

Carta al director

Ecuación predictiva de recurrencia herniaria inguinal

Predictive equation of inguinal hernia recurrence



Sr. director:

Hemos leído con gran interés el artículo publicado por Fonseca y cols. «Diseño y validación interna de la ecuación predictiva de recurrencia herniaria inguinal»¹, en el que se evidencia un modelo predictivo para valorar la recurrencia de la hernia inguinal posquirúrgica mediante la técnica de Lichtenstein, de la que resaltamos su importancia y utilidad en la práctica clínica.

La hernia inguinal es una enfermedad muy frecuente: representa el 75 % de todas las hernias de la pared abdominal². El riesgo de por vida es aproximadamente del 3 % entre las mujeres y del 27 % entre los hombres. Este riesgo aumenta con la edad y alcanza su máxima incidencia a los 60 años³.

Dos tercios de los pacientes con hernias inguinales refieren dolor o molestia. Los síntomas empeoran al ponerse de pie, al hacer esfuerzo, al levantar objetos pesados o al toser. Todos estos movimientos aumentan la presión intraabdominal, lo que causa que el contenido del abdomen empuje a través del orificio herniario. En ocasiones, los pacientes refieren tener síntomas solo al final del día o después de una actividad prolongada y que el abultamiento desaparece cuando están acostados. Sin embargo, la ausencia de una masa reductible o de un orificio palpable no descarta la hernia. En un subgrupo de pacientes el dolor inguinal o pélvico lo causa una hernia oculta⁴.

La detección temprana de estas protrusiones inguinales es crucial para proceder con el tratamiento. El manejo es completamente quirúrgico y el tipo de cirugía dependerá del equipo médico. La hernioplastia abierta de Lichtenstein es la técnica más empleada a nivel mundial para la reparación primaria de la hernia inguinal debido a que reduce el dolor y el tiempo quirúrgico⁵. Sin embargo, el 30.6 % de los pacientes presentarán algún tipo de complicación local tras la hernioplastia inguinal no complicada⁶.

En un estudio de casos y controles⁷ se identificaron los factores relacionados con una infección: tabaquismo, alcoholismo, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, desnutrición y cirugía urgente.

Se identificó también que un tiempo quirúrgico inferior a una hora es un factor protector de dicha infección⁷.

Durante el proceso de tratamiento de la hernia inguinal, con las complicaciones ya descritas, los grandes problemas son evitar las recurrencias, la variabilidad en cuanto a la etiología y su desarrollo, que aún son motivo de nuevas investigaciones, por lo que la implementación de medidas profilácticas no está en discusión por el momento.

La reparación de defectos herniarios después de la intervención puede estar asociada a factores difíciles de identificar y en la actualidad no se cuenta con la bibliografía suficiente para la elaboración de un modelo fiable.

Felicitemos a los autores por presentar una primera ecuación predictiva con altas tasas de sensibilidad y especificidad después de un análisis estadístico exhaustivo en el que se evidencian como factores predisponentes para la recurrencia herniaria inguinal ≥ 3 años de la primera reparación, edad > 65 años, hernia deslizada, tiempo quirúrgico ≥ 90 minutos y tabaquismo. Si bien podrá ser utilizada solo durante el primer año después de la intervención y aunque haya habido limitaciones al tratarse de un modelo retrospectivo, validamos completamente el esmero y los resultados y esperamos poder aplicarlo en Perú para mejorar nuestro sistema de salud.

Ariana Alvarado, Carolina Aybar, Leonardo Gutiérrez
Medicina Humana. Universidad Privada San Juan Bautista.
Chorrillos (Perú)
Correo electrónico: ariana.alvarado@upsjb.edu.pe

2255-2677/© 2024 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.00487>

BIBLIOGRAFÍA

1. Sosa FKF, Pérez GO, Sosa RHR, López LEF. Diseño y validación interna de la ecuación predictiva de recurrencia herniaria inguinal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2021;9(3):146-51. DOI: 10.20960/rhh.00287
2. Correa Martínez L, Domínguez Rodríguez DL. Epidemiología de pacientes afectados de hernia inguinal bilateral. *Rev Ciencias Médicas*. 2018;22(3):485-92.
3. Vacca VM Jr. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. *Nursing*. 2018;35(2):26-33. DOI: 10.1016/j.nursi.2018.03.009
4. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. Hernias inguinales: diagnóstico y tratamiento. *Inguinal Hernias: Diagnosis and Management*. *Am Fam Physician*. 2020;102(8):487-92.
5. Hoyuela C, Juvany M, Trías M, Martrat A, Ardid J, Pañella C, et al. Hernioplastia inguinal de Lichtenstein: fijación de la malla con cianoacrilato (Histoacryl®). *Cir Andal*. 2018;29(2):163-5.
6. Núñez Mazariegos RA. Prevalencia de complicaciones locales en el sitio quirúrgico de pacientes con hernioplastia inguinal. *Rev Cient Cienc Méd*. 2021;24(1):20-4. DOI: 10.51581/rccm.v24i1.338
7. Betancourt-Castellanos D, Solís-Delgado L, Betancourt-Castellanos L, Miguel Hernández-Hernández J, Milián-Hernández EJ, Izaguirre-Bordelois M. Factores predisponentes de infección postquirúrgica de la hernia inguinal, servicio Cirugía General Ciego de Ávila. *QhaliKay Rev Ciencias Salud*. 2021;5(3):38-45. DOI: 10.33936/qkrcs.v5i3.3196