia, así como a su reproducibilidad y bajo costo, coronada con la ventaja de que puede realizarse con anestesia local y ser manejada en forma ambulatoria. Otra ventaja que podemos sumar es que no invade el espacio preperitoneal de Bogros, conservándolo indemne e intacto para los casos que en el futuro pudieran requerir de cirugía vascular, prostatectomía radical, tratamientos para la disfunción eréctil, etc. Además, con la variante de extensión trapezoidal de la malla descrita por Celdrán, puede aplicarse también para la reparación de los defectos femorales.

A pesar del desarrollo y de la profusión de los procedimientos endoscópicos transabdominales preperitoneales (TAPP), totalmente extraperitoneales (TEP) y totalmente extraperitoneales extendidos (eTEP) para reparar hernias de la región inguinal con todos los beneficios que se le atribuyen (efectividad, menor dolor, convalecencia corta, menor recurrencia, menos proclividad a la inguinodinia, posibilidad de diagnosticar otros defectos herniarios del orificio miopectíneo de Fruchaud, etc.), calificados con adjetivos como la reparación idónea, óptima, etc., por alguna razón no han tenido el impacto ni la suficiente fuerza para penetrar en el ámbito de todos los cirujanos generales como la primera opción quirúrgica, ya sea por falta de infraestructura hospitalaria, equipo

e instrumental adecuado o por falta de adiestramiento, habilidad técnico-quirúrgica, su larga curva de aprendizaje (50 a 80 casos tutorizados), anatomía posterior más compleja, etc. Así, la hernioplastia de Lichtenstein continúa siendo el referente y la mejor alternativa en la reparación de las hernias inguinales a nivel global. Se evidencia mediante metaanálisis y otros estudios aleatorios de alto impacto (2) que con este procedimiento se obtienen los resultados más homogéneos y confiables, independientemente de la experiencia del cirujano.

Sin embargo, no debe soslayarse el hecho de que la técnica de Lichtenstein es la más modificada y corrompida en su ejecución, por lo cual no está exenta de complicaciones y, en ocasiones, de altas tasas de recurrencia e inguinodinia. Al comparar los resultados de los diversos abordajes (tanto abierto anterior con la técnica de Lichtenstein como los endoscópicos), debemos admitir que las complicaciones generales comunes (la inguinodinia, la recurrencia y la calidad de vida) dependen esencialmente del cirujano (3). La complejidad y la cantidad de factores o variables dificultan el estudio y la comparación entre los resultados de uno y otro abordaje.

En cuanto al factor económico al compararlos, no hay discusión en que el abordaje abierto anterior y la técnica de Lichtenstein superan y aventajan con mucho a los procedimientos endoscópicos. La curva de aprendizaje para considerarse como experto en el aprendizaje de ambos abordajes también es significativamente más corta y rápida con la técnica de Lichtenstein que con los abordajes endoscópicos. Como dijo Amid: «Mándenme un residente para adiestrarlo en la técnica de Lichtenstein y en una semana lo hago experto. No sucede así con las técnicas endoscópicas».

Una de las ventajas atribuidas a los procedimientos endoscópicos que siempre argumentan los defensores de estos abordajes es la de poder evidenciar y reparar defectos herniarios en otros orificios del agujero miopectíneo de Fruchaud (4), tales como el femoral y el obturatriz, cosa que es cierta, pero también con la

técnica de Lichtenstein es posible hacer la revisión rutinaria de dichos orificios, accediendo a través del orificio inguinal profundo al espacio de Bogros, sea digitalmente o bajo visión directa abriendo la pared posterior del conducto inguinal.

Con la aparición de la técnica libre de tensión de Lichtenstein en 1984 y su aplicación para cualquier tipo de hernia de la ingle, el uso del material protésico se ha expandido globalmente de tal modo que no se concibe ya una hernioplastia inguinal sin malla (1). Sin embargo, ocasionalmente y en casos muy particulares y aislados siguen ejecutándose hernioplastias inguinales utilizando los propios tejidos de los pacientes.

Actualmente la técnica de Lichtenstein es la primera opción en la reparación de hernias inguinales en todo el mundo, condición lograda gracias a su sencillez de ejecución técnica, factibilidad de aplicarse a cualquier paciente, curva de aprendizaje relativamente corta, efectividad y eficiencia, así como a su reproducibilidad y bajo costo, coronada con la ventaja de que puede realizarse con anestesia local y ser manejada en forma ambulatoria. Otra ventaja que podemos sumar es que no invade el espacio preperitoneal de Bogros, conservándolo indemne e intacto para los casos que en el futuro pudieran requerir de cirugía vascular, prostatectomía radical, tratamientos para la disfunción eréctil, etc. Además, con la variante de extensión trapezoidal de la malla descrita por Celdrán, puede aplicarse también para la reparación de los defectos femorales.

A pesar del desarrollo y de la profusión de los procedimientos endoscópicos transabdominales preperitoneales (TAPP), totalmente extraperitoneales (TEP) y totalmente extraperitoneales extendidos (eTEP) para reparar hernias de la región inguinal con todos los beneficios que se le atribuyen (efectividad, menor dolor, convalecencia corta, menor recurrencia, menos proclividad a la inguinodinia, posibilidad de diagnosticar otros defectos herniarios del orificio miopectíneo de Fruchaud, etc.), calificados con adjetivos como la reparación idónea, óptima, etc., por alguna razón no han tenido el impacto ni la suficiente fuerza para penetrar en el ámbito de todos los cirujanos generales como la primera opción quirúrgica, ya sea por falta de infraestructura hospitalaria, equipo e instrumental adecuado o por falta de adiestramiento, habilidad técnico-quirúrgica, su larga curva de aprendizaje (50 a 80 casos tutorizados), anatomía posterior más compleja, etc. Así, la hernioplastia de Lichtenstein continúa siendo el referente y la mejor alternativa en la reparación de las hernias inguinales a nivel global. Se evidencia mediante metaanálisis y otros estudios aleatorios de alto impacto (2) que con este procedimiento se obtienen los resultados más homogéneos y confiables, independientemente de la experiencia del cirujano.

Sin embargo, no debe soslayarse el hecho de que la técnica de Lichtenstein es la más modificada y corrompida en su ejecución, por lo cual no está exenta de complicaciones y, en ocasiones, de altas tasas de recurrencia e inguinodinia. Al comparar los resultados de los diversos abordajes (tanto abierto anterior con la técnica de Lichtenstein como los endoscópicos), debemos admitir que las complicaciones generales comunes (la inguinodinia, la recurrencia y la calidad de vida) dependen esencialmente del cirujano (3). La complejidad y la cantidad de factores o variables dificultan el estudio y la comparación entre los resultados de uno y otro abordaje.

En cuanto al factor económico al compararlos, no hay discusión en que el abordaje abierto anterior y la técnica de Lichtenstein superan y aventajan con mucho a los procedimientos endoscópi-

cos. La curva de aprendizaje para considerarse como experto en el aprendizaje de ambos abordajes también es significativamente más corta y rápida con la técnica de Lichtenstein que con los abordajes endoscópicos. Como dijo Amid: «Mándenme un residente para adiestrarlo en la técnica de Lichtenstein y en una semana lo hago experto. No sucede así con las técnicas endoscópicas».

Una de las ventajas atribuidas a los procedimientos endoscópicos que siempre argumentan los defensores de estos abordajes es la de poder evidenciar y reparar defectos herniarios en otros orificios del agujero miopectíneo de Fruchaud (4), tales como el femoral y el obturatriz, cosa que es cierta, pero también con la técnica de Lichtenstein es posible hacer la revisión rutinaria de dichos orificios, accediendo a través del orificio inguinal profundo al espacio de Bogros, sea digitalmente o bajo visión directa abriendo la pared posterior del conducto inguinal.

Si analizamos la modalidad endoscópica asistida por robot, nos encontramos con la muy variable y desigual situación del entorno económico de los países y, por lo tanto, de la disponibilidad del recurso, tanto en el número de robots como en el adiestramiento de los cirujanos, aunado al alto costo de los insumos, lo que lo convierte de facto en un procedimiento elitista al que no todos pueden acceder.

Analizando otra de las falacias de las mal denominadas “cirugías de mínima invasión”, diremos que los abordajes endoscópicos son más invasivos (TAPP invade y viola la cavidad peritoneal, amén de que requiere anestesia general) y con complicaciones más graves cuando estas se presentan que las que suceden con el abordaje anterior (5,6). La técnica de Lichtenstein sí podemos considerarla menos invasiva, ya que la prótesis se coloca suprafascial y no invade el espacio preperitoneal. Su única desventaja es una incisión discretamente más grande en longitud. Lo correcto sería denominar a los abordajes endoscópicos como hernioplastia de mínimo acceso o mínima incisión.

Si hablamos de opciones para resolver los casos fallidos de reparación por abordaje endoscópico, la técnica de Lichtenstein queda como primera opción para solucionar la recurrencia.

Ha quedado bien demostrado que el tiempo quirúrgico es significativamente más breve con la técnica de Lichtenstein por abordaje abierto y los abordajes endoscópicos presentaron menos complicaciones en lo que respecta a infección y dolor crónico. Es por ello que en la actualidad son equiparables en cuanto a efectividad y eficiencia cuando son ejecutadas correcta y adecuadamente por cirujanos con probada experiencia en ambos abordajes.

Aunque hay múltiples factores atribuibles al paciente y a factores del entorno ambiental y laboral que pueden afectar a los resultados, el cirujano de hernia debe ser capaz de seleccionar y aplicar el procedimiento más conveniente en forma individual en cada caso.

El abordaje y la técnica ideal para hernioplastia inguinal debe tener las siguientes cualidades: fácil de aprender y de enseñar, fácil de ejecutar, alta eficiencia y costo beneficio, con rápida recuperación, resultados reproducibles en cualquier entorno quirúrgico, bajo riesgo de complicaciones (recurrencia, infección e inguinodinia), factibilidad de realizarse con anestesia local y manejarse como cirugía ambulatoria. Todas estas características las reúne la técnica de Lichtenstein.

No está demás señalar que el cirujano experto en hernia, independientemente de los recursos materiales, debe tener un vasto arsenal de conocimientos tanto en anatomía, fisiología, materiales

protésicos, técnicas y abordajes quirúrgicos, así como un exhaustivo adiestramiento y un criterio amplio para seleccionar lo idóneo en cada paciente en particular. Es ocioso pensar que un solo procedimiento pueda ser aplicado a todos los pacientes y a todos los tipos de hernia inguinal.

Finalmente, la pregunta es: ¿cuánto tiempo transcurrirá antes de que los procedimientos endoscópicos, incluso los asistidos con robot, sean capaces de desplazar a la técnica de Lichtenstein como la primera opción quirúrgica, dado que esto depende de múltiples factores socioculturales, demográficos, económicos y personales de los cirujanos?

Héctor Armando Cisneros
Cirujano general. Jubilado de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Departamento de Cirugía General.
Cirujano general de práctica privada en centro especializado en el tratamiento de hernias de la pared abdominal. Hospital Médica Campestre. León, Guanajuato (México).
Correo electrónico: armandocisneros@yahoo.com.mx

2255-2677/© 2020 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.

Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00292>

BIBLIOGRAFÍA

1. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL Critical scrutiny of the open tension-free hernioplasty. *Am J Surg.* 1993;165:369-71.
2. Miserez M, Peeters E, Aufenacker T, et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2014;18(2):151-63.
3. Pokorny H, Klingler A, Schmid T, et al. Recurrence and complications after laparoscopic versus open inguinal hernia repair: results of a prospective randomized multicenter trial. *Hernia.* 2008;12:385-9.
4. Daes J, Felix E. Critical view of the myopectineal orifice. *Ann Surg.* 2017;266(1):1-2.
5. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal Hernia in adult patients. *Hernia.* 2018;13:343-403.