

Hernias de pared abdominal complicadas operadas de urgencia. Serie de casos

Francisco Venturelli M^{1,2}, María Paredes V², Gabriela Paillahueque V², Pablo Bórquez M^{1,2},
Bárbara Garcés Q² Alejandro Baeza S^{1,2}.

RESUMEN

La patología herniaria es frecuente de ver en la práctica del cirujano general y sus complicaciones siguen siendo causa de morbimortalidad. Se presenta una serie de casos con seguimiento de 84 pacientes operados de urgencia con hernia complicada en el Hospital Base de Osorno (HBO) entre 2002 y 2004, seguidos hasta mayo de 2009. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Stata 10. La mediana de edad fue de 64 años. Serie compuesta predominante de mujeres (62 casos), en 72 casos (85,71%) las hernias estaban atascadas y en 12 (14,28%) estranguladas. La localización más frecuente fue la umbilical con 29 casos (34,52%), seguido por la inguinal con 20(23,80%). Hubo 12 reparaciones con malla (14,28%), todas ellas realizadas en hernias atascadas. La mediana de días hospitalización postoperatorios fue de 4 (1-37). Hay 3 casos de mortalidad operatoria (1 inguinal, 1 umbilical y 1 incisional). En 11 (13,10%) pacientes se mantuvo tratamiento antibiótico durante el postoperatorio, de éstas, 5 fueron hernias estranguladas. En 19 pacientes (22,61%) se presentó alguna complicación: en 4 (33,33%) de las estranguladas y en 15 de las atascadas (20,83%), estas complicaciones fueron 11 (13,10%) infecciones de herida operatoria y 4 (47,61%) seromas. En ningún caso fue necesario retirar la malla. En 16 (19,04%) casos recidivó la hernia. Como conclusión, en esta serie seleccionada de pacientes, el índice de recidiva fue alto, con un bajo porcentaje de uso de malla; sin embargo, la necesidad de retirar la malla por una complicación fue baja (Palabras claves/Key words: hernia abdominal/abdominal hernia; encarceración/incarceration; emergencia/emergency).

INTRODUCCIÓN

La patología herniaria es frecuente de ver en la práctica del cirujano general. Está aceptado que lo ideal es operar las hernias en forma electiva con el fin de evitar la alta morbimortalidad que la cirugía herniaria de urgencia conlleva.^{1,2} Nadie discute que el tratamiento que produce menos recidiva herniaria es la hernioplastia con malla^{3,4} por lo que la mayoría de los cirujanos la practica en la cirugía electiva. En urgencia el ambiente es distinto, ya que en general se ha preferido no utilizar materiales protésicos por temor a que la

malla se infecte.^{4,5} El material protésico más utilizado en nuestro centro es el polipropileno, el cual al ser de monofilamento y macroporoso presenta una gran resistencia a la infección, esto hace que este tipo de malla sea ideal para instalarla cuando uno cree que el riesgo de infección es alto.⁶ Con el tiempo se han ido publicando series de casos de pacientes con hernias complicadas reparadas con malla con resultados alentadores.^{4,5,7,8}

Como en nuestro país estamos lejos de eliminar la lista de espera de la patología herniaria, nos vamos a seguir viendo enfrentados tanto a

¹ Servicio de Cirugía. Unidad de Emergencia. Hospital Base Osorno.

² Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Campo Clínico Osorno.
Correspondencia a: Dr. Francisco Venturelli M. icoventurelli@gmail.com

hernias atascadas como estranguladas en los distintos servicios de urgencia. Por esto creemos que es importante ir publicando los resultados que se obtienen en el tratamiento de urgencia de esta patología. El objetivo principal de este estudio es describir los resultados quirúrgicos obtenidos en los pacientes operados de urgencia con diagnóstico de hernia complicada en el Hospital Base Osorno (HBO) entre los años 2002 y 2005.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una serie de casos con seguimiento a partir de la fecha operatoria, se incluyeron todos los pacientes operados de urgencia por hernia atascada o estrangulada entre los años 2002 y 2005. El seguimiento concluyó en mayo de 2009.

Los pacientes operados de urgencia por una hernia complicada fueron aquellos que presentaron una hernia irreductible de menos de 48 hrs de evolución asociado a signos de obstrucción intestinal como dolor, distensión abdominal, vómitos de retención y/o ausencia de eliminación de gases por ano en las últimas 24 hrs y/o salida de contenido de retención por SNG y radiografía que muestre asas dilatadas con o sin niveles hidroaéreos, signos de isquemia intestinal como dolor, signos de irritación peritoneal o cambio de la coloración de la piel que cubre el saco o compromiso hemodinámico, signos de atascamiento de epiplón como dolor intenso a la palpación de la hernia, signos de necrosis de epiplón como cambio de la coloración de la piel que cubre el saco o compromiso hemodinámico. Al momento de clasificarlos según la complicación asociada, al presentar 2 o más de éstas, se dejó sólo la más grave según criterio del cirujano tratante. En caso de haber compromiso de intestino, se definió como hernia estrangulada cuando durante la cirugía fue necesario practicar una resección intestinal por presencia de isquemia de un segmento de dicho órgano. En caso de haber compromiso de epiplón se definió como hernia estrangulada cuando apareció descrito en el protocolo operatorio que se resecó epiplón desvitalizado.

Las complicaciones postoperatorias se definieron como: recidiva: aumento de volumen reductible en zona de hernia previa. Infección: salida de secreción purulenta por la herida operatoria. Seroma: colección de líquido seroso en la herida operatoria. Necesidad de rehospitalización: ingreso posterior a la cirugía por presentar infección de la herida operatoria.

Retiro de malla: retiro parcial o total de la malla en pabellón.

La técnica utilizada para la reparación herniaria fue según la preferencia del cirujano.

En una base de datos ad hoc se registraron las variables de interés: edad, sexo, comorbilidad, localización, manifestaciones clínicas, diagnóstico preoperatorio, tipo de reparación efectuada, tipo de hernia complicada, utilización de antibióticos postoperatorios, complicaciones, días de hospitalización, mortalidad operatoria, tiempo de seguimiento y presencia de recidiva. Los resultados se expresan en medias, medianas o porcentajes. Se utilizó el programa estadístico Stata 10.0.

RESULTADOS

La serie incluyó 84 casos. La mediana de edad fue 64(24-84) años. El sexo predominante fue el femenino con 62 casos (73,80%). En 30 pacientes (35,71%) se presentaron una o más comorbilidades que se describe en la tabla 1.

Tabla 1. Comorbilidad de los pacientes operados por hernia inguinal de urgencia en el HBO entre los años 2002-2005.

Comorbilidad	Nº	%
HTA	16	19,05
DM	10	11,90
LCFA	7	8,33
IC	2	2,38

HTA hipertensión arterial

DM diabetes mellitus

LCFA limitación crónica del flujo aéreo

IC insuficiencia cardíaca

En cuanto a la presentación clínica, 59 pacientes (70,23%) presentaron sólo signos de obstrucción intestinal. En 19 casos (22,62%) se presentaron signos de atascamiento de epiplón, 3 (3,57%) signos de isquemia intestinal y 2 (2,38%) signos de necrosis de epiplón.

De las 84 hernias de la serie, 72 (85,71%) estaban atascadas y 12 (14,28%) estranguladas. Hubo 10 resecciones intestinales y 6 resecciones de epiplón.

La localización más frecuente fue la umbilical, con 29 (34,52%) casos (Tabla 2). En el sexo masculino la hernia más frecuente fue la inguinal, con 13 casos (59,09%) y en el sexo femenino, fue la umbilical con 25 casos (42,32%).

Tabla 2. Ubicación de la hernia en los pacientes operados por hernia inguinal de urgencia en el HBO entre los años 2002-2005.

Ubicación de la hernia	Nº	%
Umbilical	29	34,52
Inguinal	20	23,8
Incisional	19	22,61
Crural	14	16,66
Epigástrica	2	2,38

La mediana de días hospitalización postoperatorios fue de 4 (1-37) días. En 11 (13,10%) pacientes se mantuvo tratamiento antibiótico durante el postoperatorios contra gram (+), (-) y anareobios, 5 de estos casos eran hernias estranguladas.

Hubo 12 reparaciones con malla (14,28%), todas ellas hernias atascadas.

En 19 pacientes (22,61%) se presentó alguna complicación: en 4 (33,33%) de las estranguladas y 15 (20,83%) de las atascadas. Las complicaciones se describen en la tabla 3.

En 16 casos (19,04%) recidivó la hernia, de éstas, 15 fueron reparadas sin malla y sólo 1 con malla. La mediana de seguimiento fue de 74 meses.

DISCUSIÓN

De 5 al 13% de las hernias se operan de urgencia y de éstas, el 10-15% requieren de resección intestinal.⁹ Tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo, se continúan operando hernias de urgencia con una mortalidad global asociada cercana al 5%, la cual se eleva a un 20% cuando se realiza una resección intestinal.¹⁰

La cirugía herniaria de urgencia se practica preferentemente en pacientes de edad avanzada con múltiples patologías asociadas, lo cual hace que el riesgo de complicaciones no sea bajo.^{4,7,11} La mediana de edad de nuestra serie fue 64 años y el 35% presentaba una o más comorbilidades.

La gran mayoría de las hernias operadas de urgencia son hernias atascadas, por lo que la manifestación clínica más habitual es aquella compatible con una obstrucción intestinal.⁹ De las 72 hernias atascadas, 59 (70,23%) se presentaron con dolor asociado a distensión abdominal, vómitos de retención y/o ausencia de eliminación de gases por ano en las últimas 24 hrs de iniciado el cuadro, y/o salida a contenido de retención por SNG con radiografía que muestre asas distendidas, sin otros signos de alguna otra complicación.

La hernia complicada más frecuentemente encontrada en nuestra serie fue la umbilical, seguida de la inguinal, contrario a lo publicado por Derici H, *et al* y Kulah *et al*. que describen la hernia inguinal como la más frecuentemente complicada y luego la umbilical^{9,12}. La causa de que sea la hernia umbilical la más frecuente creemos que es por ser una hernia con saco pequeño, lo que provoca poca importancia en nuestros pacientes, y por otro lado al presentar un anillo estrecho, es más fácil que al protruir el contenido, se complique.

En cuanto a cómo reparar las hernias de urgencia, se discute mucho si colocar o no malla por el riesgo de infección de ésta. El tratamiento quirúrgico de elección de las hernias complicadas, es reparar la hernia con una baja morbilidad operatoria y con una baja recidiva a largo plazo.⁹ Al no instalar una malla estamos olvidándonos del último punto. De hecho, en nuestra serie sólo el 8,33% de las 12 hernias reparadas con malla

Tabla 3. Complicaciones postoperatorias de los pacientes operados por hernia inguinal de urgencia en el HBO entre los años 2002-2005.

Complicaciones	Nº	%	Sin malla (%)	Con malla (%)
Infección de herida operatoria	11	33,33	10(90,9)	1(9,1)
Seroma	4	47,61	3(75)	1(25)
Bronquitis	1	1,19	1(100)	0(0)
Hematoma no infectado	1	1,19	1(100)	0(0)
Muerte	3	3,57	3(100)	0(0)
Retiro de malla	0	0		
Recidiva herniaria	16	19,04	15(20,83)	1(8,33)

recidivó en contraste al 20,83% de las reparadas sin malla.

Con el pasar de los años, los cirujanos se han ido atreviendo cada vez más a instalar mallas en este tipo de hernias, con el fin de disminuir las recidivas. En 1997 Pans A *et al*⁸, presentó una serie dentro de la cual hubo 9 reparaciones herniarias con malla con resección intestinal concomitante sin necesidad de retirar esta posteriormente. Wysocki A *et al*¹¹, reportó una cohorte prospectiva compuesta por 56 pacientes con hernia inguinal complicada que fueron reparadas con técnica de Lichtenstein, manejándolos con antibióticos profilácticos seguidos de antibióticos postoperatorios, no encontrando infecciones en relación a la malla.⁷ Bessa S *et al*, comparó 25 hernioplastias con malla operadas de urgencia con 25 hernioplastias operadas electivas, no encontrando diferencias en las complicaciones entre ambos grupos.⁴ En nuestra serie se repararon

12 hernias complicadas con malla, de las cuales 10 requirieron de resección intestinal, ninguna tuvo que ser reoperada a causa de infección de la malla. Creemos que el no colocarle malla a las hernias complicadas operadas de urgencia por riesgo de infección de la malla nos parece más un mito que una realidad, pero faltan estudios para saber la verdad definitiva.

Derici *et al*⁹ en un análisis multivariado encontró que el reparar hernias operadas de urgencia con malla no aumentaban la morbimortalidad quirúrgica. En nuestra serie de las reparadas con malla, una cursó con un seroma postoperatorio y otra con una infección de la herida operatoria, siendo manejadas ambas de manera conservadora.

Como conclusión en esta serie, el índice de recidiva fue alto, el porcentaje de instalación de malla fue bajo. La probabilidad de tener que retirar la malla fue baja.

REFERENCIAS

- Ohana G, Manevitch I, Weil R, Melki Y, Seror D, Powsner E, *et al*. Inguinal hernia: Challenging the traditional indication for surgery in asymptomatic patients. *Hernia* 2004; 8:117-20.
- Alvarez J, Baldonado R, Bear I, Solis J, Alvarez P, Jorge J. Incarcerated groin hernias in adults: presentation and outcome. *Hernia* 2004; 8:121-6.
- Grant AM; EU Hernia Trialists Collaboration. Open mesh versus non-mesh repair of groin hernia: meta-analysis of randomised trials based on individual patient data. *Hernia* 2002;6:130-6.
- Bessa M, Katri K, Abdel-Salam W, Abdel-Baki N. Early results from the use of the Lichtenstein repair in the management of strangulated groin hernia. *Hernia* 2007;11: 239-42.
- Elsebae MM, Nasr M, Said M. Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: A controlled randomized study. *Int J Surg* 2008;6: 302-5.
- Weyhe D, Belyaev O, Müller C, Meurer K, Bauer KH, Papapostolou G, *et al*. Improving outcomes in hernia repair by the use of light meshes-A comparison of different implant constructions based on a critical appraisal of the literature. *World J Surg* 2007; 31:234-44.
- Wysocki A, Kulawik J, Pozniczek M, StrzaBka M. Is the Lichtenstein operation of strangulated groin hernia a safe procedure?. *World J Surg* 2006; 30:2065-70.
- Pans A, Desaive C, Jacquet N. Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia. *Br J Surg* 1997; 84: 310-2.
- Derici H, Unalp H, Bozdog A, Nazli O, Tansug T, Kamer E. Factors affecting morbidity and mortality in incarcerated abdominal wall. *Hernias* 2007;11: 341-6.
- Martínez-Serrano MA, Pereiraa J, Sanchoa J, Salvansa S, Juncáb V, Segura M, *et al*. Hernia estrangulada. ¿Todavía mortal en el siglo XXI?. *Cir Esp* 2008;83:199-204.
- Wysocki A, Pozniczek M, Krzywón J, Bolt L. Use of polypropylene prostheses for strangulated inguinal and incisional hernias. *Hernia* 2001; 5:105-6
- Kulah B, Kulacoglu I, Oruc M, Duzgun A, Moran M, Ozmen M, *et al*. Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. *Am J Surg* 2001;181:101-4.