

NUEVA TECNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL

Antonio Carbonell Tatay

Como todos sabemos, la intervención quirúrgica de la hernia inguinal es la mas frecuente en los Hospitales quirúrgicos de primer escalón.

Nuestro Hospital, cubre una población de unos 50.000 habitantes, siendo el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal el 17,8% del número total de intervenciones que se realizan por el Servicio de Cirugía General.

En los últimos 7 años, se han intervenido por nuestro servicio 2414 hernias inguinales empleando diversas técnicas. Nos referimos en este estudio a los últimos 7 años, porque fue desde entonces cuándo se comenzó a utilizar de forma estandarizada la técnica de Herniorrafia si tensión, con prótesis de malla, en nuestro centro hospitalario.

Damos por supuesto la importancia de la hernia en nuestra especialidad así como la etiopatogenia y los conceptos actuales, factores congénitos, anatómicos, biológicos, y factores ambientales, que no son objeto de este estudio.

Nos basaremos en la clasificación de conceptos anatómicos como oblicua externa o indirecta y oblicua interna o directa como hernias mas frecuentes, y en la clasificación de Gilbert, como la mas práctica a nuestro entender para la técnica que actualmente estamos utilizando.

En la revisión de las intervenciones realizadas con diversas técnicas de herniorrafia sin tensión, los resultados de nuestro servicio son similares a los de los servicios de cirugía en los hospitales de primer escalón.

Hemos utilizado las técnicas de Gilbert, de Rutkow y de Lichtenstein, y con la experiencia que nos ha proporcionado el gran número de hernias inguinales intervenidas, hemos derivado hacia una técnica que nos parece mas sencilla y que persigue los mismos objetivos:

MEDICOS:

- Menor índice de recidivas
- Tamaño menor del material protésico empleado (malla de polipropileno de 2x3cm)
- Destrucción tisular mínima (no abrimos la aponeurosis del oblicuo mayor)
- Diminución de la morbilidad
- Mayor confort post-operatorio del paciente

ECONOMICOS:

- Cirugía sin ingreso (desaparece el gasto de estancia media)
- Disminución del coste por intervención quirúrgica (menos minutos de intervención)
- Aumento del promedio del parte quirúrgico (más intervenciones por parte)

Disminución de la morbilidad (disminución del coste por complicaciones)

Menor tamaño de la prótesis (menor precio de la prótesis)

Intervención con anestesia local.

Como ventaja añadida: se trata de una técnica que no precisa de cirujanos de gran experiencia quirúrgica, ideal para cirujanos noveles.

En nuestro servicio, valoramos los costes económicos de la siguiente forma:

Precio por minuto en quirófano programado utilizado 7'72€ (1264 pts)

Coste global por intervención quirúrgica programada, incluyendo minutos de trabajo 424'32€ (70600 pts)

Coste por día de estancia 242'16€ (40292 pts)

En estas intervenciones sin ingreso (UCMA) los costes de nuestro Servicio son de la siguiente forma:

- Coste por minuto de intervención quirúrgica 7'07€ (1176 pts)
- Coste global por intervención quirúrgica 311'45€ (51821 pts)

Naturalmente no existe gasto de estancia.

TECNICA QUIRURGICA.

1. Utilizamos anestésia local (clorhidrato de mepivacaína al 1% sin adrenalina con 1cm de bicarbonato por cada 10cm de solución). Es muy precisa a la lidocaína pero menos tóxica, y de duración superior. No produce vasodilatación, por lo que es la de elección para no usar un vasoconstrictor. Se metaboliza por vía hepática.

Los pasos son los clásicos de la anestesia local para herniorrafia inguinal:

- Bloqueo regional de los nervios abdomino-genitales
- Infiltración local de la espina, pubis, y la parte interna del anillo externo
- Bloqueo de las ramas recurrentes del nervio génito-crural inferior a lo largo del ligamento inguinal
- Infiltración mas profunda a nivel del anillo interno
- Infiltración de la piel y el tejido celular subcutáneo en el sitio elegido

2. Incisión de la piel tomando como referencia la espina ilíaca anterosuperior y el pubis. Nosotros practicamos una pequeña incisión mas cercana al pubis.

3. Disección del tejido celular subcutáneo, cuidando la hemostasia.

4. Exposición de la aponeurosis del oblicuo mayor , sin abirla , y el cordón espermático.
5. Sección del cremáster, y disección del saco herniario (en las hernias indirectas) y extirpación del mismo.
6. Preparacion de la malla.
7. Clocación del cilindro de malla de forma transversal por debajo de los musculos oblicuos , procurando que un extremo se introduzca en el orificio inguinal interno.
8. Se fija el cilindro con uno dos puntos al ligamento inguinal para evitar desplazamientos.
9. Cierre de piel con agrafes.

DIFERENCIAS PRINCIPALES

1. No se abre aponeurosis del músculo.
2. Se coloca la malla en forma de cilindro transversalmente.
3. El único plano que se cierra es la piel .

CONCLUSIONES

Se tratade una técnica muy sencilla de realizar, aplicable a todos los tipos de hernias inguinales , pero que no se excluye totalmente la apertura de la aponeurosis. En nuestro caso se ha realizado apertura de aponeurosis del m.oblicuo en un 2 % de los casos.

El número de recidivas es completamente similar a las otras técnicas de herniorrafias sin tensión.

La morbilidad es practicamente nula.

El coste es más bajo.

El confort del paciente en el postoperatorio mayor.

El alta laboral más precoz (21 dias de media de baja laboral)

DUDAS

Técnica que se viene realizando en nuestro servicio desde hace 4 años.

El seguimiento es todavía corto , aunque de momento no se aprecian recidivas significativas .
El 1 % de las revisadas .

Drs, Antonio Carbonell , Vicente Casp , Fco Landete , Clara Manzanares
Servicio de cirugía general
Hospital de Ontinyent
Ontinyent 46870 (Valencia)
España