

## Carta al director

# Clasificación de la hernia inguinal recurrente: entre luces y sombras

## *Classification of recurrent inguinal hernia: between light and shadows*



Sr. director,

El objetivo principal de cualquier sistema de clasificación de enfermedades es dividir u ordenar en clases un conjunto de características propias de una afección a partir de un criterio determinado. En la hernia inguinal recurrente se impone una clasificación que permita, dada la gran cantidad de técnicas quirúrgicas y sus variaciones, realizar comparaciones razonables entre las estrategias de tratamiento. ¿Qué características debe tener un sistema de clasificación de la hernia inguinal recurrente para considerarse ideal? Sobre todo, que sea simple (fácil de memorizar), reproducible por cirujanos generales y por especialistas en hernia y que tenga utilidad en la práctica<sup>1</sup>.

En este último punto, hay autores que recomiendan que las clasificaciones se utilicen para individualizar la técnica de reparación según el tipo específico de hernia que presente cada paciente. Otros siguen la corriente de la estandarización y mencionan que, independientemente del tipo de hernia que se presente, el manejo será siempre con la misma técnica, y alegan que estas clasificaciones solo deben usarse para comparar los resultados de cada tipo de hernia con las diferentes técnicas<sup>2</sup>.

López Rodríguez y cols.<sup>3</sup> mencionan la clasificación de Gilbert, modificada por Rutkow y Robbins al agregar el tipo VI para definir las hernias mixtas o en pantalón y el tipo VII para las hernias femorales. Cuando se trata de hernias recurrentes, se utiliza la misma clasificación, pero se agrega el hecho de que es recurrente. Es fácil de recordar y es objetiva, aunque le faltaría hacer una diferenciación entre los diferentes tipos de hernias recidivantes<sup>2</sup>.

Nyhus, en 1991, citado por Sanders y cols.<sup>4</sup>, describió una clasificación para las hernias primarias y recurrentes sustentada por sus conocimientos en el acceso posterior y apoyándose en hallazgos transoperatorios. Esta clasificación diferencia bien entre los tipos de hernia, el tamaño del defecto herniario y las condiciones del piso inguinal. Su desventaja se centra en el hecho de que es un poco compleja, porque incluye subtipos y utiliza términos subje-

tivos como *normal, grande, pequeño, dilatado y desplazado*, que cada cirujano interpreta de diferente manera, lo que hace que no sea totalmente similar en cada serie<sup>2</sup>. Además, en las de tipo IV o recurrentes no tiene en cuenta el número de recurrencias, el uso previo o no de material protésico y el abordaje quirúrgico previo.

Abraham<sup>5</sup> describió en su libro una clasificación, publicada por Campanelli en 1996, para las hernias recurrentes de la ingle. Se considera de utilidad, no solo por clasificar la hernia, sino por proponer una estrategia quirúrgica según sea el sitio de la recidiva y las veces que ha ocurrido. Esta clasificación y el enfoque propuesto tienen en cuenta el hecho de que la mayoría de las recurrencias son posteriores a un abordaje anterior. Otra de sus ventajas es que tiene en cuenta, en el tipo R3, las hernias recurrentes complejas y los factores agravantes, como la obesidad, que no se incluyen fácilmente en R1 o R2 después de la reparación tisular o protésica.

El grupo HerniaSurge<sup>6</sup> menciona que el último intento de clasificación para las hernias primarias y recurrentes de la ingle se debe a la Sociedad Europea de Hernia, y sugiere que se use este sistema, ya que cumple con la mayoría de los requisitos y es relativamente fácil de usar. Una de sus desventajas es que no se desarrolló para clasificar los tipos de hernia preoperatoriamente. Esta clasificación evalúa la localización anatómica, si es primaria o recurrente y el tamaño del defecto del orificio herniario<sup>7</sup>. Como desventaja, al clasificar las recurrentes, no tiene en cuenta el número de recurrencias, el uso previo o no de material protésico y el abordaje quirúrgico previo.

La mayoría de las clasificaciones actuales tienen en cuenta la localización anatómica (directa, indirecta o femoral) y la función anatómica (competencia del anillo inguinal profundo, integridad de la pared posterior, medida del defecto herniario y descenso del saco indirecto). Sin embargo, en la hernia inguinal recurrente sería oportuno considerar el número de recurrencias, el uso previo o no de material protésico y el abordaje quirúrgico previo.

Los intentos por tener una clasificación universalmente aceptada se tornan difíciles debido en parte a los intereses de tipo

personal y comercial. El sistema de clasificación para la hernia inguinal recurrente está sumido en cierta controversia y desacuerdo. Por ahora no hay consenso entre los cirujanos generales o los especialistas en hernia sobre un sistema predilecto. Sería prudente unificar criterios y validar un sistema de clasificación único para informar acerca de la toma de decisiones en este tipo de hernia, sobre todo en los casos complejos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cuccurullo D, Reggio S. Classification of Inguinal and Abdominal Wall Hernia. En: Campanelli G, editor. *The Art of Hernia Surgery*. Switzerland: Springer; 2018. p. 27-8.
2. Mayagoitia JC. Clasificación de las hernias inguinales. En: Mayagoitia JC, Cisneros HA, Ramírez LR, editores. *Hernias de la pared abdominal. Tratamiento actual*. 3.<sup>a</sup> ed. México: Editorial Alfil; 2015. p. 151-5.
3. López Rodríguez PR, Molina Fernández E, del Campo Abad R. Reparación de la hernia inguinal. En: Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, editores. *Cirugía. Afecciones quirúrgicas frecuentes*. La Habana: Ecimed; 2018. p. 27.
4. Sanders DL, Ide KA, Conze J. Anterior Open Repair of Inguinal Hernia in Adults. En: Leblanc KA, Kingsnorth A, Sanders DL, editores. *Management of Abdominal Hernias*. 5<sup>th</sup> ed. Switzerland: Springer; 2018. p. 212.
5. Abraham JF. *Cirugía de las hernias de la pared abdominal*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
6. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22:11-3. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x
7. Lorenz R, Stechemesser B, Reinhold W. Miscellaneous. En: Schumpelick V, Arlt G, Conze J, editores. *Hernia Surgery*. 5th ed. Germany: Thieme; 2019. p. 322.

Fernando Karel Fonseca Sosa

Servicio de Cirugía General. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma (Cuba)

Correo electrónico: [ffonsecasosa@gmail.com](mailto:ffonsecasosa@gmail.com)

2255-2677/© 2022 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.  
Publicado por Arán Ediciones, S.L.  
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).  
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00379>