

Hernias inguinales: generalidades de un motivo de consulta frecuente al servicio de emergencias.

Inguinal hernias: generalities of a frequent reason for consulting the emergency service.

María José Navarro Alvarado¹

¹ Médico General, Facultad de Medicina, Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), San José, Costa Rica.

✉ Contacto de correspondencia: María José Navarro Alvarado mnavarro030798@gmail.com

RESUMEN

Las hernias inguinales son causa común de dolor inguinal y de consulta al servicio de emergencias. Su reparación es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados. Se clasifican según su característica anatómica en indirectas o directas. Además, tras la anamnesis y exploración física, se pueden catalogar según la escala de Nyhus. Su etiopatogenia se ha descrito multifactorial, ya que se presenta por alteraciones en genes y fibras de colágeno, músculo liso, persistencia de proceso vaginalis, síndromes genéticos y factores ambientales. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque si no está claro, el estudio de primera línea es el US. Si persiste la duda, se apoya con imágenes de TAC o resonancia magnética. Debido a la menor incidencia de complicaciones documentada por vía laparoscópica, esta es la vía de elección cuando hay sintomatología. A pesar de esto, la técnica abierta de Lichtenstein continúa siendo utilizada en diversos centros. En pacientes asintomáticos se debe establecer, idealmente, una adecuada relación médico-paciente para ofrecer con detalle riesgo/beneficio y llegar a una decisión conjunta.

Palabras clave: Hernia inguinal, Lichtenstein, dolor crónico inguinal, clasificación Nyhus.

ABSTRACT

Inguinal hernias are a common cause of groin pain and a reason to visit emergency service. Its repair is one of the most performed surgical procedures. They are classified according to their anatomical characteristic as indirect, direct or femoral. In addition, after the clinical history and physical examination, they can be classified according to the Nyhus scale. Its etiology is multifactorial. It is presented by alterations in genes and collagen fibers, smooth muscle, persistence of the processus vaginalis, genetic syndromes and environmental factors. The diagnosis is fundamentally clinical, although if it is not clear, the first line study is the US. If doubt persists, it is supported by CT or MRI images. When symptoms occur, its management is surgical, laparoscopy its the way of choice. A lower incidence of complications has been well documented under this method. However, the open Lichtenstein technique continues to be used in various centers. Ideally, an adequate doctor-patient relationship should be established in asymptomatic patients to clearly offer the risk/benefit in detail and reach together the better decision.

Cómo citar:

Navarro Alvarado, M. J. Hernias inguinales: generalidades de un motivo de consulta frecuente al servicio de emergencias. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 8(1). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i1.644>

Recibido: 22/Feb/2023

Aceptado: 24/Ene/2024

Publicado: 14/Mar/2024



Keywords: Inguinal hernia, Lichtenstein, chronic inguinal pain, Nyhus classification.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva como tema principal de hernias inguinales. Las plataformas utilizadas fueron Google Scholar y PUBMED, con palabras claves como “hernia inguinal”, “Lichtenstein”, “dolor crónico inguinal”, “clasificación Nyhus”, “inguinal hernia” Se obtuvieron artículos de diferentes países alrededor del mundo en inglés, español y francés. Se tomaron en cuenta aquellos publicados en los últimos 5 años cuyo contenido se encontrara la etiología, tipos, clínica, métodos diagnósticos, técnicas quirúrgicas, comparación de técnicas y complicaciones. Se excluyeron aquellos que no presentaran dicho enfoque.

INTRODUCCIÓN

La reparación de hernias inguinales continúa siendo uno de los principales procedimientos quirúrgicos realizados en distintos centros hospitalarios [1]. De hecho, se estima que a lo largo de la vida el riesgo de presentarla en varones es alrededor de 27%, en contraste con un 3-5,8% para las mujeres [1,2,3].

Se han descrito distintos factores de riesgo; tanto modificables como no modificables [4]. Especial énfasis se realiza en aspectos como la edad, actividades laborales, físicas, antecedentes de cirugía previos y preferencias del paciente. Sin dejar de lado aspectos puntuales de la hernia, como su tamaño y localización [3,4]. Recientemente, se han documentado alteraciones en colágeno, enzimas y células de músculo liso que podrían explicar su génesis [2]. Además, un anillo inguinal interno de mayor diámetro y un menor grosor del músculo recto abdominal, podría explicar la diferencia que existe entre géneros [3].

La clínica puede variar de persona a persona, lo cual se vuelve un punto crucial para definir manejo. Ya que, con base en ello, se orienta hacia un manejo electivo o un manejo quirúrgico de emergencia [1,5]. Sin embargo, en una importante proporción de casos, termina siendo quirúrgico [4].

Con base en lo anterior, el objetivo del presente artículo se centra en realizar una revisión bibliográfica del tema. De tal forma que sea una fuente de información puntual, resumida y actualizada para el lector.

Hernias inguinales

Es la entidad patológica que se presenta producto de un defecto en la pared abdominal que provoca protusión de contenido y que puede llegar o no a provocar síntomas [5]. Anatómicamente, el canal inguinal se extiende del anillo inguinal interno al anillo inguinal externo y contiene el cordón espermático en el hombre, mientras que en las mujeres se encuentra el ligamento redondo [2]. Las hernias se pueden clasificar según su localización y relación con los vasos epigástricos inferiores (VEI). Se describen dos tipos: directas o mediales, así como indirectas o laterales [2,5].

Las hernias inguinales directas se encuentran mediales a los VEI, protruyen por el triángulo de Hesselbach. Dentro de su etiología, se postula que presentan fibras elásticas desordenadas y fibras musculares más delgadas [2].

Por otro lado, las hernias inguinales indirectas yacen laterales a los VEI. Dentro de su patogenia destaca la persistencia del proceso vaginalis. En ambas se han evidenciado alteraciones en la composición del colágeno, metaloproteinasas y disfunción de células del músculo liso [2]. No se deben dejar de lado alteraciones genéticas que también pueden influir sobre estos trastornos.

Presentación clínica y evaluación

Su presentación clínica usual suele ser la sensación de masa, dolorosa o no, en región inguinal que aumenta con el esfuerzo, especialmente al realizar maniobra de Valsalva. Sin embargo, hasta un tercio de los pacientes pueden ser asintomáticos [5]. Un incremento en el dolor, junto con cambios de coloración en piel y temperatura, puede ser indicio de una hernia incarcerada o estrangulada [5,6]. Es indispensable realizar una historia clínica completa para descartar otras causas. Durante la exploración, se debe realizar una inspección en bipedestación y decúbito supino. En la palpación se debe introducir el dedo por el canal inguinal, solicitar al paciente que tosa y según donde se sienta la masa, se diferencia entre directa o indirecta. Si se siente en la punta, será indirecta. Si por el contrario, se percibe al lado del dedo, será directa [7].

Por otra parte, estudios complementarios de hemograma, PCR y niveles de lactato, pueden orientar al clínico a valorar el compromiso sistémico al que se está sometiendo el paciente [8,9].

Clasificación

Diversas clasificaciones se han creado, pero la que se utiliza con mayor frecuencia es la de Nyhus, creada en 1991 [10].

Tipo I: hernia inguinal indirecta con anillo profundo normal.

Tipo II: hernia inguinal indirecta con anillo profundo dilatado.

Tipo III:

- IIIa: hernia inguinal directa
- IIIb: hernia inguinoescrotal. Dilatación de anillo profundo y defectos en pared posterior
- IIIc: hernia femoral

Tipo IV: recurrentes.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico suele ser clínico. Sin embargo ante la duda, el ultrasonido (US) es el estudio complementario de elección [11]. Dentro de sus ventajas destacan la capacidad de evaluación mediante flujo Doppler, evaluación en tiempo real y la presencia de cambios dinámicos. Como desventajas se encuentran el hecho de que no es el estudio más específico para masas y ser operador dependiente [12]. Si el resultado del US es dudoso, se puede considerar TAC o resonancia magnética [11,13].

Manejo

Los principales objetivos al realizar la cirugía son mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones [4]. Por lo que en pacientes asintomáticos aún es controversial su manejo [4,6]. Se ha estimado que el riesgo de hernia estrangulada es < 1% durante la vida. Sin embargo, el malestar diario y el dolor, terminan siendo motivo de resolución quirúrgica eventualmente [6]. Por lo que es importante valorar riesgo/beneficio y preferencia del paciente.

La resolución quirúrgica está claramente indicada en pacientes con hernias sintomáticas. Su dilema radica en la técnica apropiada [14]. Se puede realizar por vía laparoscopia, que es actualmente la recomendación, o por cirugía abierta [4]. No hay un nivel establecido de preferencia entre técnicas laparoscópicas, por lo que su elección se basa en gusto y habilidad del cirujano [15]. Diversos estudios han documentado como principales resultados una menor incidencia de dolor crónico, dada la visión directa de estructuras nerviosas y un menor periodo de convalecencia con cirugías laparoscópicas [15,16]. Adicionalmente, esta técnica ha demostrado mejoría de parestesias postquirúrgicas, menor disfunción e inflamación testicular [17]. Dentro de sus principales indicaciones se describen: hernias bilaterales, recidivas tras abordaje abierto, mujeres, encarceradas y femorales [14]. Es controversial la supremacía entre una técnica u otra con respecto a las recurrencias, ya que algunos estudios no concluyen diferencias significativas [15,17,18]. Por su parte, la técnica de elección por vía abierta es la técnica de Lichtenstein. Durante muchos años demostró ser una técnica segura, eficaz y con menor tiempo de curva de aprendizaje para los profesionales [16]. De hecho, continúa siendo la elección de muchos cirujanos [16,18]. Adicionalmente, también se han descrito técnicas como Shouldice, Gilbert, mesh plug, Bassini y Stoppa [10]. Factores de experiencia, comodidad, disponibilidad de insumos, comorbilidades y preferencia del paciente, son cruciales en la toma de decisiones.

El tiempo para retomar sus actividades diarias se define en función de las actividades que el paciente realice [19]. Puede ser desde 7 días o menos si el esfuerzo es mínimo o hasta 8 semanas si requiere de grandes esfuerzos que aumenten considerablemente la presión intrabdominal [19].

Complicaciones

La principal molestia postoperatoria es el dolor crónico, reportada hasta en 53% de casos [19,20]. Se define como la presencia de dolor tras 3-6 meses del procedimiento y se postula su origen por daño a nervio ilioinguinal, iliohipogástrico y/o genital. Además de cicatriz peri neural y reacción inflamatoria [20]. También se ha descrito la retención urinaria, seromas, hematomas, infección herida quirúrgica y recurrencias [10,19]. Participan en dichas complicaciones variables como la técnica quirúrgica, tipo de malla y método de fijación de esta [20].

CONCLUSIÓN

Diversas técnicas quirúrgicas se han descrito a lo largo del tiempo. Actualmente se recomienda en la mayoría de los casos un abordaje laparoscópico, sin que se haya documentado superioridad entre sus tipos. Los beneficios en cuanto a dolor crónico y retorno cercano a la vida cotidiana han sido claramente establecidos mediante esta técnica. Sin embargo, persiste la controversia en si hay diferencia significativa en casos de recurrencia. Razón por la cual, asociado a experiencia y costos, la técnica de Lichtenstein continúa siendo de elección en diversos centros.

Declaración de conflicto de intereses

Se declara que la autora no presenta algún conflicto de interés por el artículo.

Declaración de financiamiento

La publicación no presentó ningún medio de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Köckerling F, Simons M. Current Concepts of Inguinal Hernia Repair. *Visceral Medicine*. 2018; 34(2), 145-150. doi:10.1159/000487278

2. Öberg S, Andresen K, Rosenberg, J. Etiology of Inguinal Hernias: A Comprehensive Review. *Frontiers in Surgery*. 2017; 4. doi:10.3389/fsurg.2017.00052
3. Köckerling F, Koch A and Lorenz R. Groin Hernias in Women—A Review of the Literature. *Front. Surg*. 2019; 6:4. doi: 10.3389/fsurg.2019.00004
4. Beck M. Tratamiento quirúrgico de las hernias de la región inguinal en adultos: elección de la técnica. *EMC - Técnicas quirúrgicas - Aparato digestivo* 2019; 35(2):1-19 [Artículo E - 40-138].
5. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. *American Family Physician*. 2020;102(8):487-92.
6. Patel V, Wright A. Controversies in Inguinal Hernia. *Surg Clin N Am* 101. 2021; 1067-1079.
7. Hammoud M, Gerken J. Inguinal Hernia. NIH. 2022
8. Hidalgo M, Chávez A, Solórzano A, Urrutia Campos B. Tratamiento quirúrgico de hernia encarcerada en paciente pediátrico. *RECIMUNDO*, 2022; 6(3), 47-53. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.47-53](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.47-53)
9. Sosa G, Iraizoz Ana. Hernia umbilical gigante estrangulada con necrosis de colon transverso: reporte de un caso. *Sociedad Hispanoamericana de Hernias*. 2021.
10. Cisneros H, Mayagoitia J. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(2):61-70
11. Itani K, Fitzgibbons R. Approach to Groin Hernias. *JAMA Surgery*. 2019. doi:10.1001/jamasurg.2018.5564
12. Fowler K, Garcia E, Kim D, et al. ACR Appropriateness Criteria Palpable Abdominal Mass-Suspected Neoplasm. *Journal of American College of Radiology*. 2019; S384-S391.
13. Van Hessen C, Roos M, Sanders S. Recurrence after totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernia repair: the role of physical examination and ultrasound. *Springer Nature*. 2019; 24:153-157.
14. Mendez C, Montes E, Salguero G. TAPP: hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal. ¿Cómo, cuándo y por qué? *Cir Andal*. 2018; 29 (2): 178-181.
15. Bittner R, Schwarz J. Primary unilateral not complicated inguinal hernia: our choice of TAPP, why, results and review of literature. *Springer Nature*. 2019; 23:417-428.
16. Pereira J, Lopez M, Guías de la EHS para el tratamiento de la hernia inguinal. La realidad de su uso en España. Una propuesta para estandarizar su implementación durante la residencia de cirugía general. *Cir Esp*. 2023.
17. Patterson T, Beck J, Currie P, Spence R, Spence G. Meta-analysis of patient-reported outcomes after laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *BJS* 2019; 106: 824-836
18. Hoyuela C, Juvany M, Carvajal F, Veres A, Troyano D, Trial M, et al. Randomized clinical trial of mesh fixation with glue or sutures for Lichtenstein hernia repair. *BJS* 2017; 104: 688-694

19. Aiolfi A, Cavalli M, Del Ferraro S, Manfredini L, Bonitta G, Bruni P, et al. Treatment of Inguinal Hernia, Systematic Review and Updated Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Annals of Surgery*. 2021; 274 (6): 954-961.
20. Montgomery J, Dimick B, Telem D. Management of Groin Hernias in Adults—2018. *JAMA*. 2018; doi:10.1001/jama.2018.10680