

Hernia inguinal en pacientes mayores de 70 años: resultados del manejo conservador

Inguinal hernia in the elderly. Results with conservative treatment

Cristian M. Ferreyra, Emiliano Mugianesi Araujo, Marcelo R. Córdoba, José C. Alvarado Figueroa, Silvina A. Martino, Miguel A. Statti, Juan A. Perriello

Servicio de Cirugía General. Departamento de Cirugía de Pared Abdominal. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Argentina.

Correspondencia:
Cristian M. Ferreyra,
e-mail:
cristianmferreyra@
hotmail.com,
Juan A. Perriello, e-mail:
juanperriello05@
hotmail.com

RESUMEN

Antecedentes: en el paciente anciano, la realización de una hernioplastia inguinal representa una decisión compleja. El riesgo de sufrir complicación quirúrgica tendría relación con las comorbilidades inherentes a este grupo etario, lo que obliga a una evaluación minuciosa de cada caso.

Objetivo: evaluar el porcentaje de complicaciones herniarias en pacientes mayores de 70 años, cuyo manejo fue conservador.

Material y métodos: se analizaron todas las historias clínicas de pacientes portadores de hernia inguinal, mayores de 69 años, que concurren a un consultorio de Pared Abdominal del Hospital Privado de Comunidad (Mar del Plata), en el período enero de 2008 a mayo de 2010 y que por algún motivo no fueron tratados quirúrgicamente, con un seguimiento igual a 6 meses o mayor. Se clasificaron en 3 grupos según haya sido la causa por la que no fueron operados: 1) asintomáticos u oligosintomáticos (Grupo 1), 2) sintomáticos de alto riesgo (Grupo 2) y 3) negativas del paciente (Grupo 3). Se analizó si durante el seguimiento tuvieron alguna complicación relacionada con la hernia.

Resultados: se incluyeron 93 pacientes en la serie, con una mediana de edad de 81 años; 72 pacientes pertenecían al Grupo 1, 15 pacientes al Grupo 2 y 6 pacientes al Grupo 3. Durante el seguimiento (promedio: 31 meses), el 32,2% de los pacientes tuvo cambios en la sintomatología original y el 7,5% sufrió encarceración sin tener necesidad de cirugía de urgencia.

Conclusiones: la tasa de complicación en pacientes con hernia inguinal, de 70 años o mayores, fue superior a la informada en la literatura. La encarceración no generó mortalidad en la población en estudio.

■ **Palabras clave:** hernia inguinal, anciano, complicación, encarceración.

ABSTRACT

Background: inguinal surgery in the elderly, presents a dilemma to the treating surgeon. The surgical risks are directly related to comorbidities, common in that age group. The surgeon should carefully weigh the pros and cons of each particular patient.

Objective: the purpose of this paper is to evaluate hernia complications resulting from a conservative approach in patients older than 70 years of age.

Materials and Methods: all the patients older than 69 years, harboring an inguinal hernia that was not surgically treated for any reason and with a ≥ 6 months follow-up were enrolled at the abdominal wall Department of the Hospital Privado de Comunidad (Mar del Plata) in the period from January 2008 to May 2010. They were assigned to 3 groups according to their clinical situation: 1) Asymptomatic or oligosymptomatic patients (Group 1); 2) Symptomatic high risk patients (Group 2); 3) Refusal to surgery (Group 3). Complications related to the hernia during follow up were analyzed.

Results: 93 patients were enrolled. Median age was 81 years. 72 patients belonged to Group 1, 15 patients belonged to Group 2 and 6 patients to Group 3. During follow up (mean 31 months) 32.2% of patients developed new symptoms and 7.5% had incarceration. None of these patients required urgent surgery.

Conclusions: the complication rate reported in patients older than 70 years of age with inguinal hernia was higher than that reported in the literature. Incarceration did not cause mortality in the study population.

■ **Keywords:** inguinal hernia, elderly, complication, incarceration.

Recibido el
25 de octubre de 2016
Aceptado el
06 de diciembre de 2016

Introducción

La prevalencia de la hernia inguinal en la población general se calcula en un 27% para hombres y 3% para mujeres^{8,19}. La incidencia en hombres entre 45 y 64 años es de 0,7 por cada 1000 habitantes/año, valor que se incrementa en directa proporción con la edad y alcanza valores de hasta 1,5 por cada 1000 habitantes/año a los 75 años o más²¹.

La hernioplastia constituye la cirugía más frecuente en la práctica habitual de un Servicio de Cirugía general. Anualmente se realizan aproximadamente 20 millones de hernioplastias en el mundo^{1,2}.

La indicación de realizar una hernioplastia inguinal en el paciente adulto es clara; en la actualidad existen guías tales como la europea⁸ que proponen categorizar los síntomas antes de optar por un tratamiento quirúrgico, o bien la observación y control de estos.

En el paciente añoso, la cirugía representa una decisión más compleja ya que el riesgo de sufrir complicaciones herniarias estaría relacionado con el envejecimiento y, a su vez, la asociación de comorbilidades de este grupo etario obliga a una evaluación minuciosa de cada caso.

El índice de complicaciones en pacientes portadores de hernia inguinal, ronda el 0,2-3%^{3,4,5,6} por año, con una incidencia acumulada que va desde 1,8-6/1000 pacientes/año en la población general^{4,7}; la estrategia de control de pacientes asintomáticos u oligosintomáticos se encuentra aceptada en la actualidad⁸.

Son escasas las publicaciones donde la población esté conformada íntegramente por ancianos y, como se ha descrito anteriormente, estos constituyen un grupo particular de pacientes con mayor incidencia de patología parietal y sus complicaciones.

Objetivo: evaluar el porcentaje de complicaciones herniarias que presentan pacientes de 70 años o mayores, portadores de hernia inguinal cuyo manejo ha sido conservador.

Material y métodos

Se trata de un estudio de cohorte, retrospectivo, observacional.

Se analizaron todas las historias clínicas de los pacientes portadores de hernia inguinal, que fueran mayores de 69 años y que concurren al consultorio de Pared Abdominal del Hospital Privado de Comunidad (Mar del Plata), en el período enero de 2008 a mayo de 2010 y que por algún motivo no fueron tratados quirúrgicamente, con un seguimiento igual a 6 meses o mayor.

Criterios de exclusión:

- Menores de 70 años
- Seguimiento menor de 6 meses
- Hernias que semiológicamente impresionen cruales.

Se tomaron como variables: edad, sexo, fecha de consulta, síntomas, motivo de control, complicación herniaria, tiempo de la complicación y tratamiento.

Se decidió el control de aquellos pacientes que al momento de la consulta se presentaban:

1. Asintomáticos u oligosintomáticos (Grupo 1): paciente que manifiesta molestias inguinales, que no alteran sus actividades diarias, y no ha presentado complicación herniaria alguna.
2. Sintomáticos de alto riesgo (Grupo 2): pacientes sintomáticos pero que, a criterio del cirujano, registran antecedentes que limitan la indicación quirúrgica por alto riesgo.
3. Negativas del paciente (Grupo 3): pacientes sintomáticos que no optaron por la cirugía.

Todos los pacientes fueron informados sobre las posibles complicaciones o motivos o ambas instancias por los cuales debían consultar. Fueron controlados por el mismo cirujano según demanda y se evaluaron las consultas por urgencia y los cambios en la conducta terapéutica, ya sea en forma programada o de urgencia.

Definiciones

- Definimos como complicación: episodio de incarceration que requirió maniobras de taxis, internación o cirugía de urgencia o las tres posibilidades.
- La aparición de dolor se consideró como síntoma principal para realizar algún cambio de conducta, pero no fue considerado complicación herniaria.
- La aparición de dolor, el aumento del tamaño o la decisión del paciente fueron consignados como cambios en la evolución.

Se utilizó la escala de ASA (American Society Anesthesiologists) y el índice de comorbilidades de Charlson para estratificar el riesgo de los pacientes.

Resultados

Se incluyeron 93 pacientes en la serie, con una mediana de edad de 81 años (rango 70-95 años), en su mayoría de sexo masculino (87,1%) (Tabla 1).

La serie estuvo compuesta de 57% de pacientes con hernia inguinal derecha (53/93), 28% hernia inguinal izquierda (26/93) y 15% hernia inguinal bilateral (14/93), mientras que el 17,2% de estas hernias fueron inguinoescrotales.

Los motivos por los cuales se decidió el seguimiento del paciente fueron (Tabla 1):

- Grupo 1: Asintomáticos u oligosintomáticos, 72/93
- Grupo 2: Sintomáticos de alto riesgo 15/93
- Grupo 3: Pacientes que optaron por NO operarse, 6/93
 - 4 sintomáticos
 - 2 asintomáticos u oligosintomáticos

En cuanto a la evaluación de riesgo quirúrgico, el 58% de la serie corresponde a ASA II y el 42% res-

■ TABLA 1

Distribución de población	
	n (%)
Edad	
Media (81,23 años)	
Mediana (81,1 años)	
> 69 años	40 (43)
> 79 años	53 (57)
Población	
	93 (100)
Varones	81 (81,7)
Mujeres	12 (12,9)
Tipo de hernia	
Hernia inguinal derecha	53
Hernia inguinal izquierda	26 (25,8)
Hernia inguinal bilateral	14 (15,05)
Hernia inguinal recidivada	5 (4,3)
Hernia inguinoescrotal	16 (17,2)
Grupo: Motivo de NO cirugía	
Grupo 1: Asintomáticos y/u oligosintomáticos	72 (77,5)
Grupo 2: Antecedentes relevantes	15 (16,1)
Grupo 3: Negativa a la cirugía	6 (6,4)

tante a ASA III. De la valoración mediante el índice de comorbilidades de Charlson se desprende que el 48% de los pacientes tiene < 1% de supervivencia a los 10 años, el 37,6% de los pacientes tiene > 1 y < 40% de supervivencia a los 10 años y solo el 13,9% > 40%.

Del análisis específico del Grupo 2, 14/15 pacientes presentan más de 3 comorbilidades que impactan en el Charlson (rango 4,8-11,4) con una supervivencia a 10 años de todo el Grupo 2 que no supera el 27,5% y donde el 66% del grupo tiene < 1% de supervivencia a 10 años.

El seguimiento promedio fue de 31 meses con una mediana de 33 meses (rango 6-53 meses).

Durante el seguimiento, 30 pacientes (32,2%) presentaron cambios en la evolución; de estos, el 80% (24/30) pertenecía al Grupo 1. (Véanse Figura 1 y Tabla 2).

■ TABLA 2

Cambios evolutivos durante el seguimiento		
Cambio evolutivo en el seguimiento	n (%)	Nº Grupo (n)
Dolor inguinal	18 (19,3)	1(15) 2 (1) 3 (2)
Aumento del tamaño herniario	3 (3,2)	1 (3)
Optaron por cirugía	2 (2,1)	1 (2)
Incarceración	7 (7,5)	1 (4) 2 (3)

■ FIGURA 1

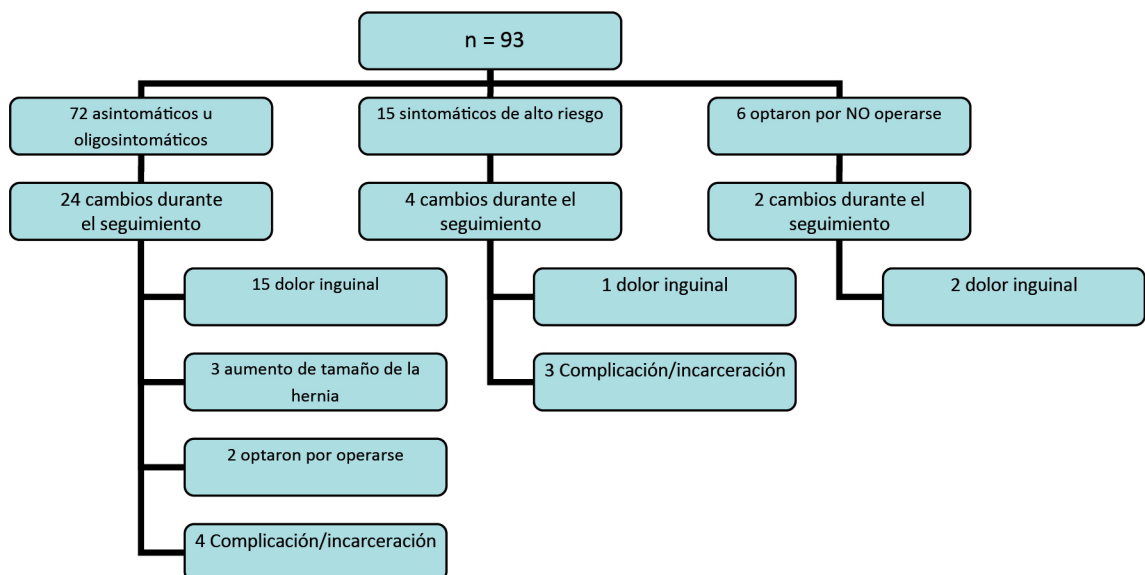


TABLA 3

Eventos registrados				
Pte nº	Edad (años)	Tiempo de complicación (meses)	Motivo de No cirugía	Tratamiento
1	83	23	Asintomático u oligosintomático	Cirugía programada
2	87	14	Sintomático de alto riesgo	Control
3	73	30	Sintomático de alto riesgo	Control
4	82	36	Asintomático u oligosintomático	Control
5	81	32	Asintomático u oligosintomático	Control
6	77	6	Sintomático de alto riesgo	Cirugía programada
7	78	Desconocido	Asintomático u oligosintomático	Control

TABLA 4

Atascamiento según edad		
Edad (años)	n	Atascamiento n (%)
70- 79	40	3 (7,5)
>79	53	4 (7,5)
Incidencia absoluta	93	7 (7,5)

18 pacientes (19,3%) presentaron dolor inguinal.

- A 11 pacientes se les practicó hernioplastia inguinal con malla sin tensión; 3 fueron tratados mediante bragueros y 4 pacientes fueron controlados.
- 3 pacientes (3,2%) registraron aumento de tamaño de la hernia.
 - Uno de ellos fue tratado mediante braguero, los demás fueron controlados.
- 2 pacientes (2,1%) optaron por resolución quirúrgica de la hernia.
- 7 pacientes (7,5%) sufrieron encarceración

La complicación o evento en estudio se produjo en 7 pacientes de la serie investigada; ninguno de los episodios llegó a cirugía de urgencia y se resolvió la complicación mediante maniobras de taxis.

En el único paciente que requirió internación debido a la encarceración, la hernia se redujo durante su transcurso y, debido a su alto riesgo, se optó por la estrategia de observación y control.

De los restantes, 2 pacientes fueron resueltos quirúrgicamente en forma programada y en 4 se optó por observación y control por decisión del paciente y/o comorbilidades (edad de 90 años, trastorno de coagulación y 2 pacientes no aceptaron la cirugía) (Tabla 3).

En lo referente a complicación de hernia y relación con el grupo de origen, 4 pacientes pertenecían al Grupo 1: asintomáticos u oligosintomáticos (5,55%) y 3 al Grupo 2: sintomáticos de alto riesgo (20%) (PNS prueba Fisher).

Con respecto a la distribución según edades, 4 pacientes eran mayores de 80 años y 3 eran menores de 80 años (PNS prueba Fisher) (Tabla 4).

La incidencia de complicaciones de hernia inguinal en nuestra serie fue de 7,5% con una media de seguimiento de 31 meses; de ello resultó la incidencia acumulada de 29/1000 ptes/año.

No se registró mortalidad atribuible a la patología en estudio.

Discusión

El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento progresivo de la población ha generado una serie de cambios en lo que respecta al manejo de la patología parietal; las características de los defectos herniarios, asociados a la morbilidad inherente a este grupo etario, representan un desafío a la hora de optar por una estrategia quirúrgica como tratamiento de una hernia inguinal.

La clásica indicación de cirugía de la hernia ante la posibilidad de complicaciones no representa el estándar de manejo en la actualidad⁸. El manejo conservador de hernias asintomáticas o mínimamente sintomáticas es una propuesta aceptada y constituye una recomendación en las guías europeas y americanas de manejo de la hernia inguinal del adulto.

Fitzgibbons y col.⁷ aleatorizaron a 724 pacientes en 2 ramas, los que fueron inicialmente a cirugía y los observados/controlados, con un seguimiento durante 2 años. El objetivo era comparar el nivel en el que interfería el dolor provocado por la hernia con los tratados inicialmente con cirugía de reparación, las complicaciones surgidas durante el seguimiento de ambos grupos y los cruces de grupo ocasionados por dolor herniario. Como resultado, no encontraron diferencia significativa en cuanto al dolor: el 23% de los controlados cruzaron de grupo y paradójicamente el 17% de los asignados a cirugías optaron por no operarse. Un riesgo de encarceración del 0,3% por año y una incidencia acumulativa de 1,8/1000 pacientes-año. Por lo que concluyen que el control de pacientes asintomáticos o mínimamente sintomáticos es una estrategia válida y que la encarceración herniaria es una entidad infrecuente.

En el estudio de O'Dwyer y col.¹¹, se incluyeron 160 hombres (promedio de edad 70 años): 80 fueron asignados a cirugía y 80 a observación/control; después de 1 año de seguimiento obtuvieron que el 29% de los pacientes cruzaron de grupo (de observación a cirugía). Registraron tres eventos adversos graves en el grupo de control: un paciente sufrió un infarto de miocardio y muerte durante el posoperatorio, otro paciente tuvo un accidente cerebrovascular posoperatorio y un paciente sufrió atascamiento de su hernia. Sin embargo, las conclusiones del trabajo fueron similares a las obtenidas por Fitzgibbons.

Es difícil precisar el riesgo de complicación herniaria que resulte representativo en la población añosa; valores próximos al 0,2-3% están descriptos en la población general¹⁴. Brasso¹² describe un pico de incidencia en el grupo de 61-80 años de edad, y McEntee y col.¹³ encontraron un pico de incidencia en el grupo de 70 a 80 años.

En un estudio danés, donde evaluaron a 26 304 pacientes, se registró una incidencia de complicaciones del 0,02% en menores de 60 años y del 0,48% en mayores de 60 años de edad, haciendo especial hincapié en que una operación de emergencia supone un aumento sustancial de la mortalidad^{9, 10, 15, 16, 17, 18, 19}; tanto es así que otros estudios del mismo país comunicaron valores de mortalidad del 7% en pacientes con hernias atascadas. De la base de datos de Suecia se desprende que existiría un aumento de la mortalidad de siete veces sobre el basal después de operaciones de emergencia y de 20 veces si se llevó a cabo una resección intestinal^{9,10}, lo que ha desanimado a muchos grupos en el manejo conservador de la hernia inguinal del adulto^{3,20}.

En nuestro trabajo, el 32,2% de los pacientes mostró progresión de los síntomas durante el seguimiento y el 7,5% sufrió episodio de atascamiento durante el seguimiento. Todas fueron reducidas por cirujanos mediante maniobras de taxia y no se registró estrangulación así como tampoco fue necesario realizar cirugía de urgencia en ninguno de los casos. El 57% de los atascamientos se produjo en pacientes que eran inicialmente asintomáticos u oligosintomáticos (Grupo 1).

A pesar de constar en la base de datos del trabajo es difícil precisar una relación entre el inicio de los

síntomas y el momento de la complicación. Parecería existir una relación entre el momento de aparición y el tiempo de evolución de una hernia con el aumento de riesgo de complicación de esta; tanto es así que, en el trabajo de Gallegos y col.³, la probabilidad acumulada de incarceration aumenta con el tiempo y concluyen que, a 3 meses de la aparición de síntomas de una hernia inguinal, la probabilidad acumulada de la incarceration es 2,8%, y que dicho porcentaje se eleva al 4,5% luego de 2 años. Por su parte, Raiy col., en un trabajo que evalúa riesgo de estrangulación y obstrucción de las hernias, concluyen que dos tercios de los pacientes que sufrieron una emergencia herniaria habían tenido antecedentes de esta al menos por 1 año⁶, con lo que proponen como factores de riesgo de incarceration: la edad, el sitio de la hernia y la duración de los síntomas. La incidencia acumulada de complicaciones herniarias resultó de 29/1000 pacientes/año en pacientes de 70 años o mayores, teniendo en cuenta nuestro seguimiento. Valor superior al encontrado en la literatura, donde se manejan valores desde 1,8 a 6/1000 pacientes/año. El aumento progresivo de la incidencia de complicaciones herniarias parece intuirse en todas las series, pero son pocas las que trabajan exclusivamente con pacientes mayores de 70 años.

El paciente anciano tiene mayor morbimortalidad asociada a la cirugía, lo que obliga a seleccionar muy bien a quienes serán sometidos a una hernioplastia; a pesar de que nuestra serie muestra una incidencia acumulada de complicaciones que se encuentra entre 4 y 10 veces por encima de la de otras series, no está claro que el riesgo de una incarceration supere al riesgo inherente a la cirugía en estos pacientes, lo cual obliga sin duda a una evaluación personalizada de cada caso y una decisión consensuada con el paciente.

Conclusiones

La tasa de complicación en pacientes con hernia inguinal, de 70 años o mayores, fue superior a la informada en la literatura.

Sin embargo, la incarceration, que constituyó la complicación más grave, no generó mortalidad en nuestros pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*. 2003; 362(9395):1561-71.
2. Rutkow IM. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surg Clin North Am*. 2003; 83(5):1045-51, v-vi.
3. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. *Br J Surg*. 1991; 78:1171-3.
4. 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; 193:125-9.
5. Neuhauser D. Elective inguinal herniorrhaphy versus a truss in the elderly. In: Bunker JP, Barnes BA, Mosteller F (eds). *Costs, risks and benefits of surgery*. New York: Oxford University Press; 1997.
6. Rai S, Chandra SS, Smile SR. A study of the risk of strangulation and obstruction in groin hernias. *Aust N Z J Surg*. 1998; 68:650-4.
7. Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, 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.
8. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009; 13:343-403.
9. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, Malmström J, Andersen FH, Wara P, et al.; Danish Hernia Database Collaboration. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *Lancet*. 2001; 358:1124-8.
10. Nilsson H, Stylianidis G, Haapamaa ki M, Nilsson E, Nordin P. Mor-

- tality after groin hernia surgery. *Ann Surg.* 2007; 245:656-60.
11. O'Dwyer PJ, Chung. Watchful waiting was as safe as surgical repair for minimally symptomatic inguinal hernias. *Evid Based Med* 2006; 11:73.
 12. Brasso K, Lodal Nielsen K, Christiansen J. Long-term results of surgery for incarcerated groin hernia. *Acta Chir Scand.* 1989; 155(11-12):583-5.
 13. McEntee G, Pender D, Mulvin D, et al. Current spectrum of intestinal obstruction. *Br J Surg.* 1987; 74(11):976-80.
 14. Van den Heuvel B, Dwars BJ, Klassen DR, Bonjer HJ. Is surgical repair of an asymptomatic groin hernia appropriate? A review. *Hernia.* 2011; 15:251-9.
 15. Álvarez JA, Baldonado RF, Bear IG, Solís JA, Álvarez P, Jorge JI. Incarcerated groin hernias in adults: presentation and outcome. *Hernia.* 2004; 8:121-6.
 16. Kulah B, Duzgun AP, Moran M, Kulacoglu IH, Ozmen MM, Coskun F. Emergency hernia repairs in elderly patients. *Am J Surg.* 2001; 182:455-9.
 17. Kulah B, Kulacoglu IH, Oruc MT, Duzgun AP, Moran M, Ozmen MM, et al. Presentation and outcome of incarcerated external hernias in adults. *Am J Surg.* 2001; 181:101-4.
 18. Malek S, Torella F, Edwards PR. Emergency repair of groin herniae: outcome and implications for elective surgery waiting times. *Int J Clin Pract.* 2004; 58:207-9.
 19. Primatesta P, Goldacre MJ. Inguinal hernia repair: incidence of elective and emergency surgery, readmission and mortality. *Int J Epidemiol.* 1996; 25:835-9.
 20. Post S. Against the principle surgical indications in inguinal hernia. *Chirurg.* 1997; 68:1251-5.
 21. McIntosh A, Hutchinson A, Roberts A, Withers H. Evidence-based management of groin hernia in primary care—a systematic review. *Fam Pract.* 2000; 17(5):442-7.