



II Congreso

Sociedad Hispanoamericana de Hernia

3, 4 y 5 de mayo de 2018

Aula Magna de la Fundación Jiménez Díaz

Madrid - España



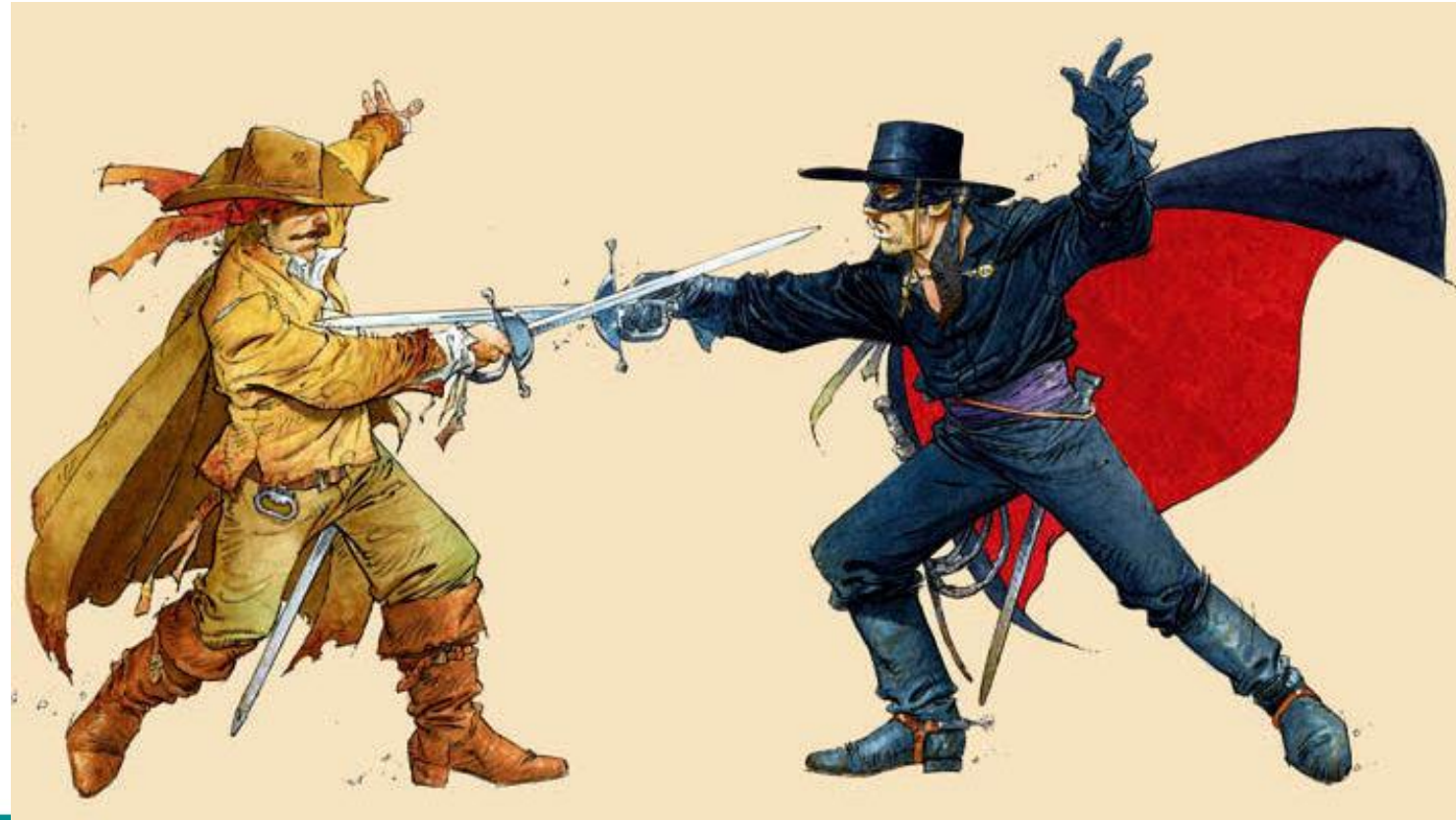
Defienda su abordaje. Cirugía abierta frente a TEP y TAPP

Dr. Héctor Armando Cisneros Muñoz
Cirujano Práctica Privada
León Guanajuato, México

3 de mayo 2018



Defendiendo el mejor abordaje para hernioplastia inguinal...





Abordaje abierto Vs Endo-lap

- El debate al comparar resultados del AA con AEL debe sustentarse en factores como:
 - Dolor a corto y largo plazo
 - Recurrencia
 - Complicaciones
 - Retorno a las actividades normales
 - Riesgo-beneficio
 - Coste
 - Calidad de vida



Abordaje abierto Vs Endo-lap

- Disponibilidad de recursos
- Insumos
- Procedimiento anestésico AG BPD AL + S
- Indicación, pertinencia y conveniencia del abordaje
- Adiestramiento, conocimiento, experiencia y habilidad del cirujano.



MBE...¿Qué es lo recomendable en nuestro entorno?

- La evidencia de otros países puede chocar tremendamente con nuestra realidad y no ser aplicable.
- Existen tremendas brechas en el desarrollo y economía de las naciones.
- Existen también grandes brechas generacionales



Diferencias entre hernioplastias abiertas y endo-lap

a

Hernioplastia abierta

Curva de aprendizaje corta

Se realiza con anestesia local

Tiempo quirúrgico corto

Bajo índice de complicaciones (la mayoría no graves)

Dolor posoperatorio de leve a moderado

Retorno actividades S/R de 2-3 semanas

Costos hospitalarios bajos

Recurrencia baja (hernioplastia protésica)

Hernioplastias endo-laparoscópica

Curva de aprendizaje larga (30-250 cirugías)

Se realiza con anestesia general-BPD

Tiempo quirúrgico mayor

Mayor índice de complicaciones (más graves)

Dolor posoperatorio leve

Retorno actividades S/R de 10-15 días

Costos hospitalarios 18-140 % más altos

La recurrencia es mayor en los primeros casos

Lo deseable

- Un cirujano debe dominar ambos abordajes pero con prioridad el abierto.
- Un cirujano endo-laparoscópico de hernia debe dominar técnicas abiertas porque habrá ocasiones en que necesitará convertir.

La realidad

- En LA y en USA, las técnicas Endoscópicas para hernia inguinal, en especial las extra peritoneales, se limitan un círculo de cirujanos expertos.





Realidades

- Pocos Cirujanos dominan las técnicas endo-laparoscópicas
- Pocos Endo-laparoscopistas dominan las técnicas abiertas para casos complejos
- Ambos abordajes para hernias complejas son “Operador/Dependiente”

Estado global

- La cirugía abierta de la hernia inguinal es la que más se realiza (90%)
- Laparoscópica
 - 80% Australia
 - 40% Alemania y Francia
 - 15% USA, España
 - México;
 - 5%, Mayagoitia 2008
 - El abordaje mejor dominado= Abierto

Encuesta Nacional AMCG (Dr. A. Weber)
<https://es.surveymonkey.com/s/G7R9RCQ>

Abordaje abierto

- La ventaja: La mayoría de los cirujanos domina este abordaje, tiene múltiples opciones (15-17) y respeta el espacio preperitoneal en algunas de ellas.



Medicina Basada en Evidencias

Laparoscopic compared with open methods of groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials

EU Hernia Trialists Collaboration

British Journal of Surgery July 2000;87(7):860-867

Cochrane Library Plus: Actualización del 25-VIII-2003

Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair

British Journal of Surgery 2003;90:1479-1492

Error metodológico

Comparar técnicas Endoscópicas (TAPP y TEP) vs Abiertas (con malla y sin malla)



Open Mesh versus Laparoscopic Mesh Repair of Inguinal Hernia

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

APRIL 29, 2004

VOL. 350 NO. 18

Open Mesh versus Laparoscopic Mesh Repair of Inguinal Hernia

Leigh Neumayer, M.D., Anita Giobbie-Hurder, M.S., Olga Jonasson, M.D., Robert Fitzgibbons, Jr., M.D.,
Dorothy Dunlop, Ph.D., James Gibbs, Ph.D., Domenic Reda, Ph.D., and William Henderson, Ph.D.,
for the Veterans Affairs Cooperative Studies Program 456 Investigators*

The New England Journal of Medicine
2004;350(18):1819-1827



Medicina Basada en Evidencias Lichtenstein vs Laparoscópica

The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

APRIL 29, 2004

VOL. 350 NO. 18

Open Mesh versus Laparoscopic Mesh Repair of Inguinal Hernia

Leigh Neumayer, M.D., Anita Giobbie-Hurder, M.S., Olga Jonasson, M.D., Robert Fitzgibbons, Jr., M.D.,
Dorothy Dunlop, Ph.D., James Gibbs, Ph.D., Domenic Reda, Ph.D., and William Henderson, Ph.D.,
for the Veterans Affairs Cooperative Studies Program 456 Investigators*

- Multicéntrico (14 hospitales)
- 2,164 pacientes
- “La técnica de Lichtenstein es superior a la laparoscópica en términos de recurrencia y seguridad”



Conclusiones de los 3

- Técnica abierta, superior a la laparoscópica para hernias primarias
- En recurrencias, la laparoscópica parece ser mejor opción.
- Curva de aprendizaje de 80 casos tutorados
- Experto y mejores resultados después de 250 casos
- Retorno a actividades más rápido en laparoscópicas
 - Habituales 5 días menos de incapacidad
 - Laborales 7 días menos de incapacidad

Guías y meta-análisis TAPP vs TEP

Surg Endosc (2011) 25:2773–2843
DOI 10.1007/s00464-011-1799-6

GUIDELINES

Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS)]

R. Bittner · M. E. Arregui · T. Bisgaard · M. Dudai · G. S. Ferzli · R. J. Fitzgibbons ·
R. H. Fortelny · U. Klinge · F. Kockerling · E. Kuhry · J. Kukleta · D. Lomanto ·
M. C. Misra · A. Montgomery · S. Morales-Conde · W. Reinpold · J. Rosenberg ·
S. Sauerland · C. Schug-Paß · K. Singh · M. Timoney · D. Weyhe · P. Chowbey

Hay pocos datos publicados con nivel 1 de evidencia comparando TAPP vs TEP.

Hay ventajas y desventajas en ambas.

No hay diferencias estadísticamente significativas respecto a complicaciones p.o, particularmente índices de recurrencia y dolor inguinal crónico

Todo 2012, 13 y 14 Hernia Journal

- Solo un artículo comparándolas en ancianos y 1 comparando dolor crónico y calidad de vida

Hernia (2012) 16:635–640
DOI 10.1007/s10029-012-0940-3

ORIGINAL ARTICLE

Prospective randomized trial of laparoscopic (transabdominal preperitoneal-TAPP) versus open (mesh) repair for bilateral and recurrent inguinal hernia: incidence of chronic groin pain and impact on quality of life: results of 10 year follow-up

M. Bignell · G. Partridge · D. Mahon ·
M. Rhodes

W. W. Hope · L. Bools · A. Menon ·
C. M. Scott III · A. Adams · W. B. Hooks III

Conclusion CGP following laparoscopic surgery for inguinal hernia repair is less severe than open repair, but this does not translate into a significant improvement in QoL in this study.

ORIGINAL ARTICLE

Comparing laparoscopic and open inguinal hernia repair in octogenarians

W. W. Hope · L. Bools · A. Menon ·
C. M. Scott III · A. Adams · W. B. Hooks III

Conclusions Despite subtle differences between the laparoscopic and open approaches to inguinal hernia repairs in octogenarians, both procedures are safe with similar outcomes.

Meta-análisis 2014

- Meta-análisis de estudios con nivel de evidencia 1 y recomendación A

Hernia (2014) 18:151–163

DOI 10.1007/s10029-014-1236-6

REVIEW

Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients

M. Miserez • E. Peeters • T. Aufenacker • J. L. Bouillot • G. Campanelli •
J. Conze • R. Fortelny • T. Heikkinen • L. N. Jorgensen • J. Kukleta •
S. Morales-Conde • P. Nordin • V. Schumpelick • S. Smedberg •
M. Smietanski • G. Weber • M. P. Simons

Meta-análisis 2014

Recurrencia a 4 años

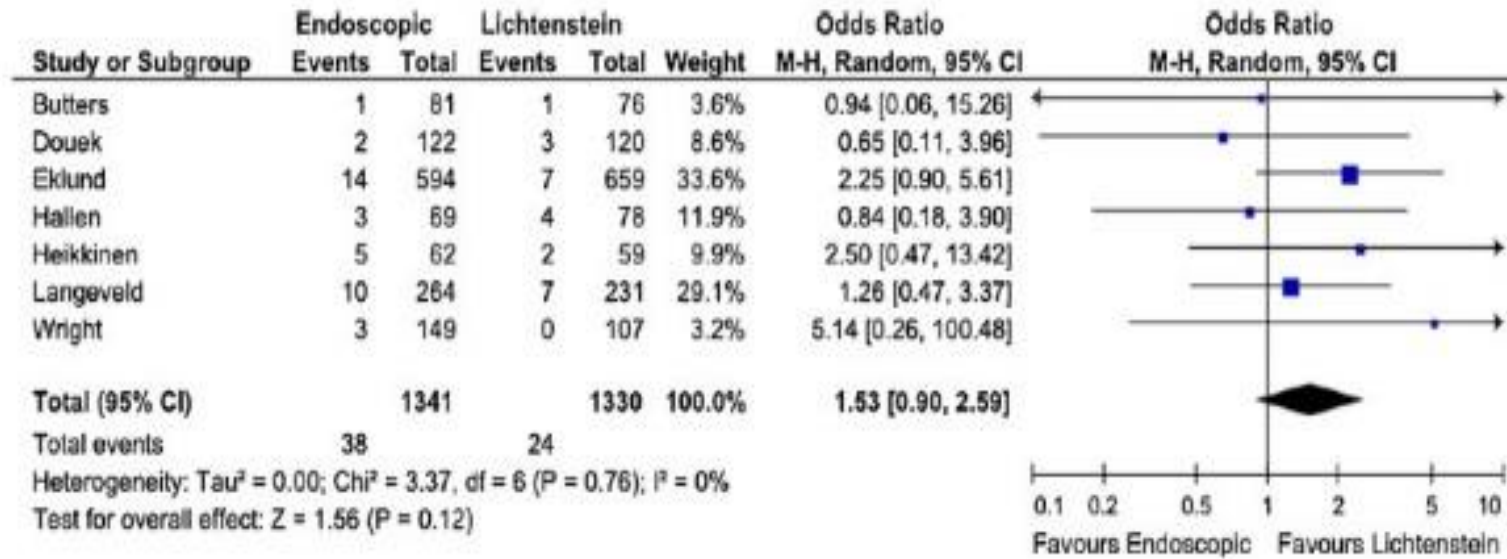


Fig. 1 Pooled data of seven studies on recurrence with follow-up >4 years after endoscopic vs. Lichtenstein inguinal hernia repair (excluding the data from one single surgeon in the study by Eklund et al. [6] (see text)

Meta-análisis 2014

Dolor crónico en hernias primarias

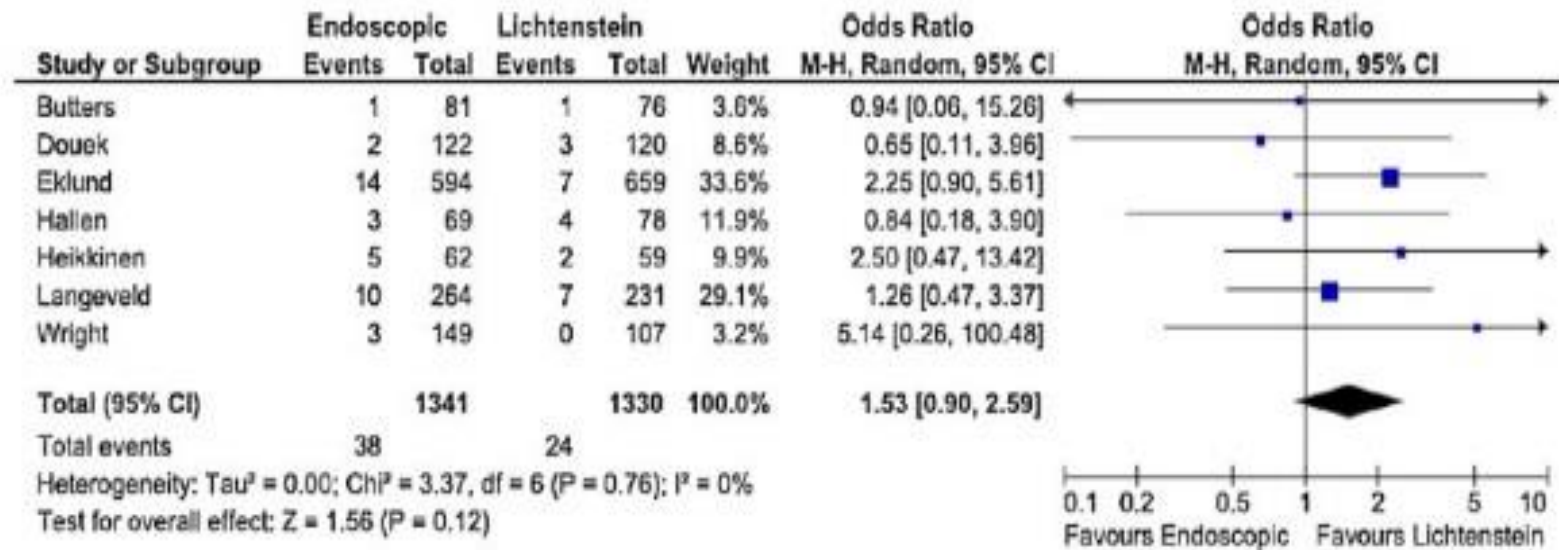


Fig. 2 Pooled data of seven studies on severe chronic pain with follow-up >4 years after endoscopic vs. Lichtenstein inguinal hernia repair

Meta-análisis 2014

Dolor crónico en hernias recurrentes por vía abierta

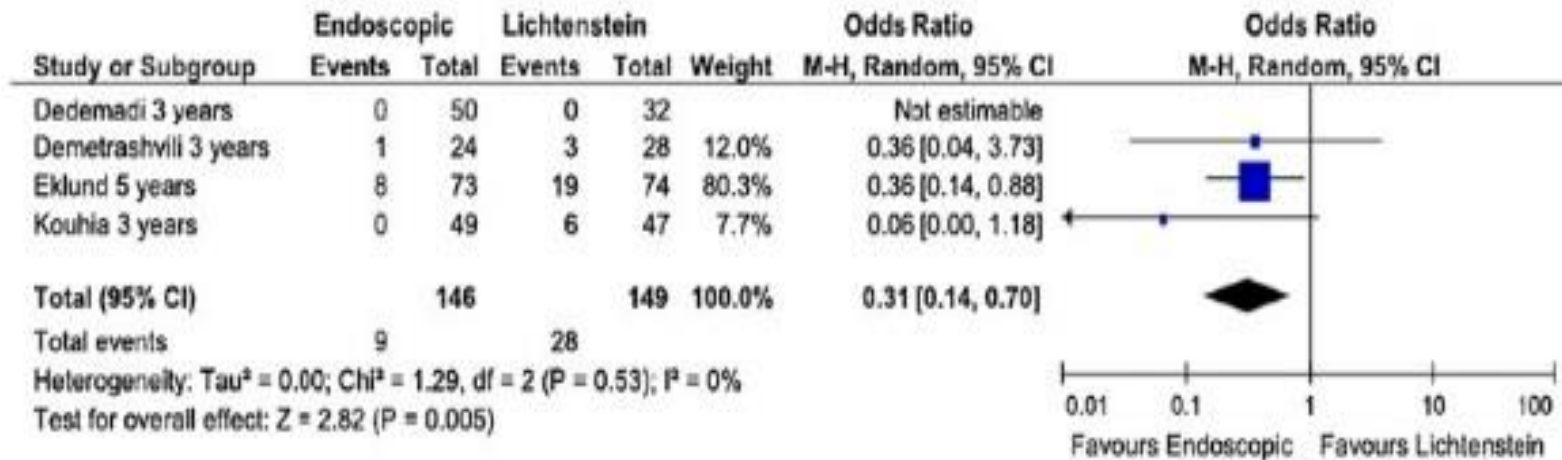


Fig. 3 Pooled data of four studies on chronic pain with follow up 3–5 years after endoscopic vs. Lichtenstein recurrent hernia repair after previous open repair



Meta-análisis 2014

Conclusiones

- Menor dolor crónico con abordaje abierto
- Menor dolor crónico con endo-lap para recidiva de abordaje abierto
- Fijación con grapas es más dolorosa
- Fijación con grapas permanentes es más dolorosa



Meta-análisis 2014

Conclusiones

- Cirugía ambulatoria es segura y aconsejable en cualquier edad y vía de abordaje
- Profilaxis antibiótica da menor índice de infecciones
- Bloqueo de nervio II e IH con local da menor dolor en cualquier vía
- La neurectomía profiláctica del II previene el dolor crónico PO



Complicaciones AA Vs AEL

a

Hernioplastia abierta

Seroma
Hematoma
Infección,
equimosis,
Edema
Hidrocele
Atrofia testis
Orquitis
Inguinodinia

Hernioplastias endo- laparoscópica

Lesión vascular
Lesión vesical
Lesión intestinal
Sangrado profuso
Hipercapnia
Hipotensión
Arritmias
Broncoaspiración
TEP
Meralgia parestésica
RAO

Anestesia

- La cirugía abierta, con A. local + sedación y ambulatoria:
 - Menor riesgo
 - Mayor factibilidad
 - Menor costo
- La cirugía Endoscópica no puede competir en estos aspectos



Costes

- La cirugía de hernia inguinal laparoscópica es 2-3 veces más cara que la abierta
- Solo se compensa a la larga en pacientes con salarios diarios mayores de;
 - \$2,600 a nivel institucional (\$120 E)
 - \$5,260 a nivel privado (\$220 E)

Estudio multi céntrico 2010; Monterrey, Guadalajara, León, DF.

Mayagoitia GJC, Gil GG, Álvarez QR, Martínez MA



Indicaciones y pertinencia AA

- Indicaciones (**cualquier hernia inguinal y/o femoral**) incluyendo las denominadas **complejas, (monstruosas, con perdida DD)** etc.
- A. A: Hernias escrotales grandes, que no toleren anestesia general, hernia recurrente (primaria con invasión del pre peritoneo), **Riesgo alto de Ca próstata.**

Indicaciones

Ventajas

- **Plastia abierta:**
 - Unilaterales, bilaterales, primarias y/o recurrentes de cualquier abordaje
 - Ancianos y pacientes de alto RAQ
- **Endoscópicas**
 - Deportistas de alto rendimiento
 - Bilaterales
 - Recurrentes por abordaje anterior

Manejo académico (teórico) de la recurrencia

- Vía: Utilizar el espacio que no se ha violado:
 - Anterior → Posterior abierto o endo-lap.
 - Posterior → Anterior
- Técnica: Depende de tamaño del defecto, experiencia y formación del cirujano (Lichtenstein, MP, Cisneros, PHS, TAP, TEP, etc.)
- Cuando se han agotado las posibilidades de abordajes endo-lap-rob- etc. Siempre estará como medida heroica el abordaje abierto.

Otros argumentos

- Vigencia: más de 2 siglos vigente
- TAPP TEP justo rebasan el cuarto de siglo
- La anatomía anterior es más sencilla
- Tacto Vs háptica (ciencia del tacto por analogía con la acústica y la óptica).
- Altamente reproducible y junto con la técnica de Lichtenstein sigue como el estándar de oro
- Buena cosmesis. Cicatriz oculta.

Resumen

- Amplio abanico de técnicas aplicables
- Bajo índice de recidivas
- Bajo índice de infecciones
- Dolor tolerable
- Recuperación similar a TAPP y TEP
- Complicaciones de menor gravedad que las endoscópicas
- Posibilidad de reoperar por misma vía hasta en 3 intentos
- Costo bajo
- Buena calidad de vida

Conclusión final

- Individualizar al paciente y su hernia para adecuar la mejor técnica y abordaje.
- Podrán morir o caer en desuso TAPP y TEP Rob u otros métodos, pero no el abordaje abierto, que ha sido, es y será irremplazable permanecerá por los siglos de los siglos como una alternativa viable para resolver los casos de cualquier abordaje fallido.

Reflexiones finales

- Es como una relación presencial contra una cibernética... Nunca será lo mismo estar ahí, ver, tocar, palpar, oler etc.. que hacerlo desde lejos.
- Nunca hemos tenido que convertir una cirugía abierta en cirugía Endoscópica.
- Mi argumento más poderoso es: que el AA es el que mejor sé hacer y con buenos resultados.
- Porque NO es cuestión de espada sino de espadachín.

