

Original

Manejo conservador (mirar y esperar) en pacientes con hernia inguinal asintomática u oligosintomática. Factibilidad y resultados a largo plazo de un centro de alto volumen en Latinoamérica



Watchful waiting in patients with asymptomatic or oligosymptomatic inguinal hernias. Feasibility and long-term results in a high-volume center in Latin American

Emmanuel Ezequiel Sadava^{1,2}, Cristian Agustín Angeramo¹, Nicolás Hellmuth Dreifuss¹, Nicolás Murdoch Duncan¹, Francisco Schlottmann¹

¹Servicio de Cirugía General y ²Sector Cirugía de Paredes Abdominales. Servicio de Cirugía General. Hospital Alemán de Buenos Aires. Buenos Aires (Argentina)

Resumen

Introducción y objetivo: El manejo conservador en pacientes con hernia inguinal asintomática u oligosintomática parece ser una estrategia adecuada. Sin embargo, su implementación es motivo de controversia. El objetivo del siguiente trabajo es evaluar la factibilidad y los resultados del manejo conservador en pacientes con poca clínica asintomáticos.

Métodos: Entre 2013 y 2020 se incluyó una serie consecutiva de pacientes con poca clínica o ausencia de síntomas a los que se les ofreció manejo conservador con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se realizó análisis comparativo de pacientes que continuaron en seguimiento y pacientes que requirieron cirugía. Se evaluó la calidad de vida con la encuesta EuraHS *quality of life score*.

Resultados: Se incluyeron un total de 100 pacientes. La edad promedio fue de 67 años (23-95) y el 91 % fue de sexo masculino. A los 52 meses de seguimiento, el 50 % de los pacientes había requerido cirugía. La principal indicación fue la aparición o el incremento del dolor (88 %). No se registraron cirugías de urgencia. El grupo operado presentó una mejoría significativa de la calidad de vida después de la cirugía. Al compararlo con los de seguimiento se observaron similares puntuaciones respecto al promedio de dolor en reposo y en actividad.

Conclusión: La estrategia conservadora parecería ser factible y segura. Los pacientes oligosintomáticos tuvieron más probabilidades de requerir cirugía. La aparición o el empeoramiento del dolor inguinal son factores determinantes para el cambio de estrategia.

Recibido: 16-04-2022

Aceptado: 13-05-2022

Palabras clave:

Hernia inguinal, *watchful waiting*, tratamiento conservador, calidad de vida.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

*Autor para correspondencia: Emmanuel Ezequiel Sadava. Hospital Alemán de Buenos Aires. Avda. Pueyrredon, 1640. Capital Federal, Buenos Aires (Argentina)

Correo electrónico: esadava@hospitalaleman.com

Sadava EE, Angeramo CA, Dreifuss NH, Murdoch Duncan N, Schlottmann F. Manejo conservador en pacientes con hernia inguinal asintomática u oligosintomática. Factibilidad y resultados a largo plazo de un centro de alto volumen en Latinoamérica. Rev Hispanoam Hernia. 2023;11(3):105-110

Abstract

Introduction and objective: Conservative management or watchful waiting in patients with asymptomatic inguinal hernia or oligosymptomatic inguinal hernia seems to be a suitable strategy, however, its implementation is under discussion. The objective of this study was to evaluate the feasibility and the results of watchful waiting in patients with asymptomatic inguinal hernia and oligosymptomatic inguinal hernia.

Methods: Between 2013 and 2020, a consecutive series of patients with asymptomatic inguinal hernia or oligosymptomatic inguinal hernia who underwent to the watchful waiting approach with a minimum follow-up of 6 months was included. A comparative analysis of patients who remained in watchful waiting and patients who underwent surgery was performed. Quality of life was assessed with the EuraHS Quality of life score survey.

Results: A total of 100 patients were included. The average age was 67 years (23-95) and 91 % were male. At 52 months of follow-up, 50 % of the patients had undergone surgery, the main indication being the onset or increase in pain (88 %). No emergency surgeries were recorded. The surgery group showed a significant improvement in the quality of life in the postoperative period. When comparing surgery versus watchful waiting, similar scores were observed regarding the average pain at rest and during activity.

Conclusion: The watchful waiting approach seems to be feasible and safe. Oligosymptomatic patients were more likely to undergo surgery, with the onset or increase in groin pain being a determining factor to switch the strategy.

Keywords:

Inguinal hernia, watchful waiting, conservative treatment, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La hernioplastia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia en el mundo y representa una de las mayores cargas económicas para los sistemas de salud^{1,2}. A pesar de la alta incidencia de hernia inguinal en la población mundial, la estrategia terapéutica con mejor índice costo-beneficio es aún motivo de debate.

Históricamente toda hernia diagnosticada debía repararse de forma programada para evitar las complicaciones severas, como el atascamiento y el estrangulamiento^{3,4}. En consecuencia, no se conocía con exactitud la evolución natural de la hernia inguinal ni la incidencia de las complicaciones⁵. Por otro lado, se ha observado un incremento de las complicaciones después de la hernioplastia. El dolor inguinal crónico posoperatorio es uno de los más temidos, con una incidencia de hasta un 18 %⁶. Considerando que un tercio de los pacientes con hernia inguinal son asintomáticos u oligosintomáticos, no sería razonable exponerlos al riesgo de las complicaciones quirúrgicas, que incluso podría superar el de las complicaciones propias de la patología⁷. En concordancia, dos estudios prospectivos aleatorizados de 2006 evaluaron la utilidad de la estrategia *watchful waiting* (WW) en pacientes asintomáticos o con escasos síntomas. En el estudio de Fitzgibbons Jr.⁸ los autores concluyeron que WW es una estrategia aceptable y con baja tasa de necesidad de cirugía de urgencia, mientras que en el estudio de O'Dwyer⁹ se concluyó que la reparación de hernias en pacientes asintomáticos podría ser beneficiosa, ya que mejoraría la calidad de vida sin un riesgo aumentado de dolor crónico posoperatorio.

El objetivo de este estudio fue evaluar la factibilidad y la seguridad del manejo conservador (WW) en pacientes con hernias inguinales asintomáticas u oligosintomáticas en nuestra institución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 2013 y junio 2020 se incluyeron pacientes a los que, después del diagnóstico de hernia inguinal asintomática u oligosintomática, se les ofreció y aceptaron el manejo conservador (WW). Firmaron un consentimiento informado en el que se especificaban las características del programa, los riesgos y los beneficios. El estudio fue evaluado y autorizado por el comité

de ética independiente del Hospital Alemán de Buenos Aires (Argentina). El diagnóstico de hernia inguinal se realizó mediante un examen físico. La hernia asintomática u oligosintomática se definió como un «bulto inguinal reducible que no afecta a las actividades de la vida diaria ni a la actividad física». Se excluyeron: pacientes con hernias no detectables en el examen físico, pacientes con dolor inguinal de otra causa (por ejemplo, pubalgia) y aquellos con una clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) superior a 3. Finalmente, aquellos pacientes que tenían menos de 6 meses de seguimiento se excluyeron del estudio. El diagnóstico de hernia inguinal se realizó mediante examen físico. La clasificación de las hernias al momento de la presentación se realizó según la clasificación propuesta por la European Hernia Society¹⁰. El seguimiento se realizó cada 6 meses, los primeros 2 años y luego, anualmente. En los casos en los que debió realizarse una reparación inguinal, se utilizó la técnica de Lichtenstein¹¹ para los abordajes convencionales y para los abordajes laparoscópicos se realizó la técnica transabdominal preperitoneal (TAPP)^{12,13}. En todos los casos se utilizó una malla de polipropileno de alto peso y materiales de fijación reabsorbibles (suturas o *tacks*).

Se analizaron la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC), ASA, el tiempo de observación, el motivo de la cirugía, las complicaciones de la hernia inguinal, las complicaciones posoperatorias y la incidencia de dolor inguinal crónico posoperatorio. Se evaluó la calidad de vida con la encuesta EuraHS *quality of life score*¹⁴ en todos los pacientes al inicio del estudio. Se compararon los resultados del inicio y al momento de realizar este trabajo en los pacientes sin cirugía, mientras que para los pacientes operados el análisis fue al momento de decidir la cirugía y al mes posoperatorio. Se definió como *dolor inguinal crónico poshernioplastia* a la presencia de dolor inguinal por daño nervioso o afectación del sistema somatosensorial tisular que persiste más de 6 meses después de la cirugía.

Finalmente, se realizó una encuesta en centros de alto volumen en cirugía de paredes abdominales del país (tanto públicos como privados) para conocer la tasa de implementación y de evaluación de programas similares.

Análisis estadístico

Para la caracterización de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel® versión de 2019. Se realizó una estadística descriptiva

de las variables demográficas y quirúrgicas. Se utilizó una curva de Kaplan-Meier para estimar el porcentaje de pacientes en WW que debió ser operado durante el periodo de estudio. Se utilizó el test t de Student para muestras relacionadas para comparar los resultados obtenidos de las encuestas EuraHS *quality of life score* antes y después de la cirugía. Las variables categóricas fueron analizadas con la prueba de χ^2 . Los datos continuos se compararon con el test U de Mann-Whitney o el test t de Student de acuerdo a su distribución no paramétrica o paramétrica, respectivamente. Para identificar factores de riesgo independientes asociados al pasaje desde el grupo WW al grupo de cirugía se utilizó un modelo de riesgo proporcional (cox), incluyendo las variables estadísticamente significativas en el análisis univariado. Para el análisis estadístico se utilizó R versión 4.0.2. Se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis 100 pacientes con diagnóstico de hernias inguinales asintomáticas u oligosintomáticas. El promedio de edad fue de 67 años (23-95). El 91 % de los pacientes era de sexo masculino. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 26.5 (18.1-35.8) kg/m². Respecto de las comorbilidades, el 30 % presentaba hipertensión arterial; el 18 %, dislipemia; el 9 %, diabetes, y el 11 % eran fumadores activos. El 69 % de los pacientes presentaba una hernia inguinal unilateral (tabla I).

La mediana de seguimiento fue de 51 meses (6-90). Un total de 53 pacientes (53 %) requirieron hernioplastia inguinal. Las causas que motivaron la cirugía fueron el dolor (90 %) y el aumento

del tamaño hemiario, que afectaba la calidad de vida en el 10 %. El 60 % de las hernias fueron reparadas por vía laparoscópica y el 40 % restante, con técnica abierta. Se observó un *crossover* del 50 % de los pacientes a los 52 meses de seguimiento (fig. 1). Durante el periodo de estudio no hubo complicaciones agudas de la hernia inguinal y ninguna de las cirugías debió ser de urgencia. No se registraron recurrencias en los pacientes operados. Hubo 12 eventos posoperatorios, 8 seromas, 1 hematoma de herida, 2 infecciones de herida superficial y 1 paciente con dolor inguinal tipo neuropático que se resolvió a los dos meses. No se registró dolor crónico poshernioplastia.

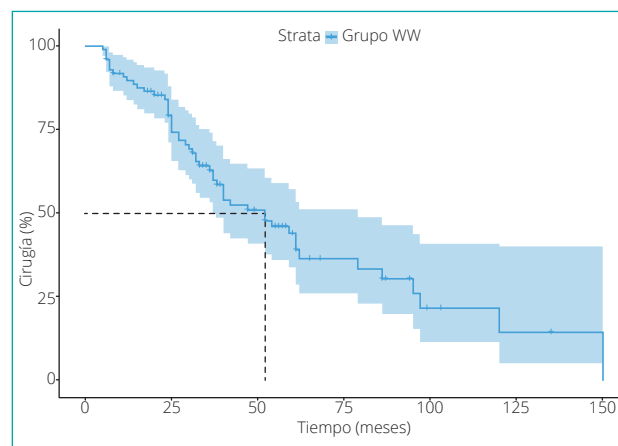


Figura 1. Probabilidad de que los pacientes en *watchful waiting* requieran cirugía con el tiempo.

El 100 % de los pacientes completó la encuesta al inicio del estudio, mientras que solo el 87 % de las encuestas fueron respondidas por pacientes que continúan en control o cursaban el posoperatorio. Los 53 pacientes operados por un incremento de los síntomas no presentaron diferencias después de ser operados respecto a los pacientes que continuaron en el grupo de WW en el promedio de dolor en reposo (operados: 1.04 frente a WW: 0.44, $p = 0.15$) y en actividad (operados: 1.55 frente a WW: 1.28, $p = 0.58$). No hubo diferencia en la restricción de las actividades diarias, fuera de casa, deportivas ni de trabajo forzado, como así tampoco en los resultados estéticos entre los pacientes operados y aquellos que continuaron con la observación (tabla II).

Los pacientes operados presentaron un promedio similar de dolor en reposo que antes de operarse (antes: 1.04 frente a después: 0.44, $p = 0.15$). Sin embargo, después de la hernioplastia presentaron una mejoría significativa en el dolor durante la actividad (antes: 3.52 frente a después: 0.93, $p < 0.001$). Aunque no hubo diferencia en la restricción en las actividades diarias después de la cirugía, los pacientes operados presentaron una mejoría en la restricción de las actividades fuera de la casa, deportivas y de trabajo forzado, como así también en la estética del sitio de la hernia inguinal (tabla III). De los 44 pacientes (83 %) operados que respondieron la encuesta, un 3.7 % (2 pacientes) no volvería a hacerlo. Ambos pacientes cursaron con complicaciones en el posoperatorio (dolor y hematoma), que se resolvieron con tratamiento conservador.

Tabla I. Variables demográficas de los pacientes incluidos en el estudio

	<i>n</i> = 100
Sexo, <i>n</i> (%)	
Femenino	9 (9)
Masculino	91 (91)
Edad promedio, (rango) años	67 (23-95)
Comorbilidades, <i>n</i> (%)	
Hipertensión arterial	30 (30)
Dislipidemia	18 (18)
Diabetes <i>mellitus</i> de tipo II	9 (9)
Tabaquismo	11 (11)
Índice de masa corporal, (rango) kg/m ²	26.5 (18.11-35.83)
Hernia inguinal, <i>n</i> (%)	
Bilateral	31 (31)
Unilateral	69 (69)
Clasificación (EHS)	
L1	10 (10)
L2	20 (20)
L3	27 (27)
M1	11 (11)
M2	15 (15)
M3	17 (17)

Tabla II. *EuraHS Quality of life score* después de la cirugía en los pacientes operados frente a aquellos que continuaron en *watchful waiting*

Variables	<i>EuraHS quality of life score</i> después de la cirugía en los pacientes operados	<i>EuraHS quality of life score</i> en los pacientes que continuaron en WW	<i>p</i>
Dolor en reposo, promedio (rango)	1.04 (1-9)	0.44 (0-10)	0.15
Dolor durante la actividad, promedio (rango)	1.55 (1-10)	1.28 (0-10)	0.58
Dolor en la última semana, promedio (rango)	0.98 (0-9)	0.98 (0-4)	0.99
Restricción de la actividad diaria, promedio (rango)	0.70 (0-9)	0.42 (0-8)	0.44
Restricción de la actividad moderada, promedio (rango)	1.02 (0-9)	0.98 (0-9)	0.92
Restricción de la actividad deportiva, promedio (rango)	1.18 (0-10)	1.16 (0-9)	0.97
Restricción de la actividad intensa, promedio (rango)	1.23 (0-10)	0.95 (0-8)	0.57
Promedio de estética del abdomen, promedio (rango)	0.61 (0-9)	0.49 (0-10)	0.76
Promedio de estética del sitio de la hernia, promedio (rango)	0.61 (0-9)	0.86 (0-10)	0.58

Tabla III. *EuraHS Quality of life score* antes y después de la cirugía en los pacientes operados

Variables	<i>EuraHS Quality of life score</i> antes de la cirugía en los pacientes operados	<i>EuraHS quality of life score</i> después de la cirugía en los pacientes operados	<i>p</i>
Dolor en reposo, promedio (rango)	1.09 (1-9)	1.04 (1-9)	0.88
Dolor durante la actividad, promedio (rango)	3.52 (1-10)	1.55 (1-10)	< 0.0001
Dolor en la última semana, promedio (rango)	2.39 (0-9)	0.98 (0-9)	0.001
Restricción de la actividad diaria, promedio (rango)	1.09 (0-9)	0.70 (0-9)	0.17
Restricción de la actividad moderada, promedio (rango)	2.75 (0-9)	1.02 (0-9)	0.001
Restricción de la actividad deportiva, promedio (rango)	2.89 (0-10)	1.18 (0-10)	0.001
Restricción de la actividad intensa, promedio (rango)	2.52 (0-10)	1.23 (0-10)	0.005
Promedio de estética del abdomen, promedio (rango)	0.84 (0-9)	0.61 (0-9)	0.34
Promedio de estética del sitio de la hernia, promedio (rango)	1.50 (0-9)	0.61 (0-9)	0.02

En aquellos pacientes que presentaban dolor durante la primera consulta o tenían el antecedente de hipertensión arterial, la reparación de hernia fue más frecuente. Por el contrario, en el grupo WW fueron más frecuentes los pacientes mayores de 75 años y aquellos pacientes asintomáticos en los que la hernia fue un hallazgo (tabla IV). Con el modelo de regresión proporcional (Cox) se observó que la edad superior a 75 años (OR: 0.28, IC 95 %, 0.10-0.80) y una hernia asintomática en el momento de la primera consulta (OR: 0.22, IC 95 %, 0.05-0.96) fueron factores independientes de no realizarse cirugía. Por otro lado, la presencia de síntomas al momento de la pri-

mera consulta (OR: 2.03, IC 95 %, 1.15-3.59) resultó un factor de riesgo independiente para cirugía durante el tiempo de seguimiento (tabla V).

Un total de 17 centros de referencia en cirugía de pared abdominal de Argentina contestaron la encuesta. El 76 % (13 centros) indicó que ha utilizado la estrategia WW en alguna oportunidad. De estos, solo 9 (65 %) realizaron alguna evaluación después de la implementación, con lo que se concluye que WW solo retrasa la cirugía, no genera beneficios (30 %) o creen que podría existir algún beneficio, pero se requieren más estudios para implementarlo con seguridad (70 %).

Tabla IV. Variables demográficas del grupo *watchful waiting* y del grupo sometido a cirugía

Variable	WW n = 47	Cirugía n = 53	p
Sexo, n (%)			
Femenino	4 (9)	5 (9)	0.87
Masculino	43 (91)	48 (91)	
Edad ≥ 75 años, n (%)	11 (23)	4 (8)	0.02
Comorbilidades, n (%)			
Hipertensión arterial	9 (19)	21 (40)	0.02
Dislipidemia	6 (13)	12 (23)	0.19
Diabetes <i>mellitus</i> de tipo II	4 (9)	5 (9)	0.87
Tabaquismo	7 (15)	4 (8)	0.24
Obesidad	7 (15)	6 (11)	0.59
Presentación, n (%)			
Dolor	15 (32)	31 (58)	0.01
Asintomáticos	13 (28)	2 (4)	< 0.001
Tumor	19 (40)	20 (38)	0.62

Tabla V. Modelo de regresión proporcional (cox) para el análisis de factores de riesgo de requerir cirugía en los pacientes que se encontraban en *watchful waiting*

Variables	OR	IC 95 %	p
Dolor	2.03	1.15-3.59	0.01
Asintomáticos	0.23	0.05-0.96	0.04
Hipertensión arterial	1.24	0.70-2.20	0.45
Edad ≥ 75 años	0.29	0.10-0.80	0.01

DISCUSIÓN

En este estudio evaluamos la seguridad y la factibilidad de la estrategia WW en pacientes con hernia inguinal. Observamos que: 1) la estrategia WW es segura y factible en pacientes con hernias inguinales asintomáticas u oligosintomáticas; 2) el 50 % de los pacientes requirió cirugía por progresión de los síntomas en un promedio de 51 meses; 3) la indicación de cirugía es más frecuente en los pacientes con síntomas en la primera consulta; 4) no se observaron diferencias en cuanto a dolor y restricción a la actividad entre los pacientes operados por incremento de los síntomas y aquellos que permanecieron en observación (WW), y 5) no se registraron cirugías de urgencia en el periodo de estudio.

Históricamente, la indicación de hernioplastia inguinal era independiente de los síntomas¹⁵ bajo el lema *hernia diagnosticada, hernia operada*. Esta estrategia estaba fundada en evitar posibles complicaciones debido a estudios que reportaban una alta tasa de estrangulación (8.6 % a 5 años) y una mortalidad de hasta el 20 %¹⁶⁻¹⁸. En los últimos años, nuevas investigaciones sobre las complicaciones posoperatorias han llevado a un cambio en este paradigma⁶. En 2006, Fitzgibbons y cols.⁸ publicaron

un estudio aleatorizado multicéntrico que incluyó a 720 pacientes (WW: 364 frente a cirugía de inicio: 356). Después de 4 años de seguimiento observaron una incidencia de hernia complicada de 1.8/1000 pacientes. Además, De Goede y cols. (19), en un estudio multicéntrico que incluyó 496 pacientes (WW: 234 frente a cirugía de inicio: 262), observó una tasa de hernia complicada en el grupo de WW del 2.3 % después de 3 años de seguimiento. En nuestra serie, con una mediana de seguimiento de 51 meses, no observamos ninguna complicación aguda que haya requerido una cirugía de urgencia.

Entendiendo la hernia inguinal como una entidad crónica y evolutiva, parecería lógico que cuanto mayor es el seguimiento mayor es el porcentaje de pacientes que requieren cirugía. Esta observación resulta evidente y se repite en la mayoría de los estudios, con tasas de conversión (crossover) de WW a cirugía del 37.8 % a 3 años¹⁹, del 60 % a los 7.5 años²⁰ y del 70 % a los 10 años³. Nuestros hallazgos son similares, con una tasa de conversión a cirugía del 50 % después de 52 meses de seguimiento.

El incremento o la aparición del dolor representa el síntoma principal de necesidad de cirugía. O'Dwyer y cols. evaluaron a 160 pacientes (WW: 80 frente a cirugía de inicio: 80) y, después de 12 meses de seguimiento, encontraron que la tasa de dolor en reposo o en actividad era similar entre ambas estrategias, sin embargo, la mejoría en la calidad de vida fue superior para la cirugía⁹. En el estudio de De Goede y cols.¹⁹ encontraron una diferencia en el promedio de dolor entre ambas estrategias de -0.23 (IC 95 %, -0.32 a -0.14). En dicho estudio se había establecido que el WW sería al menos no inferior a la cirugía de inicio, con un corte de 0.20 puntos de diferencia en el promedio de dolor. Por lo que, si bien resultó estadísticamente significativo, clínicamente parecería irrelevante. Recientemente, Gong y Li²¹ realizaron un metaanálisis de estudios aleatorizados en el que comparaban cirugía de inicio y WW. Observaron que los pacientes sometidos a cirugía de inicio tuvieron menor promedio de dolor que los pacientes en el grupo de WW. Sin embargo, al analizar los trabajos incluidos, puede observarse que el estudio realizado por De Goede y cols.¹⁹ tuvo gran influencia en el resultado y, desafortunadamente, el estudio no cuenta con un análisis de sensibilidad para evaluar la robustez del resultado. En nuestra serie, encontramos que el 50 % de los pacientes requirió de cirugía en un promedio de 51 meses por incremento o aparición de los síntomas. Además, observamos que los pacientes mayores de 75 años y aquellos asintomáticos permanecieron más frecuentemente en el grupo WW; por el contrario, los pacientes con algún síntoma al momento de la presentación tuvieron mayor riesgo de requerir la cirugía. Encontramos, además, que los pacientes operados presentaron un promedio similar de dolor y de restricción a la actividad que los que continuaron con la estrategia WW. Sin embargo, al comparar la calidad de vida antes y después de la cirugía se observó una mejoría significativa en la mayoría de los parámetros evaluados. Estos hallazgos son similares a los publicados en el estudio de O'Dwyer y cols.⁹.

Basado en la cohorte de pacientes de Fitzgibbons Jr y cols.⁸, Stroupe y cols.²² realizaron un análisis de coste-beneficio en el que compararon cirugía de inicio y WW. A dos años de seguimiento, la estrategia WW para pacientes asintomáticos u oligosintomáticos parece ser una opción coste-efectiva. Sin embargo, a dos años solo el 23 % de los pacientes del grupo WW se había cruzado al grupo de cirugía. Después de 10 años el porcentaje

de pacientes operados fue tres veces mayor²⁰, por lo que probablemente los resultados no puedan extrapolarse en seguimientos a largo plazo. En concordancia, el estudio publicado por Hwang y cols.²³ reportó una mayor tasa de cirugía de urgencia (3.6 % frente a 5.5 %), de eventos adversos después de la cirugía (4.7 % frente a 18.5 %) y de mortalidad (0.1 % frente a 5.4 %) respecto al periodo de tiempo anterior a la implementación del WW. Los autores concluyen que, con un periodo de seguimiento mayor, la estrategia WW probablemente tenga mayor costo que la cirugía de inicio.

Finalmente, aunque la implementación del manejo conservador en Argentina se realiza, al menos selectivamente, en la mayoría de las instituciones con alto volumen en cirugía de pared abdominal, son pocas las que han determinado un beneficio significativo. Si bien nuestra cohorte presenta un número limitado de pacientes, según nuestro conocimiento es el primer estudio en evaluar la factibilidad y la seguridad de la estrategia *watchful waiting* en Sudamérica.

CONCLUSIÓN

La estrategia WW en pacientes con hernia inguinal asintomática u oligosintomática es factible y segura. Retrasar la cirugía hasta la aparición/incremento de los síntomas parecería ser una estrategia razonable debido a que las complicaciones agudas de la hernia inguinal son poco frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2003. *Surg Clin North Am*. 2003;83(5):1045-vi. DOI: 10.1016/S0039-6109(03)00132-4
- Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*. 2003;362(9395):1561-71. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)14746-0
- Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, Turner SA, Li X, Gibbs JO, et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg*. 2013;258(3):508-15. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3182a19725
- INCA Trialists Collaboration. Operation compared with watchful waiting in elderly male inguinal hernia patients: a review and data analysis. *J Am Coll Surg*. 2011;212(2):251-259.e2594. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.09.030
- Schroeder AD, Tubre DJ, Fitzgibbons RJ Jr. Watchful Waiting for Inguinal Hernia. *Adv Surg*. 2019;53:293-303. DOI: 10.1016/j.yasu.2019.04.014
- Chen DC, Hiatt JR, Amid PK. Operative management of refractory neuropathic inguinodynia by a laparoscopic retroperitoneal approach. *JAMA Surg*. 2013;148(10):962-7. DOI: 10.1001/jamasurg.2013.3189
- Hair A, Paterson C, Wright D, Baxter JN, O'Dwyer PJ. What effect does the duration of an inguinal hernia have on patient symptoms? *J Am Coll Surg*. 2001;193(2):125-9. DOI: 10.1016/S1072-7515(01)00983-8
- Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, Dunlop DD, Reda DJ, McCarthy M Jr, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006;295(3):285-92. DOI: 10.1001/jama.295.3.285. Erratum in: *JAMA*. 2006;295(23):2726. DOI: 10.1001/jama.295.3.285
- O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, Walker A, Duffy F, Horgan P. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. *Ann Surg*. 2006;244(2):167-73. DOI: 10.1097/01.sla.0000217637.69699.ef
- Miserez M, Alexandre JH, Campanelli G, Corcione F, Cuccurullo D, Pascual MH, et al. (2007). The European hernia society groin hernia classification: simple and easy to remember. *Hernia* 2007;11(2):113-6.
- Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM. The tension free hernioplasty. *Am J Surg*. 1989;157:188-93. DOI: 10.1016/0002-9610(89)90526-6
- Voeller GR, Mangiante EC, Britt LG. Preliminary evaluation of laparoscopic herniorrhaphy. *Surg Laparosc Endosc*. 1993;3(2):100-5.
- Felix EL, Michas C. Double-buttress laparoscopic herniorrhaphy. *J Laparoendosc Surg*. 1993;3(1):1-8.
- Muysoms FE, Vanlander A, Ceulemans R, Kyle-Leinhase I, Micjels M, Jacobs I, et al. A prospective, multicenter, observational study on quality of life after laparoscopic inguinal hernia repair with ProGrip laparoscopic, self-fixating mesh according to the European Registry for Abdominal Wall Hernias Quality of Life Instrument. *Surgery*. 2016; 160(5): 1344-57.
- Mizrahi H, Parker MC. Management of asymptomatic inguinal hernia: a systematic review of the evidence. *Arch Surg*. 2012;147(3):277-81. DOI: 10.1001/archsurg.2011.914
- Van den Heuvel B, Dwars BJ, Klassen DR, Bonjer HJ. Is surgical repair of an asymptomatic groin hernia appropriate? A review. *Hernia*. 2011;15(3):251-9.
- Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg*. 1991;78(10):1171-3.
- Tingwald GR, Cooperman M. Inguinal and femoral hernia repair in geriatric patients. *Surg Gynecol Obstet*. 1982;154(5):704-6.
- De Goede B, Wijsmuller AR, van Ramshorst GH, van Kempen BJ, Hop WCJ, Klitsie PJ, et al. Watchful Waiting Versus Surgery of Mildly Symptomatic or Asymptomatic Inguinal Hernia in Men Aged 50 Years and Older: A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg*. 2018;267(1):42-9.
- Chung L, Norrie J, O'Dwyer PJ. Long-term follow-up of patients with a painless inguinal hernia from a randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2011;98(4):596-9.
- Gong W, Li J. Operation versus watchful waiting in asymptomatic or minimally symptomatic inguinal hernias: The meta-analysis results of randomized controlled trials. *Int J Surg*. 2018;52:120-5.
- Stroupe KT, Manheim LM, Luo P, Giobbie-Hurder A, Hynes DM, Jonasson O, et al. Tension-free repair versus watchful waiting for men with asymptomatic or minimally symptomatic inguinal hernias: a cost-effectiveness analysis. *J Am Coll Surg*. 2006;203(4):458-68. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.06.010
- Hwang MJ, Bhangu A, Webster CE, Bowley DM, Gannon MX, Karandikar SS. Unintended consequences of policy change to watchful waiting for asymptomatic inguinal hernias. *Ann R Coll Surg Engl*. 2014;96(5):343-7.