

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS CON HERNIAS DE LA REGIÓN INGUINAL

**Comisión Global de Cirugía
Keralty**

NOVIEMBRE 2021

Grupo desarrollador Keralty

Equipo Temático

Dr. Juan Pablo Ruíz
Dr. Alejandro Lora
Dr. Arnold Barrios
Dr. Neil Valentín Vega
Médicos Cirujanos
Grupo de Pared Abdominal
Clínica Colsanitas

Revisor temático

Dr. Luis Augusto Cortés Del Valle
Médico Cirujano General
Clínica Reina Sofía

Equipo metodológico

Dra. Liliana Barrero Garzón
Médica Esp. Epidemiología Clínica
Centro de Evaluación de Evidencia para las Decisiones en Salud
Instituto Global de Excelencia Clínica
Presidencia de Salud Keralty

Comisión Global de Cirugía

Dr. Arnold Barrios Parra
Jefe Nacional del Servicio de Cirugía General
Clínica Colsanitas

Dr. Germán Rojas Rodríguez
Director Científico
Clínica Universitaria Colombia

Dr. Joaquín Gustavo Luna
Director Científico
Clínica Reina Sofía

Dr. Luis Augusto Cortes
Asesor Científico

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración de la presente guía declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el documento.

Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty en Colombia.

Citación

Este documento debe ser citado como: Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de personas con hernias de la región inguinal. Keralty, noviembre 2021.

1. JUSTIFICACIÓN

Más de 20 millones de pacientes al año se someten a una reparación de hernia inguinal en todo el mundo. La existencia de distintos abordajes, indicaciones para el tratamiento y una variedad significativa de técnicas de reparación de la hernia inguinal requieren la creación de guías para estandarizar el tratamiento, minimizar las complicaciones y mejorar los resultados (1).

Por lo anterior, la presente Guía de Práctica Clínica (GPC) pretende servir como herramienta de información, que define estrategias que orientan la toma de decisiones con base en la mejor evidencia disponible.

2. OBJETIVO

Orientar a los profesionales de salud en la identificación, métodos diagnósticos y alternativas de manejo de las hernias en la región inguinal con el fin de disminuir recurrencias y dolor crónico.

3. POBLACIÓN OBJETO

Pacientes adultos y pediátricos con sospecha o diagnóstico de hernia inguinal o femoral.

4. POBLACIÓN NO CUBIERTA EN LA GUÍA

No aplica para pacientes bajo tratamiento de la especialidad de Cirugía Pediátrica.

5. USUARIOS DE LA GUÍA

Médicos Cirujanos, internistas, médicos generales, enfermeras y personal de la salud en formación.

6. METODOLOGÍA

La presente guía se construyó con base en el *“Manual para la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia del Instituto Global de Excelencia Clínica Keralty, 2020”*.

El equipo de adopción estuvo conformado por cuatro

cirujanos generales, miembros del grupo de pared abdominal de Keralty y un médico epidemiólogo del Instituto Global de Excelencia Clínica como asesor metodológico del proceso. El equipo realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), seleccionando la GPC *“International guidelines for groin hernia management”* del 2018, disponible para consulta en texto completo en:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10029-017-1668-x>

La GPC seleccionada fue calificada en su calidad metodológica por dos evaluadores, utilizando el instrumento AGREE II, obteniendo una evaluación de 76% en el dominio 3 de rigor en la elaboración y 67% en el dominio 6 de independencia editorial. Un porcentaje $\geq 60\%$ es considerada de aceptable calidad y se aconseja su uso.

La guía fuente consta de 166 preguntas clínicas, 136 conclusiones y 88 recomendaciones. Las recomendaciones las clasifican como "fuertes" (recomendaciones) o "débiles" (sugerencias) y, en algunos casos, se graduaron por consenso. La guía está pensada para cirujanos generales de todo tipo de consultas y ofrece directrices aplicables a la mayoría de los pacientes con hernia inguinal (1).

El grupo de expertos clínicos revisó y seleccionó las principales recomendaciones a adoptar, las cuales una vez analizadas fueron traducidas en el presente documento, con el fin de facilitar su consulta e implementación por el personal de salud de Clínica, y no sustituyen el documento original. Se preservaron los niveles de graduación de las recomendaciones y la calificación de la calidad de la evidencia del documento fuente. Algunas recomendaciones adicionales fueron elaboradas con base en la experiencia del grupo de cirujanos de la institución.

7. RECOMENDACIONES CLÍNICAS

El resumen de recomendaciones sigue la estructura propuesta por el equipo de adopción, de 7 dominios, 26 preguntas y 27 recomendaciones clínicas en su mayoría adoptadas de la GPC seleccionada (1).

DOMINIO 1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

1. ¿Cuál es la definición de hernia inguinal?

Una hernia inguinal es una protuberancia del contenido de la cavidad abdominal o de la grasa preperitoneal a través de un defecto herniario en la zona inguinal, independientemente de que sea preformado (congénito). Esta situación puede dar lugar a quejas como malestar y dolor.

A veces, no es posible reducir el contenido del saco herniario (hernia no reducible). En el caso de un defecto herniario estrecho, existe el riesgo de que el contenido del saco herniario se encarcelere, lo que resultará en una obstrucción del intestino (íleo) y/o un trastorno circulatorio del contenido encarcelado (estrangulación), que puede conducir a la necrosis y posible perforación del intestino (2).

Las hernias de la zona inguinal incluyen las hernias inguinales o crurales y femorales.

2. ¿Qué modalidad diagnóstica es la más adecuada para diagnosticar hernias inguinales?

Se recomienda solo el examen físico para confirmar el diagnóstico de hernia inguinal evidente. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja.*

3. ¿Qué modalidad diagnóstica es la más adecuada para diagnosticar pacientes con dolor no claro o abultamiento dudoso de la región inguinal?

Se recomienda combinar el examen físico y la ecografía como el método más apropiado de diagnóstico de pacientes con abultamiento inguinal poco definido o posible hernia inguinal oculta. En caso que la ecografía resulte negativa o no sea concluyente para el diagnóstico, se puede considerar continuar la evaluación mediante la exploración con resonancia magnética dinámica o TAC. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada.*

4. ¿Qué modalidad diagnóstica es la más adecuada para diagnosticar hernias inguinales recurrentes?

Se sugiere combinar el examen físico y la ecografía como el método más apropiado de diagnóstico de pacientes con hernia inguinal recurrente. En caso

que la ecografía resulte negativa o no sea concluyente para el diagnóstico, se puede considerar continuar la evaluación mediante la exploración con resonancia magnética dinámica o TAC. *Recomendación débil, calidad de la evidencia baja.*

5. ¿Qué modalidad diagnóstica es la más adecuada para diagnosticar la evolución del dolor crónico después de la cirugía de hernia inguinal?

Se sugiere el uso de bloqueos nerviosos guiados por ecografía para el diagnóstico de la causa del dolor crónico posterior a cirugía de hernia inguinal. El uso de ecografía, TAC o resonancia magnética puede ser útil para identificar las causas no neuropáticas del dolor inguinal crónico (ej., patologías relacionadas con la malla, hernias recurrentes, ocasionalmente neuromas). *Recomendación débil, calidad de la evidencia baja.*

6. ¿Cuáles son los principales diagnósticos diferenciales de las hernias inguinales?

En la **tabla 1** se resumen los principales diagnósticos diferenciales de las protuberancias de la región inguinal.

DOMINIO 2. CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS INGUINALES

7. ¿Cuál sistema de clasificación de hernia inguinal es el más apropiado?

Se sugiere el uso del sistema de clasificación de hernias inguinales de la EHS (**Tabla 2**), con el fin de realizar investigaciones, adaptar tratamientos y realizar auditorías de calidad. *Recomendación débil, calidad de la evidencia baja.*

Tabla 2. Clasificación EHS de Hernia inguinal

Clasificación	Primaria / recurrente				
	0	1	2	3	X
Lateral (L)					
Medial (M)					
Femoral (F)					

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales de la protuberancia inguinal

Inguinal	Inguino-escrotal	Femoral	Inguino-femoral	Escrotal
Hernia inguinal	Hernia inguinal	Hernia femoral	Adenopatía inguinal	Piel: forúnculo, quiste sebáceo, papiloma, verruga
Nódulo linfático	Hidrocele enquistado del cordón, hidrocele infantil, hidrocele de la hernia	Nódulo linfático	Distensión de la bursa del psoas	Tejido subcutáneo: escroto linfático, filariasis. Túnica vaginalis: hidrocele, piocele, hematocole quilocele
Hidrocele enquistado del cordón	Cordón espermático: varicocele, funiculitis, várice, lipoma difuso del cordón, hematoma del cordón	Várice safena	Derrame en la articulación de la cadera	Testículo: orquitis, neoplasias (agudas/crónicas)
Testículo no descendido	Testículo no descendido, testículo ectópico	Testículo ectópico		Epididimitis: quistes, infecciones agudas o crónicas
Mujeres: várices del ligamento redondo				Cordón espermático: varicocele, várice linfoide

DOMINIO 3. MANEJO EXPECTANTE DE LAS HERNIAS INGUINALES

8. *¿Es segura la estrategia de manejo expectante en hombres con hernias inguinales sintomáticas?*
9. *¿Cuál es el riesgo de complicación de una hernia (estrangulación u obstrucción intestinal) en esta población?*
10. *¿Es segura la estrategia de manejo expectante en hombres con hernias inguinales asintomáticas?*
11. *¿Cuál es el riesgo de una complicación de la hernia (estrangulación u obstrucción intestinal) en esta población?*
12. *¿Las herniorrafias inguinales realizadas de urgencia se asocian con una mayor morbilidad y mortalidad?*
13. *¿Cuál es la tasa de cambio del manejo expectante al manejo quirúrgico?*

paciente, considerando aspectos socio-ambientales, ocupación y estado de salud del paciente. La baja morbilidad de la cirugía electiva debe sopesarse con la mayor morbilidad de la cirugía de emergencia. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia muy baja.*

La estrategia de manejo expectante no se acepta para población femenina, excepto si está embarazada. *Punto de buena práctica Keralty.*

Se recomienda que la toma de decisión sobre el momento de la cirugía sea concertada con el

DOMINIO 4. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HERNIAS INGUINALES

14. ¿Cuál técnica anatómica que no considera la utilización de prótesis se prefiere como método de reparación de las hernias inguinales?

Se recomienda la técnica *Shouldice* en la reparación de la hernia inguinal sin malla quirúrgica. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada.*

15. ¿Cuál método de reparación se prefiere para las hernias inguinales: con o sin malla?

Se recomienda la técnica de reparación con malla quirúrgica en pacientes con hernias inguinales. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada.*

Se sugiere la reparación de la hernia inguinal sin malla en casos donde el paciente rechaza el uso de prótesis o después de una toma de decisiones compartida. *Recomendación débil, calidad de la evidencia baja.*

16. ¿Cuál malla se prefiere para la reparación abierta de las hernias inguinales: malla plana anterior, autoadherente o prótesis o mallas tridimensionales (¿plug and patch y mallas bicapa para técnica anterior abierta)?

A pesar de los resultados comparables, no se recomiendan las prótesis tridimensionales (plug and patch y bicapa) por tener una cantidad excesiva de material protésico y su costo adicional. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada.*

No se recomienda el uso de otros dispositivos para reemplazar las mallas planas estándar en la técnica de Lichtenstein. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada.*

17. ¿Cuál es la técnica que se prefiere para la reparación abierta de las hernias inguinales: Lichtenstein o cualquier técnica abierta preperitoneal?

Se sugiere la técnica de reparación abierta con malla para reemplazar la malla plana estándar en la técnica de Lichtenstein solo en estudios de investigación. *Recomendación débil, calidad de la evidencia muy baja.*

Si bien las técnicas de reparación de hernia inguinal son comparables, evidencia reciente sugiere menor tasa de dolor agudo en la técnica preperitoneal, por tanto, la decisión queda a criterio del cirujano. *Consenso de expertos de Clínica.*

18. ¿Cuál es la técnica laparoendoscópica preferida TEP o TAPP?

Dado que las técnicas de reparación laparoendoscópica de hernia inguinal TEP o TAPP tienen desenlaces comparables, se recomienda que la elección de la técnica se base en las habilidades, educación y experiencia del cirujano. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada.*

19. ¿Al considerar la recurrencia, el dolor, la curva de aprendizaje, la recuperación posoperatoria y los costos, ¿cuál es la técnica preferida para las hernias inguinales unilaterales primarias: la mejor técnica de malla abierta (Lichtenstein) o laparoendoscópica (TEP y TAPP)?

Considerando la experiencia del cirujano en las técnicas abierta y laparoscópica, y la disponibilidad de recursos, **los pacientes que se benefician de la técnica laparoscópica** son aquellos con:

- IMC >30
- Hernias bilaterales
- Recurrencias
- Casos específicos

También se benefician:

- Mujeres con hernia uni o bilateral con sospecha de hernia femoral
- Pacientes con alto riesgo de dolor crónico postoperatorio: jóvenes, mujeres, dolor intenso preoperatorio, dolor intenso temprano postoperatorio, hernia recurrente y reparación

abierta. *Consenso de expertos de Clínica.*

20. ¿Cuál técnica de reparación se prefiere, laparoendoscópica (TEP / TAPP) o preperitoneal abierta, en hombres con hernias inguinales primarias unilaterales?

Si el paciente no cumple criterios para cirugía laparoscópica, debe ir a corrección de hernia inguinal abierta por la técnica de preferencia del cirujano. *Consenso de expertos de Clínica.*

21. ¿Cuál es el mejor tratamiento de las hernias femorales?

En la técnica laparoscópica se deben evaluar y tratar las hernias ubicadas en el orificio mioaponeurótico de Fruchaud, y de igual manera las hernias obturatrices. *Consenso de expertos de Clínica.*

22. ¿Cuáles son las consideraciones para la creación del espacio extraperitoneal en pacientes llevados a reparación de hernias inguinales por abordaje laparoscópico?

La creación del espacio extraperitoneal puede lograrse a través del uso de dispositivos neumáticos. *Consenso de expertos de Clínica.*

DOMINIO 5. INDIVIDUALIZACIÓN DE OPCIONES TERAPÉUTICAS

23. ¿Cuándo debe individualizarse el tratamiento de la hernia inguinal?

Se recomienda que los cirujanos adapten los tratamientos en función de la experiencia, recursos locales, características del paciente y factores relacionados con la hernia. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia muy baja.*

El abordaje laparoscópico se contraindica en pacientes con antecedente de cirugía de próstata (abierta o laparoscópica) o irradiación a la pelvis. Se deben remitir los pacientes con reproducción de la hernia por abordaje posterior a grupos de cirujanos

con mayor experiencia en pared abdominal. *Consenso de expertos de Clínica.*

DOMINIO 6. USO DE MALLAS

24. ¿Qué características de las mallas se deben tener en cuenta para su selección en la reparación de hernias inguinales?

La selección de la malla se debe realizar de acuerdo a las características y necesidades del paciente, las cuales evaluará en cirujano. Se recomiendan como primera elección las mallas macroporosas elaboradas en monofilamento. Las mallas de alta densidad se reservarán para situaciones especiales a criterio del cirujano. *Consenso de expertos de Clínica.*

25. ¿Cuál es la recomendación para el uso de fijación de las mallas en la reparación de hernias inguinales?

La fijación de la malla debe ser producto del análisis de las características clínicas del paciente, recomendándose en lo posible disminuir la fijación traumática para disminuir el riesgo de dolor crónico postoperatorio. *Consenso de expertos de Clínica.*

Se recomienda la fijación de la malla en pacientes con hernias directas largas (clasificación M3-EHS) sometidos a TAPP o TEP para reducir el riesgo de recurrencia. *Recomendación fuerte, calidad de la evidencia muy baja.*

Se recomienda cerrar de forma completa el defecto resultante de la creación del colgajo en el peritoneo parietal. *Consenso de expertos de Clínica.*

DOMINIO 7. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

26. ¿Cuáles son las indicaciones de la profilaxis antibiótica en pacientes llevados a cirugía de hernia inguinal?

Se recomienda el uso de profilaxis antibiótica en pacientes con hernia inguinal clasificados como de alto riesgo. Pacientes con antecedente de:

- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal crónica
- Consumo crónico de corticoides
- Heridas quirúrgicas no limpias
- Inmunosupresión (VIH, cáncer, trasplante)
- Fumadores

Consenso de expertos de Clínica.

8. CRITERIOS DE REFERENCIA

- Ante la sospecha diagnóstica de hernia inguinal, se recomienda enviar al paciente a la especialidad de Cirugía General o Cirugía Pediátrica según sea el caso. *Consenso de expertos de Clínica.*
- Se sugiere en pacientes posoperados de reparación de hernia inguinal continuar el seguimiento en medicina familiar o afines, y en caso de los adultos después del término de la incapacidad laboral. *Punto de buena práctica.*

9. SEGUIMIENTO

- Enfatizar las medidas de higiene: realizar curaciones locales diarias con jabón y cubrir la herida.
- Dar incapacidad según criterio médico.
- Dar cita de control por consulta externa de cirugía.
- En caso de complicaciones e incidentes durante el acto quirúrgico o en el posoperatorio se debe hospitalizar al paciente para tratamiento específico.

10. CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

En la evolución de los pacientes, se tienen en cuenta una serie de parámetros, que van a permitir el egreso de la institución.

- a. Tolerancia adecuada de la vía oral.

- b. Ausencia de criterios de alarma (taquicardia, fiebre, dolor abdominal, vómito o disnea).
- c. Herida quirúrgica sin signos inflamatorios locales de infección.
- d. Paciente adecuadamente instruido en el protocolo de manejo ambulatorio.

11. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES Y CUIDADORES

Se debe informar a los pacientes y cuidadores lo relacionado con la medicación analgésica, signos de alarma y reconsulta, cuidados de la herida quirúrgica, así como recomendaciones en tipo de alimentación y actividad física que debe reanudarse tan pronto como las condiciones físicas del paciente lo permitan.

12. REFERENCIAS

1. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018 Feb; 22(1):1-165. Doi: 10.1007/s10029-017-1668-x. Available by: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10029-017-1668-x>
2. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M et al (2009) European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 13:343–403. <https://doi.org/10.1007/s10029-009-0529-7>