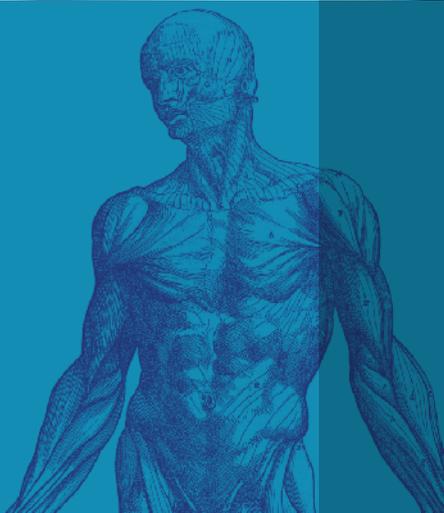


EUROPEAN HERNIA SOCIETY



GUÍA INTERNACIONAL PARA EL MANEJO DE LA HERNIA INGUINAL

2019



CONTENTS

	PAGE
Introducción	3
Métodos	4
Resumen	4
Recomendaciones	4
Capítulo 2 Factores de riesgo	5
Capítulo 3 Modalidades de pruebas diagnósticas	5
Capítulo 4 Clasificación	5
Capítulo 5 Indicaciones-Opciones de tratamiento para los pacientes sintomáticos y asintomáticos	6
Capítulo 6 Tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales	6-8
Capítulo 7 Individualización de las opciones de tratamiento	9
Capítulo 8 Hernias ocultas	10
Capítulo 9 Cirugía ambulatoria	10
Capítulo 10 Mallas quirúrgicas	11
Capítulo 11 Fijación de la malla	12
Capítulo 12 Profilaxis antibiótica	12
Capítulo 13 Anestesia	13
Capítulo 14 Prevención y manejo del dolor posoperatorio temprano	13
Capítulo 15 Convalecencia	14
Capítulo 16 Hernias inguinales en mujeres	14
Capítulo 17 Hernias femorales	15
Capítulo 18 Complicaciones – Prevención y tratamiento	15
Capítulo 19 Prevención y tratamiento	16-17
Capítulo 20 Hernias inguinales recurrentes	18
Capítulo 21 Tratamiento de emergencia de la hernia inguinal	18
Capítulo 22 Formación y curva de aprendizaje	19
Capítulo 23 Centros especializados y especialistas de hernia	19
Capítulo 24 Coste	20
Capítulo 25 Registro de la hernia inguinal	20
Capítulo 26 Resultados y evaluación de calidad	21
Capítulo 27 Divulgación e implementación	21
Capítulo 28 Cirugía de hernia inguinal en escenarios de pocos recursos	22
Conclusiones	23

INTRODUCCIÓN

Este documento ofrece un resumen de la Guía Internacional para el Manejo de la Hernia Inguinal. Esta Guía ha sido publicada en la revista *Hernia* (Hernia. 2018 Feb;22(1):1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x). Puede accederse a la publicación de forma gratuita desde el sitio web de Springer, Pubmed y desde la página web de HerniaSurge (www.herniasurge.com). En el resumen no se ha incluido la bibliografía; deberá consultarse el artículo en Internet. La Guía consta de 165 páginas con 136 conclusiones, 88 recomendaciones y 1299 referencias bibliográficas. Está pensada para cirujanos generales de todo tipo de consultas y pretende ofrecer directrices aplicables a la mayoría de los pacientes con hernia inguinal. Ofrecemos este resumen para los cirujanos no angloparlantes, pero recomendamos leer el documento en su totalidad para tener un mayor detalle de todos los aspectos del tratamiento. Puede ser necesario o conveniente desviarse de las directrices de la guía teniendo en cuenta las diferencias de cultura, formación, experiencia, logística y posibilidades económicas que existen en el continente o incluso de manera local o regional.

Más de 20 millones de pacientes al año se someten a una reparación de hernia inguinal en todo el mundo. La existencia de distintos abordajes, indicaciones para el tratamiento y una variedad significativa de técnicas de reparación de la hernia inguinal requieren la creación de directrices para estandarizar el tratamiento, minimizar las complicaciones y mejorar los resultados.

Esta guía tiene como principal objetivo mejorar los resultados en los pacientes; en concreto, disminuir la tasa de recidivas y el dolor crónico, que son los principales problemas tras una reparación de hernia inguinal. Cuenta con el respaldo de las cinco Sociedades de Hernia y la International Endo Hernia Society, así como de la European Association for Endoscopic Surgery.



Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ, Bittner R, Miserez M, Aufenacker TJ, Fitzgibbons RJ, Chowbey PK, Tran HM, Sani R, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Conze J, Cuccurullo D, de Beaux AC, Eker HH, Fortelny RH, Gillion JF, van den Heuvel BJ, Hope WW, Jorgensen LN, Klinge U, Köckerling F, Kukleta JF, Konate I, Liem AL, Lomanto D, Loos MJA, Lopez-Cano M, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinhold WMJ, Sanders DL, Schouten N, Smedberg S, Simmermacher RKJ, Tumtavitikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR.

MÉTODOS

Se creó un grupo de trabajo formado por cirujanos internacionales (el Grupo HerniaSurge) y un anestesiólogo especialista en dolor. Los miembros del grupo procedían de todos los continentes y contaban con experiencia específica en la investigación de hernias. Se trató de incluir cirujanos con experiencia en los diferentes tipos de reparaciones y que preferiblemente hubieran realizado trabajos de investigación sobre la cirugía de la hernia inguinal. Durante la primera reunión del Grupo, recibieron formación sobre la Medicina basada en la evidencia (MBE) y se formularon 166 preguntas clave. Se aplicaron las normas de la MBE en la investigación de la literatura (incluida una investigación completa de la base de datos del Centro Cochrane holandés) con fecha 1 de enero y 1 de julio de 2015 para las publicaciones de primer nivel.

Se crearon grupos de dos o tres miembros para clasificar los artículos de acuerdo con las metodologías de Oxford, SIGN y Grade. Durante cinco reuniones, de dos días de duración cada una, se debatieron los resultados con los miembros del grupo de trabajo y se extrajeron 136 conclusiones y 88 recomendaciones. Las recomendaciones se clasificaron como "alta" (recomendaciones) o "bajas" (sugerencias) y en algunas ocasiones se actualizaron de nivel por consenso. En la sección Resultados y resumen, "debería" indica una recomendación. Las directrices se validaron mediante la herramienta AGREE II. Tres expertos internacionales llevaron a cabo una revisión externa. Recomendaron la guía con una valoración alta.

RESUMEN

Este resumen contiene una breve introducción de cada capítulo, así como las recomendaciones más relevantes. No está completo, pero pretende servir de traducción para los diferentes idiomas. Se han incluido 63 de las 88 recomendaciones. Lea el artículo completo para obtener más detalles.

RECOMENDACIONES:

ALTA Los beneficios superan o no los riesgos y la carga.

BAJA Los beneficios, los riesgos y la carga están finamente equilibrados.

CAPÍTULO 2 FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo de la hernia inguinal (HI) se incluyen: historia familiar, hernia contralateral anterior, hombre, edad, metabolismo del colágeno anómalo, prostatectomía e índice de masa corporal bajo. En el tratamiento de los pacientes con HI, deberían tenerse en cuenta determinados factores de riesgo perioperatorios para la recidiva, como una técnica quirúrgica precaria, bajo volumen quirúrgico e inexperiencia, así como el uso de anestesia local.

RECOMENDACIÓN ALTA: Deberán considerarse seriamente los factores de riesgo adquiridos, quirúrgicos y perioperatorios, ya que son susceptibles de modificación y pueden influir en el tipo de reparación que se realice.

CAPÍTULO 3 MODALIDADES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de la hernia inguinal puede confirmarse mediante un examen físico en la mayoría de los pacientes que muestran los signos y síntomas correspondientes. En raras ocasiones es necesario realizar una ecografía. Aún menos común es la necesidad de utilizar resonancia magnética dinámica, TAC o herniografía. El diagnóstico en las mujeres presenta más dificultad debido a la mayor incidencia de la hernia femoral.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda la combinación de la exploración clínica y la ecografía como el método más apropiado de diagnóstico de pacientes con inflamación inguinal poco definida o posible hernia inguinal oculta. En caso de que la ecografía resulte negativa o no sea concluyente para el diagnóstico, se puede considerar continuar la evaluación mediante la exploración con resonancia magnética dinámica o TAC.

CAPÍTULO 4 CLASIFICACIÓN

Se sugiere el uso del sistema de clasificación de la EHS para las hernias inguinales con el fin de investigar, ajustar los tratamientos y realizar auditorías de calidad.



CAPÍTULO 5 INDICACIONES-OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS

Las hernias inguinales sintomáticas deberían tratarse quirúrgicamente. En el caso de los hombres con HI asintomática o mínimamente sintomática puede mantenerse una conducta expectante, ya que el riesgo de que se produzca una urgencia relacionada con la hernia es bajo. La mayoría de estos pacientes acabarán desarrollando síntomas, sobre todo dolor, y requerirán cirugía. Por tanto, se deberá discutir con el paciente el curso natural de una hernia asintomática o mínimamente sintomática y los riesgos de la cirugía. El tratamiento quirúrgico deberá adaptarse a la experiencia del cirujano, las características de la hernia y los recursos locales o nacionales. Asimismo, en la decisión conjunta sobre el tratamiento de la hernia deberán sopesarse los factores sociales, el estilo de vida y la salud del paciente.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda discutir con los pacientes el momento de la reparación de la hernia para prestar atención al entorno social y laboral y a la salud en general. Se deberá sopesar la menor morbilidad de la cirugía electiva frente a la mayor morbilidad de la cirugía de urgencia.

CAPÍTULO 6 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HERNIAS INGUINALES

Seleccionar la técnica más adecuada para la reparación de la hernia inguinal es todo un desafío. La mejor técnica quirúrgica debería tener las siguientes características: bajo riesgo de complicaciones (dolor y recidiva), facilidad (relativa) de aprendizaje, rápida recuperación, resultados reproducibles y coste-efectividad. La decisión depende también de muchos factores, como: las características de la hernia, el tipo de anestesia, la preferencia del cirujano, la logística y la formación. Se deberán tener en cuenta la preferencia del paciente. Existen diferencias culturales entre los cirujanos, los países y las regiones.

REPARACIÓN SIN MALLA QUIRÚRGICA

La reparación sin malla es una opción si no se dispone de mallas quirúrgicas o cuando se toma la decisión conjunta de no usarla si el paciente no lo desea. La técnica Shouldice es la mejor reparación con tejido nativo del paciente, si bien en la práctica general la tasa de recidivas es superior a la de la reparación con malla quirúrgica y los riesgos de padecer dolor son similares. Se requiere una mayor investigación sobre el valor de la reparación sin malla quirúrgica en los casos en los que el riesgo de recidiva es bajo (por ejemplo, en hombres jóvenes con hernia indirecta) y sobre los resultados en los centros especializados.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda la técnica Shouldice en la reparación de la hernia inguinal sin malla quirúrgica.

REPARACIÓN CON MALLA QUIRÚRGICA

Se recomienda el uso de malla quirúrgica como primera opción, ya sea mediante cirugía abierta o mediante técnica laparoscópica de reparación. No existe una técnica de reparación estándar para todas las hernias inguinales. Es recomendable que los cirujanos y los servicios de cirugía ofrezcan tanto la opción de abordaje posterior como la de abordaje anterior. La técnica de Lichtenstein o la reparación laparoscópica son las mejor valoradas. Muchas otras técnicas, como el abordaje preperitoneal abierto y los tipos especiales de malla quirúrgica, requieren una evaluación más exhaustiva. No son mejores que la técnica de Lichtenstein. Se sugiere que no se empleen tapones ni las técnicas en dos planos (colocación anterior de una malla quirúrgica por vía posterior) o que se empleen únicamente en casos relacionados con la investigación. Siempre que se disponga de los recursos y la experiencia necesarios, las técnicas laparoscópicas tienen una recuperación más rápida, presentan un menor riesgo de dolor crónico y son coste-efectivas. Las técnicas TAPP y TEP obtienen resultados similares y se puede considerar que se basan en la formación y la experiencia del cirujano. Existe cierto debate sobre el tratamiento de las hernias bilaterales potenciales mediante laparoscopia (problema de hernia oculta). Con el consentimiento del paciente, durante la TAPP se debería inspeccionar el lado contralateral. Esta sugerencia no se aplica a la reparación TEP unilateral. En el capítulo 28 se resumen las recomendaciones para las situaciones en las que se cuenta con bajos recursos.

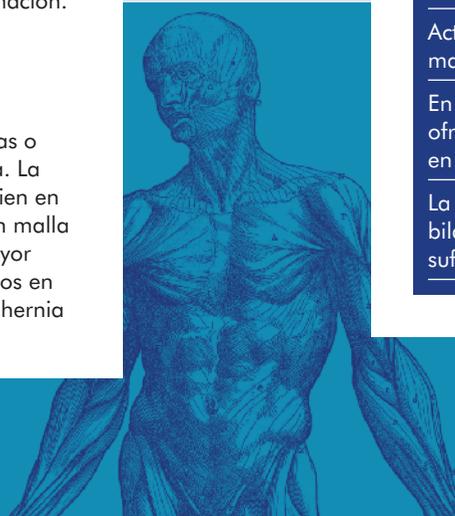
RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda una técnica de reparación con malla quirúrgica para los pacientes con hernias inguinales.

Si bien los resultados son comparables, no se recomiendan los implantes tridimensionales (tapón y bicapa) debido al uso excesivo de materiales extraños al cuerpo, la necesidad de entrar en los planos anterior y posterior y el coste adicional.

Actualmente no se recomienda el uso de otros implantes para reemplazar la malla plana estándar en la técnica de Lichtenstein.

En la reparación laparoscópica de la hernia inguinal, dado que TAPP y TEP ofrecen resultados similares, se recomienda basar la elección de la técnica en la formación, la experiencia y la destreza del cirujano.

La reparación laparoscópica se recomienda para las hernias inguinales bilaterales primarias siempre que el cirujano cuente con los recursos específicos suficientes.



RECOMENDACIÓN BAJA: Se puede sugerir una reparación de la hernia inguinal sin malla quirúrgica en aquellos casos en los que el paciente no quiere una malla o si así lo acuerdan el médico y el paciente.

Se sugiere el uso de las técnicas de malla preperitoneales para reemplazar la malla plana estándar en la técnica de Lichtenstein en casos relacionados con la investigación.

En los hombres con hernia inguinal primaria, se sugiere el uso de una técnica laparoscópica, ya que presenta una incidencia menor de dolor tras el procedimiento y una menor incidencia de dolor crónico, siempre que la realice un cirujano con recursos específicos suficientes. No obstante, la técnica de Lichtenstein es adecuada como primera opción en pacientes específicos y en hernias de características determinadas.



CAPÍTULO 7 INDIVIDUALIZACIÓN DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Se dice que cualquier técnica que se aprenda en profundidad y se realice con frecuencia con resultados satisfactorios es válida. Algunas técnicas resultan fáciles de aprender y ofrecen buenos resultados, mientras que otras pueden ser complicadas de dominar pero ofrecer resultados excelentes. Todas estas técnicas dependen en gran medida del conocimiento de la anatomía, el número de casos realizados y la dedicación del cirujano a la cirugía de hernia inguinal. Por tanto, la pregunta que deben hacerse los cirujanos de hernia es: "¿qué técnica debe utilizarse en cada caso?" Las diversas técnicas tienen ventajas y desventajas diferentes como, por ejemplo, la posibilidad de realizar la cirugía bajo anestesia local, la reparación simultánea de la hernia contralateral, o la evitación de tejido cicatricial en las hernias recurrentes eligiendo un abordaje distinto. Por tanto, surgen dudas sobre cuáles son los factores en los que se debe basar el cirujano para tomar la decisión. ¿Se puede estandarizar el tratamiento de la HI o, por el contrario, debería individualizarse? En este último caso, ¿qué factores influyen en la elección del cirujano?

RECOMENDACIÓN ALTA: La reparación laparoscópica se recomienda para las hernias inguinales bilaterales primarias siempre que el cirujano cuente con los recursos específicos suficientes.

Se deberá considerar el uso de un abordaje anterior en aquellos pacientes que presenten patología pélvica o cicatrices debido a la radiación o la cirugía pélvica, o para los que reciben diálisis peritoneal.

Se recomienda que los cirujanos adapten el tratamiento basándose en su experiencia, los recursos locales/nacionales disponibles y los factores relacionados tanto con el paciente como con la misma hernia.

Dado que no existe una técnica ampliamente aceptada que sea adecuada para todas las hernias inguinales, se recomienda que los cirujanos o los servicios quirúrgicos ofrezcan como opción tanto el abordaje anterior como el posterior.



CAPÍTULO 8 HERNIAS OCULTAS

Una hernia oculta, según la definición del Grupo HerniaSurge, es una hernia asintomática que no se puede detectar mediante exploración física.

La formación de la HI se considera bilateral dependiendo de su etiología, si bien es habitual que se presente en muchos pacientes con hernia sintomática unilateral. Ocasionalmente, la hernia contralateral se evidenciará mediante una exploración física, pero un número determinado de pacientes tendrá una hernia oculta contralateral en el momento de la presentación inicial y se convertirá en sintomática más adelante. Otros pacientes desarrollarán una hernia contralateral de novo que posteriormente requerirá reparación.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda inspeccionar la ingle contralateral durante la reparación TAPP. En caso de hallar una hernia inguinal contralateral durante la cirugía y habiendo obtenido el consentimiento informado del paciente previamente, se recomienda proceder a la reparación.

RECOMENDACIÓN BAJA: No se sugiere la reparación TAPP bilateral rutinaria en aquellos pacientes con hernias inguinales primarias unilaterales evidentes que no tengan hernias contralaterales.

No se sugiere la exploración rutinaria mediante TEP de la ingle contralateral en pacientes asintomáticos sin hernia clínica.

CAPÍTULO 9 CIRUGÍA AMBULATORIA

La cirugía ambulatoria es factible y práctica habitual en muchos países. El uso de este tipo de cirugía depende de los siguientes factores: Cuidado posoperatorio, logística, políticas de reembolso y seguro.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda la cirugía ambulatoria para la mayoría de las reparaciones de hernia inguinal siempre que el cuidado posoperatorio esté bien organizado, y se sugiere para otros casos seleccionados.

CAPÍTULO 10 MALLAS QUIRÚRGICAS

Los cirujanos deberían conocer las características intrínsecas de las mallas que utilizan. El uso de las llamadas mallas de baja densidad puede tener ciertos beneficios a corto plazo, como un dolor posoperatorio reducido y una menor convalecencia, pero no se asocia a mejores resultados a largo plazo en cuanto a, por ejemplo, recidiva y dolor crónico. No se recomienda seleccionar la malla únicamente en función de su peso. La incidencia de erosión parece mayor con el tapón que con la malla plana. Se sugiere no emplear técnicas de reparación con tapón. Actualmente no se recomienda el uso de otros implantes para reemplazar la malla plana estándar en la técnica de Lichtenstein.

RECOMENDACIÓN BAJA: HerniaSurge recomienda las mallas sintéticas monofilamento de poro grande (1-1,5 mm) con una resistencia a la rotura de 16 Nm² y que cuenten con una fuerza de tensión mínima en todas direcciones (incluida la consiguiente fuerza de desgarro) de 16 N/cm².

Cuando se tenga en cuenta el dolor posoperatorio tras la reparación de hernia inguinal, se sugiere considerar el uso de las llamadas mallas de baja densidad, si bien estas probablemente conllevan solo beneficios a corto plazo.

Cuando se considera el riesgo de recidiva en la HI medial con clasificación M2 o M3 según EHS, HerniaSurge sugiere no utilizar mallas de baja densidad.



CAPÍTULO 11 FIJACIÓN DE LA MALLA

Existen varios métodos de fijación de la malla, como: tackers, grapas, autofijación, sellantes de fibrina, pegamentos y suturas. No obstante, no existe consenso sobre cuál es el mejor método de fijación, de modo que el método empleado depende de la preferencia del cirujano. En cualquier caso, no se recomienda emplear fijación en todos los tipos de hernia con las reparaciones TAPP y TEP, excepto en el caso de las hernias directas de gran tamaño. Teniendo en cuenta el riesgo de dolor posoperatorio debido a los dispositivos de fijación traumáticos, debería considerarse la fijación con pegamento en la reparación abierta y laparoscópica. La práctica clínica podría verse significativamente beneficiada por la existencia de evidencia que demostrara que un método de fijación específico mejora los resultados quirúrgicos o del paciente.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda la fijación de la malla en pacientes con hernias directas grandes (clasificación EHS M3) sometidos a TAPP o TEP a fin de reducir el riesgo de recidiva.

RECOMENDACIÓN BAJA: Se sugiere el uso de fijación atraumática de la malla en la técnica abierta de reparación de la hernia inguinal para reducir la aparición temprana del dolor posoperatorio.

CAPÍTULO 12 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

No se recomienda la profilaxis antibiótica en la cirugía abierta para pacientes con riesgo medio en entornos de bajo riesgo. En la reparación laparoscópica no se recomienda en ningún caso. En entornos de alto riesgo, se recomienda en todos los casos excepto para la intervención laparoscópica.

RECOMENDACIÓN ALTA

RECOMENDACIÓN ALTA: En la reparación abierta con malla, no se recomienda administrar profilaxis antibiótica a los pacientes de riesgo medio en entornos de bajo riesgo.

Se sugiere la administración de profilaxis antibiótica en la reparación abierta con malla para cualquier paciente en entornos de alto riesgo.

No se recomienda el uso de profilaxis antibiótica en la reparación laparoscópica para ningún paciente y en ningún entorno.

RECOMENDACIÓN BAJA: Se sugiere la administración de profilaxis antibiótica en la reparación abierta con malla para los pacientes de alto riesgo en entornos de bajo riesgo.

CAPÍTULO 13 ANESTESIA

La anestesia local en la cirugía abierta tiene muchas ventajas y se recomienda su uso siempre que el cirujano tenga experiencia en esta técnica. Se sugiere el uso de anestesia general sobre la regional en pacientes de 65 años o más, ya que puede estar asociada con menos complicaciones, como infarto de miocardio, neumonía y tromboembolismo. Se recomiendan los bloqueos de campo perioperatorios o las infiltraciones subcutáneas/subfasciales en todos los casos de cirugía abierta.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda la anestesia local para la reparación abierta de hernias inguinales reducibles, siempre que los cirujanos y los equipos de quirófano tengan experiencia en el uso de anestesia local y en la administración de dicha anestesia.

Se recomienda a los pacientes que reanuden sus actividades normales sin restricciones tan pronto como se sientan cómodos.

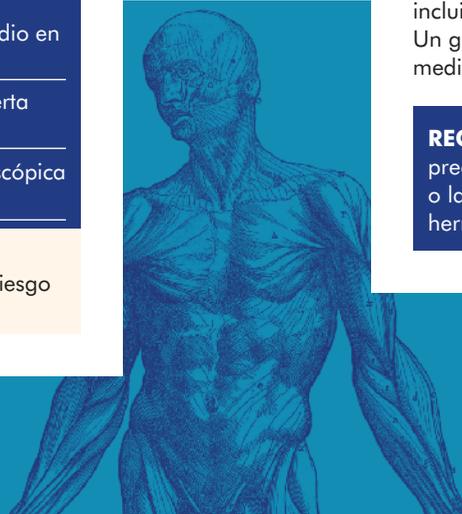
RECOMENDACIÓN BAJA: Se sugiere el uso de anestesia local correctamente aplicada como alternativa a la anestesia local o regional en pacientes con enfermedad sistémica grave.

Se sugiere el uso de anestesia general o local frente a la regional en pacientes de 65 años o más.

CAPÍTULO 14 PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DOLOR POSOPERATORIO TEMPRANO

Se han estudiado varios abordajes para el manejo del dolor posoperatorio, incluidos diversos tratamientos médicos, como el uso de anestésicos locales. Un gran número de protocolos locales guiarán al cirujano para determinar qué medidas debe adoptar.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda aplicar medidas anestésicas preoperatorias y perioperatorias, como el bloqueo de los nervios inguinales o la infiltración subcutánea/subfascial, en todas las reparaciones abiertas de hernia inguinal.



CAPÍTULO 15 CONVALECENCIA

La duración de la convalecencia—definida como la baja laboral y el tiempo de reposo—es un factor importante de la fase de recuperación tras la cirugía de hernia inguinal. No obstante, la mayoría de los estudios no han investigado qué efectos tienen las recomendaciones de convalecencia de corta duración.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda que los pacientes reanuden sus actividades habituales sin restricciones en un plazo de tres a cinco días, o tan pronto como se sientan cómodos para ello.

CAPÍTULO 16 HERNIAS INGUINALES EN MUJERES

Siempre que se cuente con la experiencia necesaria, se sugiere que las mujeres con hernia inguinal se sometan a reparación laparoscópica a fin de reducir el riesgo de dolor crónico y evitar no detectar una hernia femoral. Se sugiere la conducta expectante en las embarazadas, ya que la inflamación de la ingle a menudo está formada por varices del ligamento redondo autolimitadas. Se sugiere la reparación con malla mediante laparoscopia para las hernias femorales siempre que se tenga la experiencia adecuada.

RECOMENDACIÓN ALTA: Siempre que se cuente con la experiencia necesaria, se recomienda someter a las mujeres con hernia inguinal a reparación laparoscópica con implante de malla.

Se recomienda la pronta reparación de la hernia en mujeres con hernia inguinal.

En las mujeres, los médicos deberían considerar la hernia femoral en el diagnóstico diferencial de la inflamación inguinal.

RECOMENDACIÓN BAJA: Se sugiere la conducta expectante en las mujeres embarazadas con inflamación inguinal.

Recomendación baja: Se sugiere evitar la división del ligamento redondo en la reparación abierta. La división del ligamento redondo es opcional en la reparación laparoscópica, pero preferiblemente debería realizarse proximal a la rama genital que converge en la fusión con el peritoneo.

CAPÍTULO 17 HERNIAS FEMORALES

Las reparaciones de hernia femoral electivas o de emergencia constituyen apenas entre el 2 % y el 4 % de todas las reparaciones de hernia inguinal. Sin embargo, la verdadera incidencia de la hernia femoral probablemente sea mejor, ya que esta estimación está sesgada por el alto porcentaje de hernias femorales tratadas quirúrgicamente en comparación con las hernias inguinales.

RECOMENDACIÓN ALTA: Recomendación alta: Se recomienda el uso de malla en las reparaciones electivas de la hernia femoral.

Siempre que se cuente con la experiencia necesaria, se recomienda un procedimiento laparoscópico para la reparación electiva de la hernia femoral.

CAPÍTULO 18 COMPLICACIONES — PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Las complicaciones del manejo de la hernia inguinal se tratan en un capítulo extenso sobre el tema, que incluye retención urinaria y disfunción sexual, hematoma, seroma, complicaciones graves poco frecuentes y mortalidad.



CAPÍTULO 19 DOLOR – PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El dolor crónico es una complicación a largo plazo frecuente tras casi todos los procedimientos quirúrgicos. No obstante, no existen definiciones de consenso de qué es exactamente el dolor crónico tras operaciones específicas. En el caso de las hernias inguinales, los patrones de dolor pueden variar dependiendo de las estructuras y los órganos implicados, así como el tipo de reparación realizada. Si bien es posible evitar ciertos factores técnicos y neuroanatómicos de predisposición, el dolor inguinal crónico posoperatorio (DICP) sigue siendo un desafío complejo con diversas influencias psicológicas, sociales, genéticas y conductuales. El DICP es una complicación grave que afecta al 10-12 % los pacientes que se someten a la reparación de HI. Se define como un dolor moderado y molesto que afecta las actividades cotidianas y que perdura al menos tres meses tras la intervención. Entre los factores de riesgo del DICP se incluyen: edad joven, mujer, intenso dolor antes del procedimiento, dolor intenso temprano tras el procedimiento, hernia recurrente y reparación abierta. En el caso del DICP, se debería centrar la atención en el reconocimiento del nervio en la cirugía abierta y, en determinados casos, en la resección nerviosa pragmática profiláctica (no se sugiere la resección planificada). Se sugiere el manejo del DICP mediante equipos multidisciplinares. Asimismo, se sugiere emplear una combinación de medidas farmacológicas e intervencionistas para el manejo del DICP y, si no se obtienen resultados satisfactorios, continuar, en casos seleccionados, con una (triple) neurectomía y (en casos seleccionados) con la retirada de la malla.



RECOMENDACIÓN ALTA: El dolor crónico se debería definir como un dolor moderado \geq molesto que afecta la realización de las actividades cotidianas y que perdura al menos tres meses tras la intervención.

Se recomienda conocer y reconocer la anatomía nerviosa durante la cirugía a fin de reducir la incidencia de dolor crónico tras la herniorrafia.

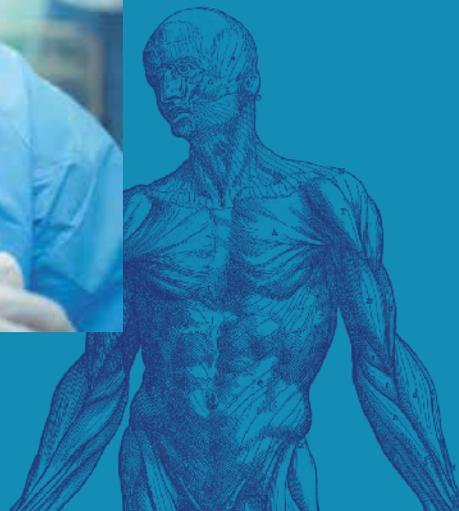
RECOMENDACIÓN BAJA: No se sugiere la planificación de la resección nerviosa iliohipogástrica profiláctica.

Se recomienda la resección pragmática del nervio ilioinguinal o iliohipogástrico si se produce una lesión iatrogénica del nervio o si el nervio interfiere con la posición de la malla.

El dolor posoperatorio inmediato grave o intenso aumenta la posibilidad de sufrir lesiones nerviosas o vasculares. Se sugiere una reintervención temprana el mismo día para eliminar o tratar estas complicaciones.

Se sugiere que sea un equipo multidisciplinar el que maneje a los pacientes con dolor crónico. Las medidas farmacológicas e intervencionistas - incluidos los bloqueos nerviosos terapéuticos o de diagnóstico - deberán continuar durante al menos tres meses (al menos seis meses tras la cirugía de hernia).

Se sugiere un enfoque personalizado a la neurectomía con o sin extracción de la malla en función del método de reparación utilizado originalmente y de la presentación inicial. La decisión sobre el tipo de neurectomía (selectiva o triple) se dejará a criterio del cirujano.



CAPÍTULO 20 HERNIAS INGUINALES RECURRENTES

La hernia inguinal recurrente sigue siendo claramente uno de los principales problemas de salud. La tasa de recidivas puede alcanzar el 15 %. Resulta difícil precisar esta cifra, ya que la tasa de recidivas varía a medida que se prolonga el seguimiento. En cualquier caso, se dedican muchos recursos a este problema. En el caso de recidiva tras una reparación anterior de la hernia, se recomienda la reparación posterior. Si se produce recidiva tras una reparación posterior, se recomienda la reparación anterior. Si no se logra el éxito tras un abordaje posterior y anterior, se recomienda que el paciente sea tratado por un cirujano especializado en hernias.

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda la reparación laparoscópica de una hernia inguinal recidivante tras una reparación fallida de Lichtenstein o una reparación del tejido por vía anterior.

Se recomienda la reparación por vía anterior tras una reparación por vía posterior fallida.

Un cirujano experto en hernias debería reparar una hernia inguinal recidivante tras una reparación anterior y posterior fallidas. La elección de la técnica depende de factores relacionados específicamente con el cirujano y el paciente.

CAPÍTULO 21 TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DE LA HERNIA INGUINAL

En este capítulo se tratan las cuestiones principales sobre el mejor abordaje quirúrgico (anterior abierto, posterior o laparoscópico), así como las opciones de reparación (por ejemplo, con o sin malla). Es importante tener en cuenta las limitaciones impuestas por el estado de la literatura actual a la hora de buscar respuestas definitivas basadas en la evidencia para las principales dudas clínicas. Entre los factores de riesgo de la incarceration o el estrangulamiento de la hernia se incluyen: mujer, presencia de hernia femoral y una historia de hospitalización relacionada con la hernia inguinal. Se sugiere que el tratamiento de las urgencias se adapte de acuerdo con los factores relacionados con el paciente y con la hernia, la experiencia local y los recursos existentes.

RECOMENDACIÓN BAJA: Se sugiere una estrategia personalizada en el caso de los pacientes adultos con hernia inguinal incarcerada o estrangulada aguda, ya que no existe evidencia sobre cuál es el abordaje quirúrgico óptimo.

CAPÍTULO 22 FORMACIÓN Y CURVA DE APRENDIZAJE

Las curvas de aprendizaje varían de una técnica a otra. Probablemente se necesitan unas 100 reparaciones laparoscópicas supervisadas para lograr los mismos resultados que con la cirugía abierta con malla, como la técnica de Lichtenstein. Se sugiere que el número de casos por cirujano es más importante que el volumen del centro. Se recomienda definir unos requisitos mínimos para certificar a los médicos como cirujanos expertos en hernia. Lo mismo sucede con la designación como "Centro de hernias."

RECOMENDACIÓN ALTA: Se recomienda crear un currículum por objetivos, que incluya la revisión de la anatomía, pasos del procedimiento, toma de decisiones intraoperatorias y formación sobre las habilidades técnicas basada en la experiencia y mejorada mediante simulación

CAPÍTULO 23 CENTROS ESPECIALIZADOS Y ESPECIALISTAS DE HERNIA

Para que los centros puedan certificarse como centro de hernia, deberían cumplir determinados criterios en relación con el número de intervenciones, seguimiento y control de calidad. La EHS cuenta con un grupo de trabajo denominado ACCESS que está desarrollando directrices para acreditar y certificar a los centros y a los cirujanos. Las principales recomendaciones recogerán los requisitos mínimos en cuanto al volumen del centro, el volumen de cirujanos, los tipos de operaciones que se ofrecen, las modalidades diagnósticas, la presencia de UCI, registro de pacientes, calidad del seguimiento, resultados, así como instalaciones para formación e investigación.



CAPÍTULO 24 COSTE

El cálculo del coste de la reparación de hernia inguinal es complejo y resulta complicado. Los estudios rara vez reflejan completamente los costes totales, incluida la atención médica antes, durante y después del tratamiento, los costes laborales y los costes para la sociedad. Además, hay que tener en cuenta que los costes no equivalen a los gastos. Los gastos no tienen por qué estar relacionados con los costes y normalmente se calculan mediante diferentes fórmulas. Los gastos pueden variar en gran medida entre los distintos hospitales y los diferentes países. El reembolso de los gastos por parte de las aseguradoras o de los pacientes varía ampliamente entre países o entre hospitales, y a menudo depende de negociaciones relacionadas con acuerdos sobre el volumen.

RECOMENDACIÓN ALTA: Desde una perspectiva de coste-eficiencia, se recomienda la reparación laparoscópica ambulatoria de la hernia inguinal con un uso mínimo de fungibles.

CAPÍTULO 25 REGISTRO DE LA HERNIA INGUINAL

Se sugiere el desarrollo y la implementación de un registro nacional de hernias inguinales en todos los países (o regiones en caso de poblaciones pequeñas). Deberían incluir datos de seguimiento de los pacientes y tener en cuenta las estructuras sanitarias locales.

RECOMENDACIÓN BAJA: Se sugiere que los países o regiones desarrollen e implementen registros con una alta cobertura y seguimientos a largo plazo para realizar un control de calidad en relación con los pacientes con hernia inguinal.

CAPÍTULO 26 RESULTADOS Y EVALUACIÓN DE CALIDAD

Es importante recoger los resultados quirúrgicos para comprender el curso posoperatorio de los pacientes que se someten a los diferentes tipos de reparación de hernia inguinal. Asimismo, esto sirve para aclarar cómo las variables preoperatorias, quirúrgicas y posoperatorias (como las comorbilidades, el tipo de malla, el método de fijación de la malla, entre otros) influyen en los resultados.

RECOMENDACIÓN BAJA: Se recomienda la creación de registros de hernia que incluyan datos de seguimiento de pacientes y que tengan en cuenta las estructuras sanitarias locales para fines de auditoría y de investigación.

CAPÍTULO 27 DIVULGACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

Las diferentes iniciativas locales (capítulos nacionales), regionales (sociedades internacionales) y globales (HerniaSurge) desarrollarán un plan de divulgación e implementación de la guía a través de páginas web, medios sociales y aplicaciones para teléfonos móviles.

RECOMENDACIÓN ALTA: HerniaSurge recomienda que todos los países o regiones desarrollen una estrategia de divulgación e implementación.



CAPÍTULO 28 CIRUGÍA DE HERNIA INGUINAL EN ESCENARIOS DE POCOS RECURSOS

HerniaSurge (www.herniasurge.com) desarrolla directrices que pretenden servir para todo el mundo. Este capítulo contiene directrices sobre la realización de reparaciones de hernia inguinal seguras, coste-efectivas en entornos con bajos recursos. HerniaSurge cree que todos los pacientes con hernia inguinal, sin importar dónde vivan, tienen derecho a la mejor atención posible. No obstante, tardaremos en lograr un nivel de atención alto y coherente en muchas áreas del mundo que no disponen de los recursos necesarios, lo que se refleja en las recomendaciones de este capítulo.

Existe una carga significativa de enfermedad en los países en los que viven la mayoría de los pacientes con hernia inguinal del mundo. Si bien la herniorrafía es una de las cirugías que más se realizan en los lugares con bajos recursos, necesita ampliar su capacidad. Esta "infraproducción" quirúrgica con el tiempo deriva en una alta prevalencia de la hernia en la población, lo que, a su vez, genera una alta proporción de cirugías de emergencia, así como una morbilidad y mortalidad significativas. Esto es así a pesar de que la reparación de la hernia inguinal es altamente coste-efectiva.

RECOMENDACIÓN BAJA: Los entornos con bajos recursos deberían centrarse en la enseñanza de la reparación de la hernia inguinal mediante una técnica estandarizada (Lichtenstein), bajo anestesia local y con una malla de bajo coste.

Puede sugerirse el uso de una malla de bajo coste (con características químicas y físicas conocidas comparables a las prótesis comerciales) si no se tiene acceso a las prótesis comerciales.

Cuando se utilicen mallas de bajo coste sin licencia, se sugiere la auditoría de los resultados a nivel local.

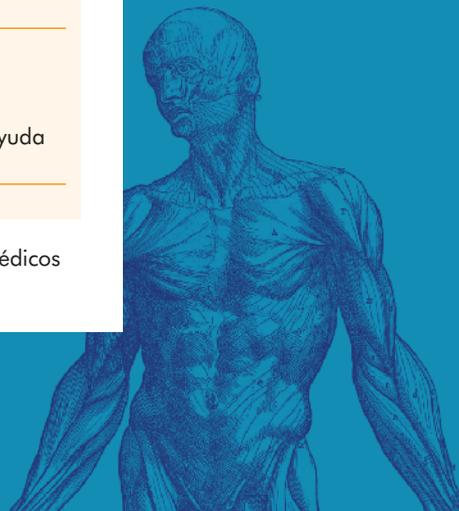
Se sugiere administrar al menos una dosis de un antibiótico profiláctico adecuado antes de proceder a la reparación de la hernia inguinal en los lugares con bajos recursos.

Se necesita un plan global para mejorar el acceso a la cirugía de hernia inguinal segura en los lugares de bajos recursos. Se sugiere que este plan contenga directrices sencillas y una estrategia de sostenibilidad para su implementación y para que pueda continuar, independientemente de la ayuda internacional.

En tres capítulos se discute la investigación futura, las directrices para los médicos generales y las directrices para los pacientes.

CONCLUSIONES

El Grupo HerniaSurge ha desarrollado esta guía inclusiva y amplia para el manejo de los pacientes adultos con hernia inguinal con la esperanza de que los pacientes con hernia inguinal obtengan mejores resultados, vivan donde vivan. Un conocimiento más profundo, una mejor formación, la vigilancia nacional y la especialización en el manejo de la hernia inguinal harán que se estandarice la atención sanitaria a estos pacientes, derivarán en una asistencia médica más efectiva y eficiente y mostrarán la dirección de la investigación en el futuro.



EUROPEAN HERNIA SOCIETY
CALLE CASTELLÓ 128
28006 MADRID - SPAIN

T: +34 913 836 000 -EXT 133
EMAIL: SECRETARIATEHS(AT)PACIFICO-MEETINGS.COM

Fotografía: Adobe Stock

PRODUCIDO EN ASOCIACIÓN CON

Medtronic