

Trabajos Originales

HERNIA ASINTOMÁTICA DE PARED ABDOMINAL COMO HALLAZGO DURANTE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

Paolo Ricci A.¹, Vicente Solà D.¹, Jack Pardo S.¹, Rodrigo Lema C.¹, Enrique Guiloff F.¹

¹Unidad de Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Las Condes.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia y determinar la factibilidad del diagnóstico de hernias asintomáticas de pared abdominal, como hallazgo durante cirugía laparoscópicas por causa ginecológica. **Método:** Estudio prospectivo de 100 pacientes ingresadas para cirugía ginecológica laparoscópica, en las cuales se descartó hernia de pared abdominal mediante la anamnesis y examen físico en la evaluación preoperatoria. Se observó rutinariamente la pared abdominal durante la laparoscopia, buscando defectos herniarios. **Resultado:** De las 100 pacientes ingresadas al estudio, se constató 1 caso de hernia de pared abdominal (hernia inguinal indirecta). **Conclusión:** La incidencia para el grupo estudiado, fue de 1 hernia de pared abdominal asintomática (1%), encontrada como hallazgo durante un procedimiento laparoscópico por causa ginecológica. Los defectos de pared abdominal pueden constituir, aunque escasos, un hallazgo durante la cirugía laparoscópica ginecológica. Se discute la necesidad de reparación durante el acto quirúrgico primario.

PALABRAS CLAVES: *Hernia de pared abdominal, laparoscopia*

SUMMARY

Objective: To determine the feasibility of diagnosing hernial abdominal wall defect and to find out the incidence of asymptomatic abdominal wall hernias like finding during laparoscopic gynecologic surgeries. **Method:** Prospective study of 100 consecutive laparoscopic gynecologic surgeries in which a thorough visualization of the abdominal wall and the areas of common wall defects were examined during surgery. None of the patients had symptoms or physical findings suggestive of hernias in the preoperative evaluation. **Results:** Only one abdominal wall hernia was found in this series (1 in a 100). The defect was an indirect right inguinal hernia. **Conclusions:** A complete examination of the abdominal wall during gynecologic laparoscopy allows the diagnosis of asymptomatic hernias. The incidence of hernia found in this series was 1%. The necessity of repair during the same surgical act is discussed.

KEY WORDS: *Abdominal wall hernia, laparoscopy*

INTRODUCCIÓN

Las hernias de pared abdominal constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de cirugía. En Estados Unidos se realizan entre 700.000 y 800.000 hernioplastias

anuales, de las cuales un 10% corresponden a hernias recidivadas y de estas entre un 15 y 35% han requerido dos o más cirugías (1,2).

Estas cifras involucran aspectos socio-económicos pocas veces discutidos en la literatura médica. Tratándose de una patología de alta preva-

lencia, es muy probable que en alguna ocasión las encontremos en nuestras pacientes ginecológicas durante el examen abdominal. En aquellas que son sintomáticas, podremos orientar y derivar oportunamente al cirujano. Incluso podemos planificar una cirugía conjunta y complementaria entre ambas especialidades. Sin embargo, algunas de estas hernias pueden ser asintomáticas y pueden pasar desapercibidas durante el examen físico (3). Estas hernias, pueden ser un hallazgo durante algún procedimiento laparoscópico, durante la inspección interna de la pared abdominal (4).

El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de hernias asintomáticas de la pared abdominal, detectadas como hallazgo durante algún procedimiento laparoscópico ginecológico.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó estudio prospectivo para determinar la incidencia de hernias asintomáticas de la pared abdominal, en pacientes ingresadas para resolución quirúrgica por vía laparoscópica de alguna patología ginecológica. Durante la evaluación preoperatoria, se descartó por anamnesis y examen físico, la presencia de hernias de pared abdominal. En las mismas pacientes durante la cirugía laparoscópica, se revisó sistemáticamente la pared abdominal como parte de la inspección rutinaria de abdomen y pelvis, antes de comenzar la cirugía ginecológica. Al momento de encontrar algún defecto de pared abdominal, se procedió a clasificar el tipo de hernia. Se ingresaron al estudio 100 pacientes, entre enero de 2004 y octubre de 2006, con edades que fluctuaron entre 26 y 62 años, con una media de 54 años y 28 de índice de masa corporal (IMC), y sin antecedente de hernioplastia previa (Tabla I).

Se informó a cada una de las pacientes el motivo de su cirugía y el procedimiento a realizar. Se estableció que en caso de encontrar una hernia pared abdominal, se informaría en el protocolo operatorio y más tarde a la paciente, sin una corrección en el acto operatorio por tratarse de un defecto de pared abdominal asintomático. De esta forma, la paciente tendría el diagnóstico exacto de la hernia, planificando una corrección futura con el especialista indicado, en caso de hacerse sintomática.

RESULTADOS

De las 100 pacientes estudiadas, se encontró 1 hernia. Correspondió a una múltipara de 48

Tabla I
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO INGRESADO AL ESTUDIO

<i>Características</i>	
Pacientes en estudio	100
Edad (media)	54 años (r: 26 a 62 años)
IMC (media)	28
<i>Período de estudio</i>	<i>Enero 2004 a octubre 2006</i>
<i>Tipo de cirugía laparoscópica</i>	
Histerectomía total laparoscópica	4
Histerectomía supracervical laparoscópicas	72
Esterilización	10
Otras laparoscopias*	14
<i>Hernia de pared abdominal encontrada</i>	
Incidencia	1 en 100 (1%)
Tipo de hernia	Inguinal indirecta

*Otras laparoscopias: anexectomías, suspensión uterina con técnica de Gargiulo.

años, que consultó por miomas sintomáticos (hipermenorrea y anemia secundaria). Se realizó histerectomía supracervical laparoscópica, encontrándose en la inspección rutinaria de la pared abdominal un defecto de pared abdominal. Se observó una cavidad en la pared lateral derecha, lateral a la epigástrica inferior, lo que permitió clasificarla como hernia inguinal de tipo indirecto (Figura 1 y 2). Tal como se estableció previamente, no se reparó el defecto durante el acto quirúrgico, por tratarse de una hernia asintomática. Se explicó a la paciente lo encontrado, para una eventual cirugía laparoscópica por cirujano especialista en caso necesario, a futuro.

DISCUSIÓN

Muchos entendemos al ginecólogo como el médico integral de la mujer, por esta razón y el estrecho lazo que formamos con nuestras pacientes, hace que con frecuencia nos pregunten por otras patologías. Por ello debemos saber reconocerlas para así, una vez detectadas, derivarlas correctamente. Por otro lado, debido a la alta frecuencia de las hernias de pared abdominal, es probable que en más de una ocasión encontremos defectos de pared abdominal durante la anamnesis y examen físico, practicados como parte del examen preoperatorio y complemento al examen ginecológico. Sin embargo, más interesante es el poder determinar que algunas de estas pacientes son asintomáticas, y sólo durante

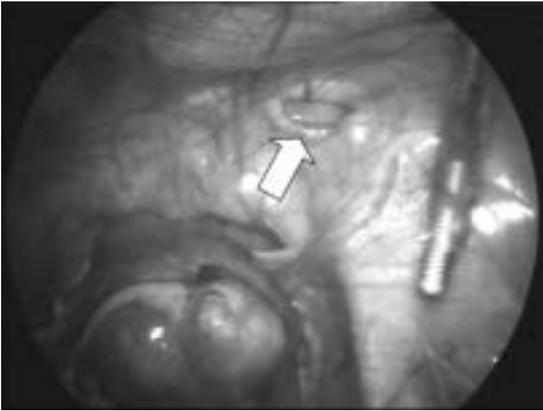


Figura 1. Visualización de útero y defecto de pared abdominal. Visión de útero con múltiples miomas y defecto de pared abdominal, correspondiendo a una hernia inguinal indirecta.

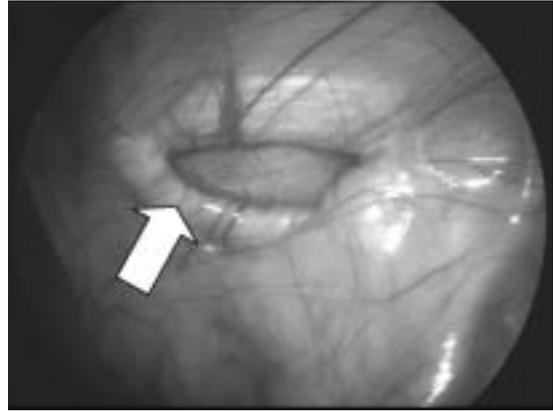


Figura 2. Detalle de la visualización de la hernia inguinal indirecta. Defecto de pared abdominal lateral derecha. Hernia ubicada lateral a la epigástrica inferior (indicada por la flecha), lo que permite clasificarla como de tipo indirecta.

algún procedimiento laparoscópico por alguna cirugía de nuestra especialidad, es donde podríamos vernos enfrentados al hallazgo de alguna hernia. Si realizamos rutinariamente un examen de la cavidad y las paredes de la pelvis y el abdomen, podemos acostumbrarnos a buscar estos defectos. Además podremos describirlos y saber de qué tipo de hernia se trata. De esta forma incluso, previa autorización de la paciente, se puede planificar una resolución por parte del cirujano, durante el mismo acto laparoscópico, evitando una nueva reintervención.

Se han publicado otros trabajos, aunque escasos, en que se buscó la presencia de hernias de pared abdominal asintomáticas (4,5), es decir cómo hallazgo. Sin embargo, esta experiencia no se había realizado para conocer la posibilidad de encontrarlas durante algún procedimiento ginecológico. Esto hace que sea una experiencia inédita, que pretende contestar a la pregunta sobre cuántos defectos de pared abdominal podríamos encontrar desde nuestra perspectiva.

Las hernias de pared abdominal son cinco veces más frecuentes en hombres que en mujeres. La hernia inguinal indirecta es la más frecuente en ambos sexos (5), la hernia directa es más difícil de encontrar en la mujer. Por esto no es casualidad que la hernia que encontramos correspondiera a esta clasificación. En la experiencia de Paajanene y cols (5), publicada durante este año, de un total de 201 laparoscopias efectuadas a mujeres y varones, la hernia inguinal se presentó en un 18% (ambos sexos), presentándose mayori-

tariamente en hombres ($p=0,003$). Por otro lado, al encontrar una hernia inguinal a un lado, existe en forma genérica (ambos sexos), la posibilidad de encontrar una contralateral en un 45% (6). O'Rourke y cols (7) demostraron que la laparoscopia es una excelente herramienta en la detección de hernias asintomáticas, que no son detectadas por el examen físico, incluso existiendo previamente potenciales factores de riesgo. Creemos que una de las razones de la mejor visualización de los sacos herniarios durante la laparoscopia, se debe al aumento de la presión intra-abdominal causado por el pneumoperitoneo. Respecto a la etiopatogenia, muchos hacen referencia a traumatismos o fuerzas. Sin embargo, actualmente muchos apoyan con mayor importancia, a la ausencia de haces musculares y/o al defecto de colágeno. Este último también es aceptado como causa de los prolapsos en nuestra especialidad, que también podemos entender como una verdadera hernia. Actualmente, una práctica frecuente en la corrección que realizan los cirujanos, es el uso de mallas protésicas, que también hemos incorporado en nuestra práctica clínica, como refuerzo de las fascias al reparar prolapsos.

No cabe ninguna duda que la laparoscopia constituye una excelente herramienta en el diagnóstico de una hernia de pared abdominal asintomática, que no es percibida al no producir síntomas, ni tampoco es encontrada en el examen físico (7). Sin embargo, otro punto muy importante a discutir, es la decisión de reparar este defecto durante el mismo acto operatorio. Si la paciente está de

acuerdo e informada previamente, se podría realizar esta reparación con la participación del cirujano especialista, sin necesidad de una futura intervención. Evitando los riesgos y costos de la exposición a una nueva cirugía. Se podría discutir que se trata de un defecto de pared abdominal que no produce síntomas, es decir un hallazgo, por lo cual su necesidad de intervención no es urgente ni extremadamente necesaria. Ya que potencialmente, podría nunca producir síntomas y menos una complicación. Sin embargo, lo mínimo que se debe realizar es describirla en el protocolo operatorio, clasificarla e informarla a la paciente. Para que en caso de requerir estudio por dolor y/o tumor de pared abdominal, se tenga presente la alta probabilidad que se trate de signología y sintomatología asociada a la hernia encontrada (posible etiología), ya sea por una evolución natural o porque se encuentre complicada. Lo que nos orientaría más aún, al conocer detalladamente y en forma exacta, de qué tipo de hernia se trata. Aún cuando esto no constituye la razón de nuestro estudio, en cambio sí lo fue conocer la incidencia y determinar la factibilidad del diagnóstico de hernias asintomáticas de pared abdominal, como hallazgo durante cirugía laparoscópica por causa ginecológica, creemos que es un punto importante de discutir, tomando en cuenta la opinión de los cirujanos especialistas. Recordemos que no existen otros trabajos de este tipo, en cirugías laparoscópicas ginecológicas, los existentes son sólo en intervenciones abdominales, realizados por cirujanos, en varones y mujeres. Además, tenemos que tener presente, que al igual que en esos trabajos, el porcentaje de hernias asintomáticas es muy bajo, por lo que es difícil demostrar que cualquier intervención que pretenda evitar una potencial complicación a futuro, nos permitirá obtener beneficios, ya sea porque se evita que la hernia se transforme en sintomática, o el defecto de pared aumente, o incluso se complique, como podría ocurrir en una estrangulación o incarceration intestinal a través del defecto herniario.

Por otro lado, es sólo durante la laparoscopia por otra causa, como lo es una cirugía ginecológica, que creemos, se da una inigualable oportunidad, para observar y revisar, como lo hemos incorporado de rutina, para diagnosticar cualquier defecto de pared o patología que se observe macroscópicamente en órganos abdominales y pélvicos. Lo que permitirá hacer diagnósticos que pueden ser muy importantes en el bienestar futuro de la paciente. Es así como en otros casos, he-

mos diagnosticado cánceres primarios o metástasis en diferentes órganos, como hígado, vesícula o intestino, que se encontraban asintomáticos (o tal vez con síntomas menores a los cuales la paciente no les daba importancia).

La identificación de pacientes con hernias asintomáticas, nos permitirá realizar un seguimiento, para conocer la evolución natural de un defecto de pared abdominal, y conocer cuál es la probabilidad que se haga sintomática o requiera una corrección. Sólo de esta forma, podríamos discutir con mayor fuerza y propiedad, qué es lo que se debiera hacer con estas hernias una vez diagnosticadas. Ya sea corregirlas en el mismo acto operatorio, o si la posibilidad de hacerse sintomáticas y/o complicarse es muy baja, entonces corregirlas sólo cuando sea necesario (otro acto operatorio, que quizás podría incluso ser poco probable). Sin embargo, debemos tener presente, que es difícil poder responder estas interrogantes con la frecuencia encontrada, se requerirían grandes series, por lo que una posibilidad es hacer un estudio colaborativo. Es esta la misma razón, por la que ninguno de los escasos trabajos que hay en otras especialidades, logra responder la misma interrogante que se nos presenta. Por otro lado, no todas las hernias de pared abdominal son iguales, según el tipo, las hay más o menos frecuente, las hay preferentes según género, según edad, con sus respectivas mayores o menores posibilidades naturales de complicación. Se debe tener presente el tipo de hernia asintomática, al momento de analizar los datos de un eventual estudio que logre solucionar el problema del número de pacientes, es decir, aún si tuviéramos una gran serie de pacientes (estudio colaborativo).

CONCLUSIONES

Es factible el hallazgo de hernias asintomáticas durante la inspección rutinaria de la pared abdominal en cirugía laparoscópica por causa ginecológica. La incidencia de este hallazgo fue de 1 cada 100 pacientes intervenidas (1%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rutkow IM, Robbins AW. Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am* 1993;73(3):413-26.
2. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2003. *Surg Clin North Am* 2003;83(5):1045-51.

-
3. 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.
 4. Watson DS, Sharp KW, Vasquez JM, Richards WO. Incidence of inguinal hernias diagnosed during laparoscopy. *South Med J* 1994;87(1):23-5.
 5. Paaianen H, Ojala S, Virkkunen A. Incidence of occult inguinal and Spigelian hernias during laparoscopy of other reasons. *Surgery* 2006;140(1):9-12.
 6. Koehler RH. Diagnosis the occult contralateral inguinal hernia. *Surg Endosc* 2002;16(3):512-20.
 7. O'Rourke A, Sep JA, Varkey-Zell TT, Barone JL, Bayona M. Laparoscopic diagnosis and repair of asymptomatic bilateral inguinal hernias. *Am J Surg* 2002;183(1):15-9.
-