

Editorial

Plastia inguinal laparoscópica, la gran desestimada

The usually dismissed laparoscopic inguinal plasty



A primera vista, el título parece despectivo, pero no lo es. En el ámbito de la cirugía de mínimo acceso, la plastia inguinal es la gran desestimada y la que ha afrontado más dificultades para encontrar un sitio similar al de otras cirugías endoscópicas.

A diferencia de muchos procedimientos que al poco tiempo de su aparición se colocaron en el inventario quirúrgico de primera elección, como la colecistectomía o la cirugía antireflujo, otros generaban gran controversia, pero a la larga también ganaron los primeros lugares, como la colectomía o la apendicectomía. Algunos procedimientos como la cirugía bariátrica, que inicialmente muchos contraindicaban realizarla mediante laparoscopia, o aquellos que francamente se antojaban poco probables de ser efectuados por este abordaje como las pancreatomecías totales. Casi cuarenta años después de su aparición, la reparación inguinal endoscópica sigue en desventaja entre las preferencias de los cirujanos en comparación con otros muchos procedimientos endoscópicos.

En la mayoría de los países se desconoce la frecuencia real de la práctica de la hernioplastia por mínimo acceso. En África hay algunos en los que no se practica, ya que la mayor preocupación es que aún se producen numerosas muertes casi a diario en comunidades rurales remotas debido a la falta de atención quirúrgica adecuada para la hernia inguinal¹.

En 2015 llevamos a cabo en México una encuesta dirigida a todos los cirujanos generales que se respondió a través de las plataformas electrónicas de las dos principales asociaciones quirúrgicas del país (una de las cuales es de cirujanos que practican cirugía de mínimo acceso, lo que puede acarrear cierto sesgo). Obtuvimos 1018 participantes, un récord en relación con el número de cirujanos generales registrados en el país y en relación con las encuestas de este tipo. De ellos, solo el 26.3 % contestó que practicaba de manera rutinaria la plastia inguinal por vía endoscópica. En países con mayor desarrollo que cuentan con estadísticas fidedignas a través de registros obligatorios nacionales, la frecuencia de esta práctica, aunque variable, ha aumentado mucho en los últimos años. The Hernia Surge Group publicó en el 2018 los resultados de las plastias de hernia inguinal por

laparoscopia en diferentes países europeos: Suecia reportó un 28 %; Suiza, un 40 % y Holanda, un 45 %. Algunos, sin embargo, superan ya el 50 %, como Australia (55 %) y Alemania (65 %)². Pero, de nuevo, comparada con otras cirugías de acceso mínimo, la reparación herniaria es la que proporcionalmente menos ha incrementado su implementación.

Así pues, vale la pena hacer un análisis reflexivo sobre las posibles causas de esta realidad, no para hacer una apología (aunque vale la pena aclarar que, después de casi treinta años de experiencia practicándola, estoy convencido de sus ventajas, por lo que la realizo rutinariamente), sino porque constituye una excepción en la cirugía de mínimo acceso y tiene un interés práctico evaluar de manera objetiva lo que ha acontecido más de tres décadas después de su aparición, tanto para sus defensores como para sus detractores, con uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en el mundo.

Su origen fue sin duda diferente a cualquier otra cirugía de mínimo acceso que reprodujo su contraparte abierta. El primer reporte fue el de Ralph Ger en 1982, varios años antes de la aceptación y expansión de la colecistectomía laparoscópica. Su técnica consistía en el cierre simple del saco peritoneal con grapas metálicas. Esto era totalmente distinto a las cirugías de la plastia abierta regularmente practicadas y aceptadas que, con modificaciones, venían realizándose casi cien años antes a partir de los trabajos de Bassini, quien reducía el saco herniario y aproximaba con sutura los componentes músculo-aponeuróticos del piso inguinal. El cambio vino a partir de los años sesenta con el reforzamiento con material protésico de la pared inguinal. Este inusitado inicio propuesto por Ger atrajo el rechazo general de la comunidad quirúrgica porque se consideraba que esta cirugía se apartaba mucho de los cánones aceptados.

Unos años más tarde, a comienzos de los años noventa, su introducción fue más formal, pero también fue diferente a otros procedimientos laparoscópicos que iniciaban su auge en aquella época. Con poco tiempo de diferencia, se dieron tres versiones distintas de la técnica para reparar los defectos herniarios utilizando material pro-

tésico. La primera, utilizada por Fitzgibbons, llamada IPOM por sus siglas en inglés y que consistía en colocar la malla de PTFEe o de polipropileno sobre el peritoneo del orificio de la hernia, dejaba el material protésico expuesto a las vísceras, lo que preocupaba por la posibilidad de complicaciones por adherencias.

La técnica transabdominal preperitoneal (TAPP) se diseñó para perfeccionar el procedimiento y corregir esta posibilidad. Se seccionaba y se disecaba el peritoneo parietal con el saco herniario desde el interior de la cavidad abdominal para exponer el área, extirpando los lipomas preherniarios, cubriendo con la malla todos los posibles sitios de herniación y suturando posteriormente el peritoneo. Sin embargo, para muchos generaba la inquietud de entrar a la cavidad peritoneal, con los riesgos potenciales que conlleva, y comparada con la cirugía abierta, que está exenta de este problema. Asimismo, para algunos la sutura endoscópica del peritoneo entraña cierta dificultad. Por ello surgió, por último, la técnica endoscópica totalmente extraperitoneal (TEP), que, disecando el área preperitoneal desde el inicio, reduce el saco herniario colocando la malla protésica y cubriendo toda la región sin tener que suturar el peritoneo. Este, intacto, regresa a su sitio al retirar el CO₂. Aunque la primera de estas alternativas pronto pasó al olvido, la contienda entre los promotores de las dos últimas generó conflicto entre los cirujanos indecisos, que, finalmente, optaban por no iniciarse en ninguna de las dos.

Una diferencia más, y quizás una de las más importantes y definitivas, es la anatomía quirúrgica de la zona posterior de la ingle. Si bien la región inguinal genera en los cirujanos noveles, e incluso en algunos más experimentados, aprietos con las múltiples estructuras anatómicas que se encuentran en el abordaje anterior, el abordaje posterior de la región inguinal expone una zona que generalmente es mucho menos conocida, lo que supone un desafío para quien no está dispuesto a familiarizarse con ella ni a practicar esta cirugía de forma habitual y que lo haya intentado solo en contadas ocasiones. Elementos anatómicos importantes, como los vasos ilíacos, que en la vía anterior no se visualizan, en el abordaje posterior son la regla y deben disecarse de forma metódica para colocar la malla adecuadamente. Esto lleva a otra consideración derivada: mientras otros procedimientos de mínimo acceso tienen una curva de aprendizaje más corta, ya que las técnicas quirúrgicas en sí cambian muy poco o nada (excepto la visión), la hernioplastia endoscópica entraña una curva de aprendizaje más larga, tanto por las diferencias anatómicas como por la técnica que se adopte. Esto implica la necesidad de asistir a más cursos o tutorías que en el caso de otras cirugías menos exigentes, ya que el procedimiento en sí es prácticamente el mismo al que están acostumbrados los cirujanos.

Por otra parte, las nuevas técnicas de mínimo acceso en los diferentes campos quirúrgicos no estaban exentas de complicaciones y generaron, por supuesto, inquietud. En general, eran complicaciones ya conocidas de la cirugía abierta, como la siempre temida lesión de la vía biliar en la colecistectomía. Incluso algunas de las complicaciones habituales de los procedimientos abiertos, como las pulmonares o las infecciones de las heridas, o las específicas, como la lesión esplénica, que amerita esplenectomía incidental en la cirugía de hiato, tendieron a disminuir cuando se practicaban por mínimo acceso. Sin embargo, en el caso de la hernia, se conocieron nuevas complicaciones, como la meralgia parestésica por atrapamiento del nervio femorocutáneo lateral, y otras de importancia que generaron temor y rechazo. En algunos casos, incluso motivaron demandas legales azuzadas por los detractores del método con argumentos como que, lejos de ser de mínima, la invasión en el caso de la plastia inguinal laparoscópica

era lo contrario o que el procedimiento era experimental. Algunos reportes de la literatura también contribuían a la desconfianza en cuanto a su seguridad³.

La recidiva de la hernia es un punto fundamental para considerar la eficacia del método sin que importe de qué técnica se trate. En esta curva de aprendizaje varios de los factores mencionados anteriormente influyeron en que se hicieran muy aparentes y notorias las recidivas del procedimiento endoscópico, que estaba en evolución. Factores que se desconocían, como una disección limitada o inadecuada, la falta de disección de los lipomas preherniarios, las mallas pequeñas e insuficientes para el tamaño del defecto, así como su fijación, y la falta de estandarización de la técnica, entre otras causas de tales recidivas, también alejaron a los indecisos.

Algunos cirujanos, acostumbrados a realizar la plastia inguinal de manera ambulatoria con anestesia local, consideraron desfavorable el cambio a anestesia general, razón por la que no optaron por la laparoscopia. Este factor entra en el grupo de otra consideración de importancia, como es el aspecto económico, que también ha contribuido a la menor aceptación de este frente a otros procedimientos. En general, el coste hospitalario de la plastia endoscópica comparado con cualquier otra técnica de reparación abierta de la hernia es más elevado, a lo que se suman las diferencias en los recursos materiales y en las capacidades logísticas a las que se enfrentan los cirujanos en sus contextos locales. En la actualidad, es un hecho también que, en ciertos lugares, el procedimiento endoscópico se encuentra excluido de la cobertura de las aseguradoras, y este es un elemento más que a muchos les impide, quizá no por falta de ganas, sino de posibilidades, llevarla a cabo.

Con todos estos hechos, que en mayor o menor grado han contribuido a esta situación, parecería que hay suficientes argumentos para justificar la conducta de los cirujanos que no la practican. La realidad muestra sin embargo que, aunque lentamente, la frecuencia con la que se realiza va en aumento, principalmente en los países con mayor desarrollo, como lo muestran los que tienen registros más precisos para poder comparar. Cabe destacar especialmente el caso de Corea del Sur, que entre 2007 y 2015 ha reportado un aumento drástico del porcentaje, del 2.4 % al 29.5 %, mientras que el número total de operaciones de hernia inguinal se mantuvo relativamente constante⁴.

Más allá de lo que podría considerarse solo como la incorporación a la modernidad, es necesario ponderar todos los atributos positivos que tiene esta técnica y por los que muchos cirujanos, como el que esto escribe, la consideramos de primera elección, sin que sea una preferencia obsesiva y sin dejar de reconocer los casos en los que el abordaje anterior debe privar en el beneficio primario del paciente. Es notorio que en la encuesta que realizamos sobre los procedimientos laparoscópicos que aún no practicaban pero desearían practicar, un 37 % de los cirujanos contestó que la plastia inguinal. De las posibilidades citadas en la encuesta, las razones seleccionadas por las que aún no la realizaban fueron: la falta de entrenamiento (72 %) y la falta de experiencia (57 %)⁵. Otra encuesta realizada en el seno de la Asociación Mexicana de la Hernia en 2019 encontró que, de los temas propuestos para enseñanza, el curso más solicitado era el de la plastia inguinal por abordaje endoscópico, lo que sugiere que poco a poco más cirujanos irán incorporando estas técnicas en un futuro próximo.

Aunque no es el motivo de esta reflexión, no sería justo finalizar este análisis sin mencionar que mucho de lo comentado es

historia y que existen múltiples elementos que deben ser considerados objetivamente por todo cirujano, porque la plastia inguinal endoscópica es, sin duda, una excelente alternativa que, aunque quizá lentamente, continuará en ascenso. En un futuro cercano espero comentarlos en extensión en otro editorial, siempre en la búsqueda común del mejor tratamiento para los pacientes que sufren de una hernia inguinal.

Alejandro Weber Sánchez
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica.
Ciudad de México (México)
Correo electrónico: awebwersanchez@gmail.com

2255-2677/© 2020 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.00410>

BIBLIOGRAFÍA

1. Ohene-Yeboah M, Abantanga FA. Inguinal hernia disease in Africa: a common but neglected surgical condition. *West Afr J Med*. 2011;30(2):77-83.
2. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x
3. McCormack K, Scott NW, Go PM, et al; EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD001785. DOI: 10.1002/14651858.CD001785
4. Han SR, Kim HJ, Kim NH, et al. Inguinal hernia surgery in Korea: nationwide data from 2007-2015. *Ann Surg Treat Res*. 2019;97(1):41-7. DOI: 10.4174/ast.2019.97.1.41
5. Weber SA, Garteiz MD. Training Tendencies of Laparoscopic Surgery in México. Results from a National Survey. *Open J Surg*. 2020;4(1):15-20.