

Editorial

Cirugía de la hernia inguinal. Una dosis de prudencia, por favor

Inguinal hernia surgery. A dose of prudence, please



Sin duda, todos los cirujanos de pared buscamos y conseguimos la satisfacción de la reparación de una pared maltrecha. En los pacientes complejos, lograr su reconstrucción puede ser como escalar una gran cumbre de montaña. Habitualmente valoramos los riesgos de la escalada al volver de la montaña, no en plena escalada. Disponemos de gran cantidad de técnicas para realizar nuestra tarea que se han desarrollado buscando el bienestar del paciente. Sin embargo, cualquier cirujano con cierta experiencia ha recibido en su consultorio tras la intervención a enfermos con graves complicaciones que merman seriamente su calidad de vida.

Como han descrito numerosos autores, en lo que respecta a la cirugía de la hernia inguinal, la amplia difusión del uso de prótesis ha conseguido un descenso de la tasa de recidiva, pero ha destapado la presencia de una complicación que ya existía: el daño a alguno de los nervios periféricos que recorren la región inguinal (1). Esta complicación puede llegar a empujar al paciente a un infierno con una salida incierta; infierno del que los cirujanos procuramos hablar poco y visitar menos. En una encuesta a cirujanos de nuestro entorno, el 31 % responde que no conoce exactamente la tasa de dolor crónico de sus pacientes (2).

Más tarde, los cirujanos de pared abdominal fueron tomando conciencia de este tema y fueron formándose en diferentes terapias, incluso se han desarrollado técnicas muy avanzadas para neurectomía por laparoscopia. Hay entre nosotros compañeros que se han convertido en grandes expertos en estos tratamientos, sin duda debido a una gran dedicación por su parte y a que no han querido dejar abandonados a estos pacientes (3). Todavía hay un pequeño número de enfermos que, a pesar de intentar mejorar su dolor con todas estas terapias, permanecen inexplicablemente con una mala calidad de vida y representan un agujero negro que muchos cirujanos de pared tenemos.

Este temible abismo que puede estar presente tras una simple reparación de hernia inguinal debe hacernos reflexionar sobre algunos temas.

A diario se presentan en la consulta pacientes a los que no ayudaremos con una intervención. Es importante saber identificar a ese tipo de enfermo. Debemos disponer de un minucioso manejo del dolor inguinal primario para no intervenir pacientes sin clara patología herniaria. La presencia de complicaciones posoperatorias sería inaceptable. La desazón del paciente y del cirujano será mayúscula. Por ello, se impone una mayor restricción en la admisión de pacientes a nuestros quirófanos, pues somos conscientes de que nuestras intervenciones no son inocuas y de que podemos empeorar la calidad de vida de un enfermo (4).

La industria ha impulsado varias técnicas, pero todos sabemos que las casas comerciales pueden ejercer una gran presión que nosotros debemos gestionar de la mejor manera que sepamos (5). En este punto deberíamos recordar que existen técnicas de reparación de hernia inguinal que no requieren de un gran gasto. Desde la aparición de las prótesis, numerosas guías clínicas las recomiendan como técnica estándar de reparación, pero todo cirujano de pared abdominal tiene que disponer en su repertorio de técnicas quirúrgicas llamadas “anatómicas” que no precisan de malla. Cada vez se presentan más pacientes que podemos seleccionar para reparación sin prótesis por las características del enfermo o porque consideremos que una complicación derivada de la implantación de una malla, como puede ser una neuralgia, es inadmisibles.

Por todo ello, creo que debemos introducir unos gramos de prudencia en la atención de nuestros pacientes que acuden con un supuesto diagnóstico de hernia inguinal. Disponer de claros protocolos de manejo tanto preoperatorio como en el quirófano nos dará la satisfacción de proporcionar a cada paciente lo que necesita.

Lucas Blázquez Lautre
Jefe de Unidad de Cirugía Pared Abdominal
Hospital Universitario de Navarra
Profesor asociado. Departamento de Anatomía.
Universidad Pública de Navarra. Pamplona (España)
Correo electrónico: lucas.blazquez.lautre@navarra.es

2255-2677/© 2023 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.00548>

BIBLIOGRAFÍA

1. Danto LA. Inguinodynia and ilioinguinal neurectomy. *Am J Surg.* 2012;203(4):550. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2008.06.030.
2. Martínez-Hoed J, García-Pastor P, Ortiz-Cubero JA, Pous-Serrano S. El estado actual del manejo del paciente con hernia inguinal en España e Hispanoamérica comparado con la Guía internacional para el manejo de la hernia inguinal. *Rev Hispanoam Hernia.* 2022;10(2):70-84.
3. Moreno-Egea A, Mayagoitia JC. Guía clínica para el manejo del dolor inguinal crónico posoperatorio. *Rev Hispanoam Hernia.* 2021;9(2):131-6.
4. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth.* 2008;101(1):77-86. DOI: 10.1093/bja/aen099
5. Ramírez Mancillas LR. ¿Cirujanos de hernia independientes o promotores de la industria? *Rev Hispanoam Hernia.* 2022;10(4):153-4.