

Guía práctica clínico quirúrgica para la atención individualizada al adulto mayor con enfermedad herniaria de la región inguinocrural

Clinical and Surgical Practical Guide for Individualized Care for the Elderly with Hernia Disease in Iguinocrural Region

Mayra Vincench Medina ¹, Marlon Arias Medina ²

1. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado Cirugía General. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Las hernias de la pared abdominal son afecciones muy frecuentes a las que debe enfrentarse el cirujano en el ejercicio cotidiano de su profesión y representan alrededor del 15% de las intervenciones que se realizan en el campo de la cirugía general en el adulto; representan un problema de salud por sus importantes implicaciones sociales y laborales. En Cuba, el aumento en la esperanza de vida de la población, enfrenta al cirujano, cada vez con más frecuencia, a pacientes de edad avanzada con hernias de la región inguinocrural, los que requieren, para su correcto tratamiento, de la evaluación de su estado fisiológico con sus particularidades y el reconocimiento de los cambios asociados al proceso de envejecimiento. La existencia de variabilidad de la práctica médica en el abordaje de esta enfermedad motivó a la revisión exhaustiva de la literatura y a la propuesta de una Guía Práctica que contribuya a unificar criterios y favorecer la actuación clínico - quirúrgica habitual en las acciones de salud de los cirujanos, quienes podrán brindar una atención homogénea y de calidad para este grupo de edad.

Palabras clave: hernia, región inguinocrural, adulto mayor.

ABSTRACT

The abdominal wall hernias are very common infections that must face the surgeon in the daily exercise of the profession and represent about 15% of the procedures performed in the field of general surgery in elderly, representing a health problem for their important social and labor implications. In Cuba, the increase in life expectancy of the population, so the surgeon often faces the increase of elderly patients with inguinocrural region hernias, requiring, for proper treatment, the evaluation of their physiological state, considering the changes associated with the aging process.

The existence of variations in medical practice, dealing with this disease, motivated the authors to carry out a comprehensive review of the literature and proposed a practical guide to help in combining and promoting clinical performance by surgeons, who may provide a homogeneous and quality care for this age group.

Keywords: hernia, inguinocrural region, elderly.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas actuales demuestran que la humanidad está experimentando importantes cambios en su expectativa demográfica y como consecuencia el número de personas mayores de 60 años se multiplicará a cifras impresionantes en los próximos años. Este proceso de envejecimiento poblacional creciente constituye un reto para los sistemas sanitarios, dado que este grupo de edad posee características propias que lo convierte en un área específica de atención¹.

Cuba se ubica entre los países más longevos de Latinoamérica. Los avances en educación, salud, seguridad y asistencia social moldean una situación sociodemográfica inédita con 2 041 392 adultos mayores, que representan el 18,3% de la población, por lo que en el 2025, Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el 2050 uno de los más envejecidos del planeta.

En la provincia Holguín, según las últimas cifras publicadas por la Oficina Nacional de Estadística, viven 1 833 395 personas que superan los 60 años, lo que representa el 17,7% del total de su población, por lo que el personal sanitario y entre ellos, los cirujanos deberán enfrentar cada vez un mayor número de adultos mayores que requerirán tratamiento quirúrgico, tanto electivo como urgente, lo que demanda del conocimiento de sus particularidades para brindarle una esmerada atención.

La prolongación de la vida debe ir acompañada de una mejora de su calidad para quienes alcanzan esta etapa. El desafío de una ancianidad saludable deja de ser una excepción y un privilegio para convertirse en una oportunidad en países como Cuba.

La enfermedad herniaria inguinocrural es una enfermedad común en la población de edad avanzada, debido a la pérdida de fuerza de la pared abdominal y a situaciones clínicas que incrementan la presión intraabdominal^{2, 3}, por lo que en la actualidad, la herniorrafia y la hernioplastia son procedimientos quirúrgicos frecuentes en los Servicios de Cirugía General⁴.

Las modernas tendencias de la cirugía herniaria, con los innegables avances científicos, basados en la evidencia, muestran que la hernioplastia sin tensión, bajo anestesia local, y en régimen ambulatorio resulta la mejor opción quirúrgica en los pacientes de edad⁵⁻¹⁰; no obstante, la existencia de variabilidad de la práctica médica en el abordaje de esta enfermedad hace que exista incertidumbre sobre la idoneidad del proceso.

Las Guías de Buenas Prácticas pueden contribuir a unificar criterios y favorecer la actuación clínico-quirúrgica habitual en las acciones de salud de los cirujanos, quienes podrán brindar una atención homogénea y de calidad a este grupo de edad^{5, 6}.

Principales usuarios: médicos de la atención primaria, residentes y cirujanos generales.

DESARROLLO

Concepto de hernia:

Protrusión anormal de tejidos o de uno o más órganos abdominopélvicos o parte de ellos a través de las capas musculofascioaponeuróticas de la pared abdominal anterior que se encuentran por debajo del nivel de las espinas ilíacas antero superiores. Salen por orificios congénitos o adquiridos, produciendo la incapacidad de conservar el contenido visceral de la cavidad abdominopélvica en su lugar habitual⁷.

Clasificación:

- Según criterios anatómicos:

Hernia inguinal indirecta: el saco herniario sale a través del orificio inguinal interno, y se introduce en el conducto inguinal, e, incluso, puede llegar en ocasiones al escroto (hernia inguinoescrotal).

Hernia inguinal directa: la salida del defecto herniario es a través de la pared posterior (fascia transversalis) y es independiente del anillo inguinal profundo y sin formar parte de la envoltura cremastérica del cordón.

Hernia crural: el saco herniario sale a través del orificio o anillo crural.

- Según la forma de presentación clínica: por una parte se distingue la hernia primaria y la recidivada y, por otra, la hernia reducible, la incarcerada y la estrangulada (las dos últimas, según se produzca o no compromiso vascular).
- Clasificaciones de diferentes autores (Mc Vay, Nyhus, Bendavid, Campanelli, Stoppa, Gilbert modificada por Rutkow y Robbins, etc). Se recomienda utilizar la de Nyhus por ser sencilla y fácil de memorizar³.

El diagnóstico de esta enfermedad se realiza habitualmente por la clínica y la exploración física. Generalmente el paciente aqueja molestia y la presencia de una tumoración en la región inguinal que aumenta con los esfuerzos y se reduce manualmente o con el decúbito. Las hernias crurales suelen presentarse como una tumoración de pequeño tamaño, reducible o no, situadas medialmente a la arteria femoral y por debajo del ligamento inguinal. Su escasa incidencia respecto a las inguinales, su tamaño y la elevada frecuencia con que se complican, hacen su diagnóstico más difícil. Es imprescindible en el anciano el examen sistemático de las regiones inguinales en busca de esta afección, aún en ausencia de sintomatología referida^{2, 3,7}.

El tratamiento, en líneas generales y debido al riesgo de estrangulación, la cirugía electiva precoz debería ser la estrategia terapéutica adecuada para la hernia inguino-crural en el adulto mayor⁸, incluso si es asintomática. Únicamente no sería aconsejable la cirugía en aquellos pacientes con enfermedad terminal y corta esperanza de vida en los que no se prevea un incremento importante su calidad.

Técnicas quirúrgicas: 2, 3,7

- Reparación con tejido natural (anatómicas): Bassini, Mc Vay, Shouldice, Marcy, Nyhus.
- Reparación con prótesis (protésicas):

Vía anterior: Lichtenstein, Gilbert, Rutkow-Robbins

Vía preperitoneal: Nyhus / Bendavid, Stoppa / Read, Doble prótesis (PHS) / Rigault, Berliner / Wantz, Kugel Patch / Trabucco, Rives

Vía laparoscópica: hernioplastia transperitoneal (TAPP), hernioplastia total extraperitoneal (TEP)

Sobre la base de las evidencias científicas internacionales, nacionales y de la institución se proponen los puntos siguientes:

- Todo adulto mayor con hernias de la región inguinocrural debe ser sometido a tratamiento quirúrgico electivo precoz.
- Dada la frecuencia de la pluripatología en este grupo etario se debe realizar evaluación geriátrica y compensación de las comorbilidades previo a la cirugía.
- El tratamiento quirúrgico debe ser realizado en la modalidad de Cirugía Ambulatoria, con una adecuada selección de los pacientes.
- Los pacientes ASA IV pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico, con anestesia local, pero en modalidad de corta estadía.
- La elección de una determinada técnica quirúrgica debería tener en consideración el tipo de hernia y las condiciones del paciente.
- Independientemente de la vía de abordaje, la mejor reparación de la hernia inguino-crural es aquella en la que cada cirujano tiene mayor experiencia y mejores resultados.
- En líneas generales, son recomendables las técnicas protésicas, ya que la utilización de prótesis reduce de forma importante el riesgo de recidiva y puede asociarse también con

beneficios a corto plazo, como menores tasas de dolor persistente o un más rápido regreso a las actividades habituales del paciente.

- De las técnicas anatómicas, la de Shouldice se considera la de referencia, pues cumple los principios de una buena reparación quirúrgica y ofrece unos excelentes resultados si es realizada por cirujanos expertos.
- Dentro de las técnicas protésicas, la de Lichtenstein es una técnica sencilla y con una baja tasa de recidiva, y es la intervención recomendada como de primera elección en la hernia inguinal unilateral no complicada.
- En las hernias crurales se recomienda la Técnica de Cheatle-Henry que permite la revisión y reparación, de ser necesario, del lado contralateral.

Criterios de selección de pacientes candidatos a Cirugía Mayor Ambulatoria

Criterios de inclusión:

- Pacientes catalogados como ASA I, II y III estable.
- Dolor postoperatorio controlable con analgésicos orales.
- Participación voluntaria y consentimiento informado del paciente, o responsables, para la intervención por cirugía ambulatoria.

Paciente cooperador y capaz de entender órdenes.

- Soporte social o familiar adecuados, con posibilidad de disponer de la atención de un adulto responsable durante el traslado al domicilio y las primeras 24 horas del postoperatorio.
- Domicilio o lugar de convalecencia accesible a las condiciones del paciente tras su alta.

Criterios de exclusión absolutos:

- Paciente ASA III inestable o ASA IV con anestesia general o regional.
- Obesidad con $IMC > 35$ y complicaciones respiratorias o cardiovasculares.

- Cardiopatía isquémica grado IV.
- Antecedente de infarto agudo de miocardio en los seis meses anteriores.
- Insuficiencia cardíaca congestiva grados III y IV.

Criterios de exclusión relativos:

- Diabetes mellitus con mal control metabólico.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa
- Antecedentes de complicación anestésica.
- Tratamiento con anticoagulantes, inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), corticoides o inmunosupresores.
- Edad superior a 85 años.

Detalles de las técnicas quirúrgicas recomendadas ²

Técnica de Shouldice: consiste en abrir longitudinalmente la fascia transversalis, para luego repararla, se usan cuatro líneas de sutura continua con dos hebras de material idealmente irreabsorbible, monofilamento. La primera línea de sutura comienza cerca del pubis, aproximando la cintilla ileopubiana al borde de los rectos, oblicuo menor, transverso y fascia transversalis, hasta llegar al anillo inguinal profundo (AI), donde incorpora el muñón lateral del músculo cremáster, calibrando el AI profundo. Con la misma hebra se devuelve en sentido contrario, se toma el borde medial del músculo oblicuo menor y del músculo transverso, con el ligamento de Poupart (ligamento inguinal), se anudan los dos extremos cerca del pubis.

Con una segunda sutura se comienza cerca del anillo profundo, se incorpora todo el espesor de los músculos oblicuo menor y transverso, aproximándolos a la aponeurosis del oblicuo mayor (levemente superficial y paralela respecto del ligamento de Poupart), hasta llegar al pubis, donde se invierte el curso de la sutura, se vuelve a incluir medialmente todo el espesor de los músculos oblicuo menor y transverso para unirse con la aponeurosis del oblicuo externo, más superficial y paralela respecto al ligamento inguinal. Finalmente, se acomoda el cordón espermático sobre esta pared neoformada y se cubre con la aponeurosis restante del músculo oblicuo mayor.

Técnica de Lichtenstein: consiste en la reparación de la pared posterior con una malla de polipropileno de 14 x 8 cm. La instalación de la malla comienza con el anclaje con puntos separados, la parte medial de la malla al recto anterior en su punto de inserción al hueso pubiano. Luego, se sutura el borde inferior de la malla al ligamento inguinal o cintilla ileopubiana con sutura continua o separada (más de cuatro puntos), se termina lateral al anillo inguinal (AI) profundo, se realiza una bufanda alrededor del cordón (entre 1/3 externo y 2/3 internos del ancho de la malla). Finalmente, esta se fija a la aponeurosis del oblicuo menor.

Detalles de la técnica de bloqueo regional y troncular ^{2,9}

Para obtener una adecuada analgesia, es necesario el bloqueo regional de los nervios abdominogenital mayor y menor, 2 cm por dentro y 2 cm por debajo de la espina ilíaca anterosuperior y por debajo de la aponeurosis del oblicuo mayor, se utilizan 5 ml de la mezcla anestésica. Se infiltra la piel y el tejido celular subcutáneo, se dirige la aguja al anillo inguinal superficial.

Por último, se realiza la infiltración del punto que ofrece la espina del pubis y la parte externa del anillo superficial, chocando suavemente el pubis para asegurar el bloqueo del nervio ilioinguinal. Se introduce la aguja en el canal y se inyectan 5 ml de anestesia para bloquear las fibras recurrentes del nervio genitocrural inferior y eyectar la mezcla a lo largo del ligamento inguinal.

Si se tiene un menor conocimiento de la neuroanatomía de la región, se aconseja infiltrar primero la piel y el tejido celular subcutáneo, realizar la incisión de estos planos y con la cara anterior del canal inguinal expuesto, inyectar 5 ml de la mezcla anestésica para bañar todo el canal inguinal. Después de hacer la apertura, infiltrar los elementos del cordón y el saco, realizando, después la misma a demanda. En ambos métodos, se deben bloquear nuevamente todos los planos al terminar la intervención, para garantizar una adecuada analgesia postoperatoria.

Preparación de la mezcla para anestesia local: bupivacaína al 0,5% (20 ml – 100 mg) + lidocaína al 2% + adrenalina 1/200,000 (5ml – 100mg) diluidos en 100 ml de suero fisiológico. Añadir una ampula de bicarbonato al 8% y 2 ampulas de benadrilina.

CONCLUSIONES

La hernioplastia sin tensión, bajo anestesia local y en régimen ambulatorio es la mejor opción quirúrgica para el paciente adulto mayor con enfermedad herniaria de la región inguinocrural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malagón Cruz Y, Guevara González A, Brenes Hernández L. El envejecimiento demográfico y la atención al adulto mayor en Cuba. Año 2005. Geroinfo. RNPS. 2010. [citado 12 feb 2016]; 2(2):1-13. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/envejecimiento_demografico.pdf
2. Abraham Arap J. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Temas de actualización del manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía General. Rev Cubana Cir. 2009 [citado 8 ene 2014]; 48(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200010&nrm=iso
3. Goderich Lalán JM, Pardo Olivares E, Pasto Pomar E. Clasificación de las hernias de la pared abdominal. Consideraciones actuales. Santiago de Cuba: Hospital Clínico Quirúrgico; 2006. [citado 17 feb 2016]; 1-18. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/clasificacion_hernias.pdf
4. Albán GM, Rappoport SJ, Silva SJJ, Debundi LA. Enfrentamiento de la hernia inguinal en el Siglo XXI. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2010 [citado 8 ene 2014]; 21: 207-216. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124188/enfrentamiento_hernia_inguinal.pdf
5. Asociación Mexicana de Cirugía General. Guías práctica clínicas. México: Colegio de postgraduados en cirugía general; 2014 [citado 8 ene 2014]: Disponible en: https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/hernia_inguinal.pdf
6. Paz Valiñas L, Atienza Merino G. Guía de práctica clínica de hernia inguino-crural. España: avalia-t; 2007. [citado 8 ene 2014]; Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/GPC2007_01completa.pdf
7. Abraham Arap JF. Cirugía de las hernias de la pared abdominal. En: Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p. 285
8. Pol Herrera PG, López Rodríguez PR, León González O, Caiñas Román J, Cruz García N, Pando Santos A, et al. Cirugía de la hernia inguinal en la tercera edad: ambulatoria y con hospitalización corta. Rev Cubana Cir. 2011 [citado 8 ene 2014]; 50 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Amato P, Compagna R, Della Corte GA, Martino G, Bianco T, Coretti G, et al. Feasibility of inguinal hernioplasty under local anesthesia in elderly patients. BMC Surgery. 2012[citado 8 ene 2014]; 12(Suppl 1):2. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/12/S1/S2>

10. Ricardo Ramírez JM, Rodríguez Fernández Z, Pineda Chacón J. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de pacientes con hernia inguinal. MEDISAN. 2013 [citado 8 ene 2014]; 17(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 6 de abril de 2015

Aprobado: 10 de febrero de 2016

MSc. *Mayra Vincench Medina*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: mayravm@infomed.sld.cu