

Carta al director

Espera vigilada en la hernia inguinal recurrente

Watchful waiting in recurrent inguinal hernia



Sr. Director:

He leído con mucha atención la excelente «Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal», publicada por Cisneros y Mayagoitia¹. En esta guía los autores afirman que recientemente se ha investigado sobre la «espera vigilada» (EV) y que no existe evidencia de que sea la mejor opción en pacientes con hernias inguinales asintomáticas o poco sintomáticas. Sin embargo, no se define en qué tipo de hernia: primaria o recurrente. Sería útil analizar los aspectos controvertidos de esta conducta expectante en la hernia inguinal recurrente asintomática o poco sintomática.

El grupo Hernia Surge² expone en las directrices o guías internacionales (cuya última actualización es de 2016) que, si bien la EV es relativamente segura, existe una alta probabilidad de cirugía, ya que prácticamente todos los pacientes con hernia inguinal, sean primarias o recurrentes, necesitarán reparación debido al dolor o a la incomodidad.

La mayoría de las hernias inguinales primarias y recurrentes son asintomáticas en su inicio. A pesar de esto, la enseñanza a largo plazo ha sido reparar estas hernias para evitar el riesgo asociado a la cirugía de urgencia en caso de complicaciones. Se necesitarán más estudios para determinar el enfoque ideal en este tipo de hernias³.

Aunque la EV puede ser una opción para las hernias inguinales asintomáticas o poco sintomáticas, el enfoque convencional es ofrecer a todos los pacientes con hernia inguinal recurrente un tratamiento quirúrgico. En la actualidad, no hay evidencia para apoyar o rechazar esta conducta⁴.

Debido a que las reparaciones en la hernia inguinal recurrente se asocian con un mayor número de complicaciones (incluidas nuevas recurrencias) y el riesgo de estrangulación es bajo en la EV, este último enfoque sería razonable en el paciente asintomático o poco sintomático⁵.

Un metaanálisis realizado por McBee y Fitzgibbons⁶ concluye que la EV no es una estrategia adecuada para las mujeres, justificada por la mayor probabilidad de desarrollar una hernia femoral después de la reparación de una hernia inguinal y la dificultad para diferenciar con el método clínico una hernia inguinal de una femoral, ya que esta última es más propensa a la estrangulación.

A pesar de los intentos por demostrar que la EV es una opción aceptable y segura, actualmente existen criterios divergentes sobre esta estrategia. Considero que, con este método, la mayoría de los pacientes, al tornarse sintomáticos, son operados tarde o temprano. El retraso en la intervención quirúrgica produce un daño progresivo en las estructuras anatómicas de la región inguinal y la reparación se vuelve más difícil, sobre todo por las adherencias al saco herniario, a la vez que aumenta la frecuencia de complicaciones. Además, el paciente cada día es más viejo, lo que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas asociadas como cardiopatías, obesidad y diabetes *mellitus*, que agravan el pronóstico del enfermo.

En conclusión, aunque la EV en las hernias inguinales recurrentes asintomáticas o poco sintomáticas se ha documentado en algunos artículos, no hay evidencia suficiente de que sea la mejor opción. Se necesitarán más estudios para determinar la seguridad y la eficacia en este tipo de hernia. Sigamos, de forma razonable, la enseñanza que nos han transmitido nuestros profesores y realicemos la intervención quirúrgica a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cisneros Muñoz HA, Mayagoitia JC. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. Rev Hispanoamericana Hernia. 2021;9(2):61-70.
2. The Hernia Surge Group. International guidelines for groin hernia management. Hernia. 2018;22:86-8.

3. Haskins IN, Rosen MJ. Inguinal Hernia Recurrence. In: Campanelli G (editor). *The Art of Hernia Surgery*. Switzerland: Springer; 2018; p. 352.
4. Sharma A, Sarwal A. Surgical repair in recurrent inguinal hernia. *Ann Laparosc Endosc Surg*. 2017;2:97.
5. Hu QL, Chen DC. Recurrent Inguinal Hernia. In Docimo S, Pauli EM, eds. *Clinical Algorithms in General Surgery*. Switzerland: Springer; 2019; pp. 789-91.
6. McBee PJ, Fitzgibbons RJ. The current status of watchful waiting for inguinal hernia management: a review of clinical evidence. *Mini-invasive Surg*. 2021; 5:17.

Fernando Karel Fonseca Sosa
 Servicio de Cirugía General. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo (Cuba)
 Correo electrónico: ffonsecasosa@gmail.com

2255-2677/© 2021 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.00460>

Respuesta de los autores: «Espera vigilada en la hernia inguinal recurrente»

Authors' response: "Watchful waiting in recurrent inguinal hernia"

Dr. Fernando Karel Fonseca Sosa:

Leí con interés su carta enviada al editor de la revista sobre la «Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal» respecto a la espera vigilada para manejo de la hernia inguinal.

Efectivamente, no especificamos si la espera vigilada para las hernias inguinales se refiere a hernias inguinales primarias o recurrentes. El artículo original de Robert Fitzgibbons se refiere principalmente a las hernias primarias, pero

podemos inferir que, si el riesgo de la espera vigilada para hernias primarias existe y el 70 % termina operándose, el riesgo es igual o mayor para las hernias recurrentes.

Por ello, celebramos que esté de acuerdo con nuestras guías publicadas y compartimos con usted la observación respecto a las hernias recidivadas.

Héctor Armando Cisneros Muñoz
 Hospital Médica Campestre. León, Guajanato (México)
 Correo electrónico: armandocisneros@yahoo.com.mx