



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

BELTRÁN S., MARCELO A.

Resultados a corto plazo de la hernioplastia inguinal: Seguimiento prospectivo de 112 pacientes

Revista Chilena de Cirugía, vol. 60, núm. 4, agosto, 2008, pp. 282-290

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531931004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Resultados a corto plazo de la hernioplastia inguinal: Seguimiento prospectivo de 112 pacientes*

Short-term outcomes of inguinal hernioplasty: prospective follow-up of 112 patients

Dr. MARCELO A. BELTRÁN S.¹

¹Servicio de Cirugía Hospital de Ovalle, Ovalle, Chile.

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

Introducción: Creemos que eventualmente los resultados de la hernioplastía de Lichtenstein sufrirán cambios objetivos y subjetivos según la percepción de cada paciente. El objetivo fue evaluar mediante el Instrumento de medición Cualitativo y Cuantitativo (ICCRHL) los resultados de la hernioplastía de Lichtenstein en una cohorte específica de pacientes y analizar los cambios que en estos podrían ocurrir. *Pacientes y método:* Los pacientes masculinos mayores de 15 años electivamente operados por hernia inguinal entre Enero y Diciembre del 2004 fueron seguidos prospectivamente mediante entrevista, examen físico y llenado de una forma pre-impresa del ICCRHL un mes después de la cirugía, a los 6 meses, 1 año y 2 años. *Resultados:* El 70,5% de los pacientes obtuvieron resultados excelentes a los 6 meses los cuales se mantuvieron a los 2 años. Los mejores resultados se obtuvieron en el control del primer año. Los resultados muy malos tuvieron una distribución bimodal, presentándose con mayor frecuencia en el primer control y observándose un importante incremento en el control de los 2 años; la causa fue el desarrollo de inguinodinia. *Conclusión:* De acuerdo al ICCRHL, los resultados de la hernioplastía de Lichtenstein son diferentes según el momento del tiempo en el cual son medidos. Este hecho demuestra que los resultados de una cirugía funcional como ésta, son dinámicos, varían según el momento en el cual son evaluados y sufren cambios importantes con el tiempo.

PALABRAS CLAVE: *Hernioplastía de Lichtenstein, calidad de vida, complicaciones quirúrgicas.*

ABSTRACT

Background: Eventually the outcomes of Lichtenstein hernioplasty will experience objective and subjective changes according to the perception of every individual patient. *Aim:* To evaluate the outcomes of Lichtenstein hernioplasty using the Quantitative and Qualitative Measurement Instrument (QQMI), in a specific cohort of patients and to analyze the changes that may occur. *Patients and methods:* One hundred and twelve male patients, aged 17 to 92 years, electively operated for inguinal hernia from January to December 2004, were enrolled in a prospective protocol and subjected to assessments that included an

*Recibido el 11 de abril de 2008 y aceptado para publicación el 6 de mayo de 2008..

Correspondencia: Dr. Marcelo Beltrán S.

Manuel Antonio Caro 2629
Casilla 912, La Serena, Chile
e-mail: beltran_01@yahoo.com

interview, physical exam and the completion of the QQMI, one month, 6 months, 1 year and 2 years after surgery. **Results:** Seventy-five percent patients had excellent outcomes at 6 months and maintained the same perception two years after surgery. The best outcomes were recorded at one year after surgery. Patients with very bad outcomes had a bimodal distribution, they were more frequently found at the first control and at the 2-years assessment. The cause of this bad perception was the appearance of inguinal pain. **Conclusions:** The outcomes of Lichtenstein hernioplasty are different according to the moment on which they are recorded. This fact shows that the outcomes of a functional operation, such as the operation for inguinal hernia, suffer important changes over time and differ according to the moment on which they are measured.

KEY WORDS: **Lichtenstein hernioplasty, hernia, quality of life.**

INTRODUCCIÓN

Durante la última década los resultados quirúrgicos se han reportado analizando los aspectos propios de la técnica quirúrgica y otros aspectos centrados en la percepción del paciente. A pesar de esta experiencia no existe un consenso sobre cuales son los resultados que deben medirse en cirugías específicas como la hernioplastía inguinal¹. Los métodos más utilizados incorporan el análisis de los resultados quirúrgicos habituales y elementos del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud que evalúa los dominios físico-funcional, psicológico y social de la salud del paciente¹⁻¹⁰. El año 2003 desarrollamos el Instrumento de medición Cuantitativa y Cualitativa de los Resultados de la Hernioplastía de Lichtenstein (ICCRHL) con el objetivo de evaluar los resultados de esta técnica en los pacientes de nuestra institución². El uso del ICCRHL nos ha permitido analizar nuestros resultados a largo plazo³, comparar pacientes mayores de 71 años con pacientes más jóvenes¹¹, evaluar los resultados de la hernioplastía de Lichtenstein de urgencia^{12,13} y comparar los resultados entre pacientes operados por hernia inguinal primaria con pacientes operados por hernia inguinal recurrente¹⁴. Todos estos estudios analizaron en forma transversal los resultados de la hernioplastía de Lichtenstein (HL). Creemos que los resultados de una cirugía funcional como la HL sufren cambios objetivos con el tiempo y otros subjetivos según la percepción de cada paciente. Por estas razones, el propósito del presente estudio es el de evaluar mediante la aplicación del ICCRHL los resultados de la HL en forma periódica en una cohorte específica de pacientes y analizar los cambios que en estos resultados podrían ocurrir con el paso del tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron prospectivamente todos los pacientes masculinos mayores de 15 años de edad

electivamente operados por hernia inguinal entre Enero y Diciembre del año 2004. En total fueron 121 pacientes ingresados en nuestra base de datos al momento del alta hospitalaria. Esta cohorte fue seguida mediante entrevista, examen físico y llenando de una forma pre-impresa del ICCRHL, un mes después de la cirugía y posteriormente a los 6 meses, 1 año y 2 años. En total 112 pacientes (92,5%) completaron el seguimiento a 2 años, los otros 9 pacientes (7,5%) fueron perdidos al seguimiento, 5 de ellos en el control de los 6 meses y los otros 4 en el control del primer año después de la operación. En el presente estudio analizamos los 112 pacientes que completaron los 2 años de seguimiento.

ICCRHL

Este instrumento se compone de 7 preguntas diseñadas para medir los dominios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Adicionalmente permite la evaluación estructurada y el reporte de los resultados quirúrgicos de la hernioplastía inguinal. Pregunta 1: evalúa el dominio psicológico e introduce al paciente y al cirujano en la entrevista. Pregunta 2: mide el dominio social y evalúa los síntomas preoperatorios. Pregunta 3: mide el dominio físico y evalúa las complicaciones tardías. Pregunta 4: evalúa las complicaciones postoperatorias precoces y la mayoría de los resultados quirúrgicos habitualmente reportados. Pregunta 5: evalúa los dominios físico y social. Preguntas 6 y 7: miden los dominios: psicológico, físico y social. Evalúan la satisfacción del paciente con su cirugía y exploran las razones por las cuales se encuentran satisfechos o no, así también exploran las razones por las que se someterían a otra cirugía por hernia inguinal. El puntaje final que se obtiene permite la estratificación de los resultados en 5 niveles^{2,3}.

Clasificación y definiciones

Las hernias se clasificaron según Gilbert¹⁵ Rutkow y Robbins¹⁶. Se definió a la inguinodinia

crónica como el espectro de dolor que se desarrolla sobre el sitio quirúrgico y que persiste en forma continua por más de 1 año desde su inicio posterior a un procedimiento quirúrgico realizado para reparar una hernia inguinal⁶.

Estadística

Las variables continuas se expresan como mediana, promedio y desviación standard del promedio. Las variables categóricas se reportan como porcentajes. El análisis comparativo se realizó con el test de Student con un valor de p menor a 0.05 considerado estadísticamente significativo. La base de datos se construyó y analizó en una planilla del software SPSS versión 11.0 (Chicago, Ill, USA).

RESULTADOS

La mediana de edad fue 60 (17-92) años, y la del índice de masa corporal (IMC) 29,3 (16,4-40,7) Kg/m². La patología asociada con mayor frecuencia (29,5%) fue la cardiovascular (hipertensión arterial y cardiopatías). El consumo habitual de alcohol fue referido por 42% de los pacientes, y 25% consumían uno o más cigarrillos diariamente. Las cirugías previas más frecuentes fueron la urológica (25%), apendicectomía (23,2%) y cirugía por hernia inguinal (21,4%) (Tabla 1).

La mayoría de los pacientes (37,5%) presentó hernias con 1 año o menos de evolución. Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron: pre-

Tabla 1
PATOLOGÍA ASOCIADA Y CIRUGÍA PREVIA

Patología asociada*	n: 112	100 %
Patología cardiovascular	33	29,5
Patología broncopulmonar	8	7,1
Patología renal	3	2,7
Patología hepática	4	3,6
Diabetes	7	6,3
Otras	3	2,7
<i>Cirugía previa**</i>		
Hernia inguinal	24	21,4
Hernia incisional	11	9,8
Colecistectomía o cirugía biliar	16	14,3
Apendicectomía	26	23,2
Colon	7	6,3
Intestino delgado	3	3,7
Gástrica	5	4,5
Urológica	28	25
Otras	7	6,3

*Un paciente puede tener una o más patologías asociadas.

**Un paciente puede tener una o más cirugías previas.

sencia de masa inguinal (92%), dolor en la zona inguinal (81,3%), dificultad para moverse (68%) y caminar (67%) (Tabla 2). La mayoría de las hernias fueron indirectas tipo 1 (37%) y en 11 pacientes (10%) las hernias fueron recurrentes (Tabla 3), ninguno de ellos previamente operado mediante HL.

El riesgo quirúrgico se midió según el sistema de la American Society of Anesthesiology (ASA); 64% de los pacientes fue ASA I y 36% ASA II. La mayoría de las hernias (44%) fueron operadas por cirujanos con 5 a 10 años de experiencia. La prótesis utilizada con mayor frecuencia (50%) fue una malla de polipropileno de 12 x 15 cm, que se fijó en la mayor parte de los casos (47%) con nylon utilizando puntos separados y continuos en 61% de los pacientes (Tabla 4).

Las complicaciones inmediatas se presentaron en 49 pacientes (39%), principalmente retención urinaria (22,4%), equimosis del sitio quirúrgico (11,6%) y hematoma (6,3%). De estos 7 hematomas, uno requirió drenaje y aseo quirúrgico. Las

Tabla 2
EVOLUCIÓN Y CLÍNICA

Evolución de la hernia	n	(%)
< 1 año	42	(37,5)
1-5 años	37	(33)
6-10 años	16	(14)
> 11 años	17	(15,5)
<i>Síntomas</i>		
Dolor de la zona inguinal	91	(81,3)
Dificultad para caminar	75	(67)
Dificultad al movimiento	77	(68)
Molestias durante relaciones sexuales	56	(50)
Presencia de masa	103	(92)
Impide caminar	9	(8)
Impide el movimiento	9	(8)
Impide las relaciones sexuales	5	(4,5)

Tabla 3
CLASIFICACIÓN

Tipo	n	(%)
1	41	(37)
2	15	(13)
3	23	(20,5)
4	25	(22)
5	3	(3)
6	4	(4,5)
<i>Clase</i>		
Primaria	101	(90)
Recurrente	11	(10)

Tabla 4

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA

<i>Experiencia del cirujano (años)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
> 20	22	(19)
15-20	31	(28)
10-15	10	(9)
5-10	49	(44)
<i>Tamaño de la malla (cm)</i>		
12 x 15	56	(50)
12 x 17	52	(46,4)
13 x 15	4	(3,6)
<i>Material de fijación</i>		
Poliglactina (Vycril.)	16	(14)
Nylon	52	(47)
Polipropileno (Prolene.)	44	(39)
<i>Técnica de fijación</i>		
Puntos separados y continuos	68	(61)
Puntos separados	44	(39)

complicaciones mediatas se presentaron en el 8%: 1 hematoma, infección del sitio quirúrgico superficial en 2 pacientes y desarrollo de inguinodinia en 7 casos, la cual se resolvió en 5 pacientes antes del primer año después de la cirugía. La complicación tardía más frecuente fue la inguinodinia en 13 casos; 2 de ellos se desarrollaron dentro las primeras 72 h del postoperatorio, otros 8 se presentaron durante el primer año de la cirugía y en 3 pacientes se desarrolló entre los 14 y 19 meses desde la cirugía (Tabla 5).

En la Tabla 6 puede observarse el detalle del puntaje del ICRHL en los controles de 30 días, 6 meses, 1 y 2 años después de la cirugía, destaca el progresivo aumento de pacientes con 11 puntos

Tabla 5

COMPLICACIONES

<i>Complicación</i>	<i>Inmediata</i> (< 24 h)	<i>Mediatas</i> (24-72 h)	<i>Tardías</i> (> 72 h)	
	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Ninguna	63	(61)	103	(92)
Hematoma	7	(6,3)	1	(0,9)
Equimosis	13	(11,6)	—	—
Seroma	2	(1,8)	—	—
Edema escrotal	2	(1,8)	—	—
Retención urinaria	25	(22,4)	—	—
Infección herida	—	—	2	(1,8)
Inguinodinia	—	—	7	(6,3)
Recurrencia	—	—	13	(11,6)
			1	(0,9)

hasta el control del primer año y la disminución concurrente de los pacientes con otros puntajes menores; esta tendencia experimenta un cambio en el control del segundo año cuando aumenta el número de pacientes con puntajes entre 1 y 7 puntos y disminuyen los pacientes con 10 y 11 puntos.

En la Tabla 7 se observa el detalle de los resultados del ICRHL, 70,5% de los pacientes obtuvieron resultados excelentes a los 6 meses los cuales se mantuvieron a los 2 años. Los mejores resultados se obtuvieron en el control del primer año (Figura 1).

Los pacientes con resultados muy malos (-1 a 3 puntos) tuvieron una distribución bimodal, presentándose con mayor frecuencia en el primer control (30 días) y observándose un importante incremento en el control de los 2 años, y la causa de este incremento fue el desarrollo de inguinodinia. Los pacientes con resultados muy buenos se presentaron con frecuencia en el primer control, su

Tabla 6
PUNTAJE DEL ICRHL

<i>Puntos</i>	<i>Control 30 días</i>		<i>Control 6 meses</i>		<i>Control 1 año</i>		<i>Control 2 años</i>	
	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
-1	2	(1,8)	—	—	—	—	—	—
0	—	—	—	—	—	—	8	(7,1)
1	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	2	(1,8)	2	(1,8)	1	(0,9)
3	3	(2,7)	—	—	—	—	2	(1,8)
4	1	(0,9)	2	(1,8)	3	(2,7)	2	(1,8)
5	1	(0,9)	2	(1,8)	2	(1,8)	—	—
6	4	(3,6)	1	(0,9)	1	(0,9)	3	(2,7)
7	6	(5,4)	5	(4,5)	3	(2,7)	3	(2,7)
8	15	(13,4)	9	(8)	7	(6,3)	7	(6,3)
9	31	(27,7)	12	(10,7)	11	(9,8)	8	(7)
10	34	(30,4)	37	(33)	29	(26)	28	(25)
11	15	(13,4)	42	(37,5)	54	(48,2)	50	(44,6)

Tabla 7
RESULTADOS DEL ICCRHL

Puntos y resultados	Control 30 días n (%)	Control 6 meses n (%)	Control 1 año n (%)	Control 2 años n (%)
-1-3: Muy malos	5 (4,5)	2 (1,8)	2 (1,8)	11 (9,8)
4-5: Malos	2 (1,8)	4 (3,6)	5 (4,5)	2 (1,8)
6-7: Buenos	10 (9)	6 (5,4)	4 (3,6)	6 (5,4)
8-9: Muy buenos	46 (41)	21 (18,7)	18 (16)	15 (13,3)
10-11: Excelentes	49 (43,8)	79 (70,5)	83 (74,2)	78 (69,6)
Promedio*	8,8 ± 2,1	9,6 ± 1,8	9,7 ± 1,9	9,1 ± 3,1

– Control 6 meses y 1 año vs control 30 días: p<0,0001.

– Control 30 días vs control 2 años: p 0,357.

– Control 6 meses vs control 1 año: p 0,159.

– Control 6 meses vs control 2 años: p 0,033.

– Control 1 año vs control 2 años: p 0,007.

número disminuyó progresivamente en los controles subsiguientes. Los pacientes con resultados excelentes se presentaron con una frecuencia similar a los pacientes con resultados muy buenos en el primer control, en los siguientes controles incrementaron su número favorecidos por los mejores resultados reportados por los pacientes que en controles previos tenían resultados muy buenos. Los mejores resultados se obtuvieron en el control del primer año, posteriormente algunos pacientes desarrollaron inguinodinia disminuyendo el número de pacientes con resultados excelentes.

La pregunta 6 del ICCRHL investiga la satisfacción del paciente con su cirugía; a los 30 días; 5 pacientes no estuvieron satisfechos, este número se incrementó a 7 en el control del primer año y a 14 en el control del segundo año (Figura 2); las razones referidas en los controles de los 30 días y 6 meses fueron principalmente las complicaciones sufridas, y en los controles del primer y segundo año el desarrollo de inguinodinia. La pregunta 7 explora la disposición del paciente hacia una nueva

cirugía de hernia, en los primeros controles entre 18 y 19 pacientes no estuvieron dispuestos a operarse nuevamente. En el control de los 2 años, 30 pacientes negaron la posibilidad de una nueva cirugía (Figura 3). La razón principal fue la edad avanzada en los controles de los 30 días, 6 meses y 1 año. En el control de los 2 años, la razón más

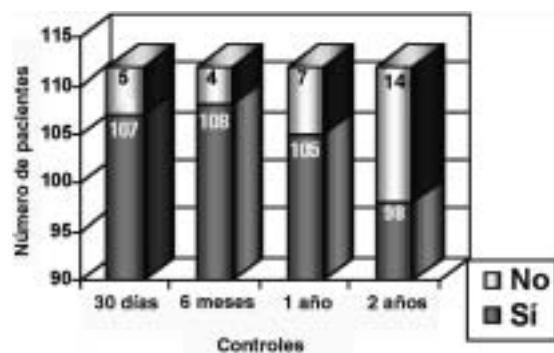


Figura 2. Pregunta 6: ¿Esta Ud. satisfecho con su cirugía?

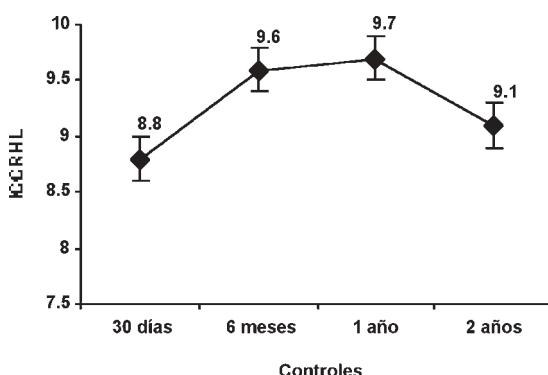


Figura 1. Resultados del ICCRHL según el promedio final.

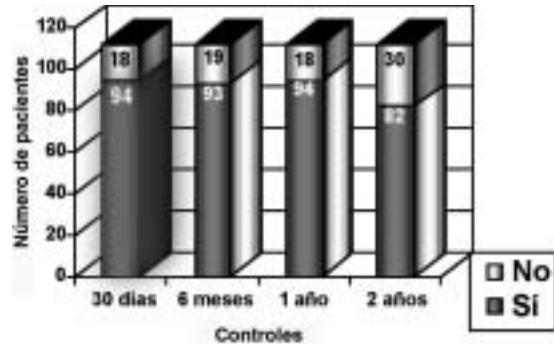


Figura 3. Pregunta 7: ¿Se operaría Ud. de la misma cirugía otra vez?

frecuente para no aceptar una nueva cirugía fue la presencia de inguinodinia. Se presentó una recurrencia en el segundo año después de la cirugía en un paciente de 32 años, fumador y consumidor de alcohol, con un IMC de 32,4; la operación inicial fue por una hernia tipo 4 y la realizó un cirujano con más de 20 años de experiencia, el material de fijación de la prótesis fue Poliglactina 00 y en la técnica de fijación se utilizaron puntos separados y continuos.

DISCUSIÓN

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud fue desarrollado aproximadamente 40 años atrás, sin embargo su aplicación práctica en la evaluación de los resultados de la cirugía por hernia inguinal es muy reciente¹. Podemos encontrar este concepto en estudios muy diversos. Algunos analizan los factores que influyen en el retorno del paciente a las actividades diarias después de una cirugía herniaria^{4,7}, otros investigan el rol de la inguinodinia en la satisfacción del paciente con su cirugía^{6,9,17-19}. El cuestionario genérico de salud abreviado (SF-36) es frecuentemente empleado en muchos estudios^{1,4,8} y también se han aplicado simples cuestionarios indagando la satisfacción subjetiva del paciente con su cirugía^{10,20}. Tomando en cuenta estas experiencias desarrollamos el ICCRHL^{2,3}, el cual considera los conceptos de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y evalúa mediante preguntas simples la percepción subjetiva del paciente respecto a su cirugía y los resultados objetivos de la misma. Creemos que una cirugía reparativa y funcional como es la hernioplastía inguinal, evoluciona en sus resultados a lo largo del tiempo (como ocurre en el caso de la cirugía por reflujo gastroesofágico). La aplicación del ICCRHL en varios estudios buscando respuestas a preguntas frecuentes en cirugía herniaria¹¹⁻¹⁴, nos llevó a formularnos otra pregunta: ¿Son los resultados de la cirugía inguinal similares con el paso del tiempo en un mismo paciente? Creemos que no, y para responder a esta pregunta utilizamos el ICCRHL en este estudio prospectivo a corto plazo.

La cohorte fue muy heterogénea respecto a la edad e IMC de los pacientes que la componen. Algunos factores de riesgo reconocidos para el desarrollo o recurrencia de la hernia inguinal, además de los defectos del metabolismo del colágeno, son un IMC mayor a 30 Kg/m², edad mayor a 71 años¹¹ consumo habitual de tabaco y alcohol; todos ellos presentes en muchos de nuestros pacientes. La co-morbilidad encontrada y los

antecedentes quirúrgicos son similares a los reportados en diferentes series^{1-3,11-14,21}. Todos estos hallazgos confirman nuestra experiencia, así como la de otros autores. La clínica habitual de la hernia inguinal deriva de la presencia física del saco herniario y su contenido, los síntomas se refieren a las molestias, dolor o deficiencias causadas por la presencia de la hernia^{6,22-25}. Este hecho fue evidenciado por nuestros pacientes quienes al ser interrogados sobre sus síntomas se refirieron al dolor en la zona inguinal o a las dificultades causadas por su hernia. Es curioso notar que el dolor inguinal preoperatorio se reporta habitualmente en 30% a 66% de los pacientes con hernia inguinal²⁶, en la presente cohorte este fue el síntoma más frecuentemente referido por los pacientes (81% de los casos).

La morbilidad inmediata de la cirugía fue elevada (39%) y sin embargo relativamente leve, las complicaciones presentadas son las que habitualmente se describen^{2,3,6,9,11-14,18,21,25}. Respecto a las complicaciones mediatas, destaca el desarrollo de inguinodinia en 7 pacientes, la cual se resolvió rápidamente en 5 casos quedando 2 pacientes con una fuente permanente no invalidante de dolor inguinal. Estos 2 casos, sumados al desarrollo de inguinodinia tardía en 13 pacientes, la cual persiste en todos ellos, influyeron negativamente en los resultados del ICCRHL en el control de los 2 años. Este hecho demuestra la importancia de la evaluación periódica de los pacientes operados por hernia inguinal y la importancia del seguimiento a largo plazo, probablemente estos resultados serán diferentes en los próximos controles (3, 4, 5 o más años); en nuestra experiencia los resultados excelentes a 5 años o más son reportados por 83% de los pacientes y los resultados muy malos por 1,6%^{2,3}, cifras muy diferentes al 70% de resultados excelentes y 10% de resultados muy malos reportados en el presente estudio. Una reciente publicación del grupo de Bay-Nielsen y Kehlet¹⁹ evalúa la inguinodinia funcionalmente inhabilitante 6 años después de la cirugía herniaria en pacientes jóvenes; este estudio sugiere que la inguinodinia que se desarrolla en el postoperatorio de algunos pacientes puede ser inhabilitante en una importante proporción (38,6% de los pacientes afectados); otra de las conclusiones de este estudio dice que la inguinodinia disminuye con el paso del tiempo en 76% de los casos que la presentan en el primer año después de la cirugía, estos hallazgos apoyan los resultados de nuestros estudios previos, en los que la persistencia de inguinodinia entre 3 y 7 años después de la cirugía varió entre 1,2% y 1,5%^{2,3,11-14}; y los resultados de esta cohorte en los que la incidencia

de inguinodinia aumentó de 6,3% en el primer año a 11,6% a los 2 años de la operación.

Además de la inguinodinia, las preguntas 6 y 7 del ICCRHL, evalúan otros aspectos importantes de la satisfacción del paciente con su cirugía que influyen en el resultado global de la intervención. La satisfacción subjetiva del paciente con su cirugía, evaluada por la pregunta 6, demuestra que la insatisfacción del paciente en los primeros meses después de la cirugía se debe a las complicaciones sufridas en el postoperatorio; a pesar de que desde el punto de vista del cirujano estas complicaciones pueden considerarse como relativamente menores, para el paciente son una causa importante de ansiedad y consiguiente insatisfacción²⁰. El incremento de pacientes insatisfechos en el control del primer año y de los 2 años se debe al desarrollo de inguinodinia, la cual constituye una causa importante de insatisfacción con la cirugía¹⁷⁻²⁰. La disposición del paciente hacia una nueva cirugía constituye otro aspecto que evalúa la calidad y los resultados de la cirugía inicial por hernia inguinal⁷. Durante los primeros controles el número de pacientes que no se operaría nuevamente se mantuvo constante y la razón principal para rechazar una nueva cirugía fue la edad avanzada; en el control de los 2 años, este número de pacientes renuentes aumentó en casi un 50% debido principalmente al desarrollo de inguinodinia.

CONCLUSIONES

De acuerdo al ICCRHL, los resultados de la cirugía por hernia inguinal con la técnica de Lichtenstein son diferentes según el momento del tiempo en el cual son medidos. Este hecho demuestra que los resultados de una cirugía funcional como la hernioplastía inguinal son dinámicos y sufren cambios importantes con el tiempo.

REFERENCIAS

- Burney RE, Jones KR, Coon JW, Blewitt DK, Herm A, Peterson M. Core outcomes measures for inguinal hernia repair. *J Am Coll Surg* 1997; 185: 509-515.
- Beltrán MA, Burgos CC, Paredes MF, Martínez HG, Larenas RU, Tapia TFQ, et al. Resultados y seguimiento alejado de la hernioplastía de Lichtenstein: Aplicación de un instrumento cualitativo y cuantitativo de medición. *Rev Chil Cir* 2005; 57: 320-329.
- Beltrán MA, Burgos C, Almonacid J, Larenas R, Tapia TF, Vivencio A, et al. Long-term follow-up of tension-free Lichtenstein hernioplasty: Application of a qualitative-and-quantitative measurement instrument. *Hernia* 2005; 9: 368-374.
- Jones KR, Burney RE, Peterson M, Christy B. Return to work after inguinal hernia repair. *Surgery* 2001; 129: 128-135.
- Welty G, Klinge U, Klosterhalfen B, Kasperk R, Schumpelick V. Functional impairment and complaints following incisional hernia repair with different polypropylene meshes. *Hernia* 2001; 5: 142-147.
- Kehlet H, Bay-Nielsen M, Kingsnorth A. Chronic postherniorrhaphy pain - A call for uniform assessment. *Hernia* 2002; 6: 178-181.
- Bowley DM, Butler M, Shaw S, Kingsnorth AN. Dispositional pessimism predicts delayed return to normal activities after inguinal hernia operation. *Surgery* 2003; 133: 141-146.
- Koc M, Aslar AK, Yoldas O, Ertan T, Kilic M, Gocmen E. Comparison of Quality-of-life outcomes of Stoppa vs bilateral Lichtenstein procedure. *Hernia* 2004; 8: 53-55.
- Fujita F, Lahmann B, Otsuka K, Lyass S, Hiatt JR, Phillips EH. Quantification of pain and satisfaction following laparoscopic and open hernia repair. *Arch Surg* 2004; 139: 596-602.
- Lau H. Patient's perception of open and endoscopic extraperitoneal inguinal hernioplasty. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14: 219-221.
- Beltrán MA, Cruces KS. The outcomes of open tension-free hernioplasty in elderly patients. *Hernia* 2006; 10: 395-400.
- Beltrán MA, Cruces KS. Are the outcomes of emergency Lichtenstein hernioplasty similar to the outcomes of elective Lichtenstein hernioplasty? *Int J Surg* 2007; 5: 198-204.
- Beltrán MA, Cruces KS, Tapia TFQ, Vicencio A. Resultados quirúrgicos de la hernioplastía de Lichtenstein de urgencia. *Rev Chil Cir* 2006; 58: 330-335.
- Beltrán MA, Cruces KS. Outcomes of Lichtenstein hernioplasty for primary and recurrent inguinal hernia. *World J Surg* 2006; 30: 2281-2287.
- Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *Am J Surg* 1989; 157: 331-334.
- Rutkow IM, Robbins AW. "Tension-free" inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the "mesh-plug" technique. *Surgery* 1993; 114: 3-7.
- Perkins FM, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery. *Anesthesiology* 2000; 93: 1123-1133.
- Lau H, Patil NG. Acute pain after endoscopic totally extraperitoneal (TEP) inguinal hernioplasty: Multivariate analysis of predictive factors. *Surg Endosc* 2004; 18: 92-96.
- Aasvang EK, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Pain and functional impairment 6 years after inguinal herniorrhaphy. *Hernia* 2006; 10: 316-321.
- Fränneby U, Gunnarsson U, Wollert S, Sandblom G. Discordance between the patient's and surgeon's perception of complications following hernia surgery. *Hernia* 2005; 9: 145-149.
- Hernández-Granados P, Quintáns-Rodríguez A. Early complications in tension-free hernioplasty: Compa-

- rison between ambulatory and short-stay surgery. *Hernia* 2000; 4: 238-241.
22. Verstraete L, Swannet H. Long-term follow-up after Lichtenstein hernioplasty in a general surgical unit. *Hernia* 2003; 7: 185-190.
 23. Heise CP, Starling JR. Mesh inguinodynbia: A new clinical syndrome after inguinal herniorrhaphy? *J Am Coll Surg* 1998; 187: 514-518.
 24. Bay-Nielsen M, Nilsson E, Nordin P, Kehlet H. Chronic pain after open mesh and sutured repair of indirect inguinal hernia in young males. *Br J Surg* 2004; 91: 1372-1376.
 25. Riley KD, Lilly MC, Arregui ME. Management of complications following inguinal hernia repair. *Prob Gen Surg* 2002; 19: 97-108.
 26. Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter JN, O'Dwyer PJ. What effect does the duration of an inguinal hernia have on patient's symptoms? *J Am Coll Surg* 2001; 193: 125-129.

INFORME

Desde el inicio de la cirugía moderna de las hernias inguinales, es decir desde la época de Bassini, el tema de la recurrencia herniaria fue y sigue siendo una de las principales, sino la más importante manera de medir el éxito de las diferentes técnicas de hernioplastia. Sin embargo, desde la implementación masiva del uso de mallas protésicas para realizar técnicas sin tensión con cirugías estandarizadas, las recurrencias han disminuido a niveles mínimos de 0 a 2% en promedio.

Es así como toman relevancia otros parámetros para evaluar el éxito de estas técnicas, especialmente en relación al resultado funcional a mediano y largo plazo. Hoy en día, la inguinodinia post operatoria crónica se ha constituido en el mayor problema a largo plazo en los pacientes operados de hernia inguinal, apareciendo entre el 1 al 32% en las distintas series tales como los estudios de Bay-Nielsen de Dinamarca. Para evaluar los resultados funcionales y en general la evolución a largo plazo de estos pacientes se han usado distintos cuestionarios de Calidad de Vida. El uso de un instrumento estandarizado y validado es básico para este fin. Las últimas publicaciones del grupo de Gunnarson de la Universidad de Lund de Abril del 2008 presentan la validación y utilidad de estos cuestionarios en los pacientes sometidos a cirugía.

El Dr. Beltrán presenta un trabajo interesante y distinto en relación a la cirugía de hernias, enfocado específicamente en la evaluación funcional a corto plazo de una cohorte de pacientes operados de hernia inguinal con una técnica específica, Hernioplastia tipo Lichtenstein. Basado en un cuestionario original, desarrollado por el autor y previamente validado y publicado en Chile y revistas como *Hernia* y *World J Surgery* desde 2003, el Dr. Beltrán nos presenta el resultado a corto plazo de un grupo de pacientes operados en su institución.

En este estudio, se presentan 121 pacientes, logrando un seguimiento completo en el 92,5% de ellos, lo cual de por sí es un logro para nuestro

medio. Desde el punto de vista formal, los objetivos plantados son coherentes con el desarrollo del trabajo, así como el uso de las herramientas estadísticas parece adecuado. En los resultados, el autor nos describe diversos parámetros tales como sintomatología previa, y dentro de ello, la presencia de dolor inguinal, presente en un alto porcentaje de los pacientes. Llama la atención este hecho, calificado por el autor como "inguinodinia", ya que en diversas publicaciones, el dolor persistente secundario a la presencia de una hernia inguinal no operada es habitualmente menor, específicamente la presencia de dolor crónico, no así el dolor o molestias esporádicas asociadas a la hernia inguinal. Asimismo se ha descrito que la presencia de inguinodinia crónica en el pre operatorio es un factor de mal pronóstico del punto de vista funcional en ese grupo de pacientes, encontrándose en hasta el 50% de los pacientes con inguinodinia crónica postoperatoria el antecedente de dolor pre operatorio crónico (*Annals of the Royal College of Surgeons of England* 2007; 89: 218-220), hecho que modifica sustantivamente los resultados a mediano y largo plazo. Del punto de vista quirúrgico, si bien se indica el uso de la técnica de Lichtenstein, se describen distintas variaciones técnicas en cuanto al tamaño de la malla, método de fijación, etc., factores que se ha demostrado previamente inciden en los resultados finales, tales como recidiva y dolor post operatorio. Es por esto que aparece como necesaria una real estandarización de la técnica para validar estos resultados. El porcentaje de complicaciones aparece alto en comparación de otras series, con un 39%, a pesar de que se incluyen complicaciones menores, tales como equimosis o hematomas menores. Sin embargo llama la atención el número de pacientes que presentan retención urinaria (22,4%) casi 4 veces el promedio habitual. Este hecho pudiese ser atribuido al manejo perioperatorio de estos pacientes. El uso del instrumento descrito por el autor le permite evaluar

en forma mas objetiva la evolución funcional de este grupo de enfermos. Demuestra que en un grupo mayoritario de los casos (70%) los resultados calificados por puntaje como excelentes se mantienen en el tiempo. Sin embargo los malos resultados calificados como tales por los mismos pacientes se presentan en un porcentaje alto (10%). Compara estos resultados con estudios propios previos que presentan un mejor resultado a mediano plazo. El principal hecho negativo en la evolución y evaluación es la presencia y/o aparición de inguinodinia crónica, la cual se correlaciona con bajos puntajes de satisfacción y menor aceptación del la cirugía como un evento posible en el futuro. Una situación interesante es la bi-modalidad en la presencia de altos grados de insatisfacción de sus pacientes, con alza a nivel de las primeras evaluaciones y de los controles tardíos. Si bien es cierto el dolor localizado en el post operatorio inmediato y mediato es un hecho conocido, la presencia de complicaciones tempranas descritas explica este hecho. La aparición o persistencia de inguinodinia a largo plazo es una de las situaciones más complejas en los pacientes sometidos a cirugía herniaria con prótesis, debido a las implicancias en calidad de vida y posibilidades terapéuticas. Y debe ser reconocido como un índice de éxito o fracaso en este grupo de pacientes más allá de los índices de recurrencia. La baja recurrencia en este grupo de pacientes permitiría avalar los resultados de un equipo con interés específico en esta patología y demuestra la necesidad de protocolizar los tratamientos para un mejor resultado, sin embargo, esta es una serie no mayor y estos son resultados a corto plazo, por lo cual deberían ser reevaluados a largo plazo y con un mayor número de pacientes. En la discusión, el autor se refiere a la necesidad e importancia de contar con un instrumento de medición de calidad

de vida para la evaluación objetiva y subjetiva de los pacientes, así como en el concepto de la evolutividad de los resultados en el tiempo, lo cual enfatiza la necesidad de seguimiento a largo plazo en este tipo de pacientes. El trabajo presentado por el Dr. Beltrán es una muestra de la aplicación del uso de nuevos instrumentos y miradas a una patología y una cirugía habitual. El enfoque de evaluar los resultados de esta manera aparece coherente con la evolución de la cirugía, en la cual no solo debemos preocuparnos de los resultados locales sino también del bienestar psicosocial de nuestros enfermos. El uso de este tipo de instrumentos es un aporte interesante para nuestro medio, e independientemente de los resultados quirúrgicos de esta serie, los cuales debiesen ser evaluados y conducir a realizar los cambios en la terapéutica quirúrgica si fuese necesario, la presentación de este tipo de trabajos debería ser un hecho corriente dentro de los estudios quirúrgicos en nuestro medio. El Dr. Beltrán es un cirujano que ha demostrado su interés en la actividad científica, participando activamente en los congresos de cirugía nacionales, siendo merecedor de premios por trabajos presentados en los últimos años; asimismo ha demostrado su interés en una patología de alta prevalencia en nuestro medio como lo son las hernias de la pared abdominal.

Sr. Presidente, el Dr. Beltrán es un cirujano activo, nos ha presentado un interesante trabajo que creo es un aporte en la cirugía de hernias de la pared abdominal y cumple los requisitos para ser aceptado como miembro de nuestra sociedad, por lo cual recomiendo su aceptación como miembro titular de la Sociedad de Cirujanos de Chile.

Dr. CLAUDIO WAINSTEIN G.
Clínica Las Condes