

IV. HERNIA PRIMARIA-INCISIONAL DE PARED ABDOMINAL

Abordaje de la hernia incisional.

¿Abierto o laparoscópico?

Escorcesca Suárez, I.; Perea Sánchez, M.J.; Candón Vázquez, J.; Bejarano González-Serna, D.; Morales Martín, G.; Utrera González, A.

Servicio de Cirugía. Hospital «J.R. Jiménez». Huelva

La complicación más frecuente tras la cirugía abdominal es la hernia incisional con una incidencia que gira en torno al 20% de las laparotomías según las series consultadas.

A pesar de la frecuencia de esta patología (se realizan más de 300.000 eventroplastias en Europa al año) sigue existiendo controversia sobre cual es la técnica ideal para su tratamiento.

El debate inicial que se planteó fue si se debía reparar de forma primaria o utilizar prótesis. Las cifras inaceptablemente elevadas de recidiva (24-54%) en la reparación primaria hizo que se introdujera el concepto de reparación sin tensión generalizándose el empleo de mallas excepto en los defectos más pequeños. Las técnicas con prótesis no absorbibles presentan tasas de recidiva por debajo del 10%.

La técnica ideal de colocación de la malla es todavía objeto de discusión. La extensa variedad de la que disponemos es el mayor síntoma de que realmente no existe una técnica ideal. La prótesis puede ser colocada de forma supraoneurótica o preperitoneal (técnicas de refuerzo) e intraperitoneal (técnica de sustitución). De las técnicas abiertas, la de referencia es la retromuscular de Rives.

En los años 90 aparece una nueva opción: el abordaje laparoscópico donde, generalmente, se coloca una prótesis en posición intraperitoneal tras introducirla en la cavidad a través de un trócar. Esta técnica debe aportar una serie de ventajas inherentes al abordaje mínimamente invasivo como menor dolor postoperatorio, menor morbilidad al disminuir las complicaciones de herida e infección y proporcionar una más rápida recuperación del paciente. El principal peligro de esta técnica es la lesión intestinal inadvertida durante la realización de adherencias

Por tanto, la siguiente duda es ¿supera la vía laparoscópica a la abierta en la reparación de las hernias ventrales?

Comparativa entre el abordaje abierto y laparoscópico

Existe gran cantidad de revisiones que pretenden dilucidar si el abordaje laparoscópico supera al abierto y comprobar que las ventajas que se le presuponen son reales. Hemos seleccionado de ellos distintos ensayos controlados aleatorizados y algunos estudios prospectivos y las conclusiones a las que podemos llegar son:

Recurrencia

No existen diferencias entre ambas técnicas en cuanto a tasas de recurrencia si bien debemos señalar que el número de recurrencias fue bajo por un seguimiento que todavía puede considerarse insuficiente. En la mitad de los estudios consultados no supera los dos años. En teoría, la exploración laparoscópica permite ver la pared en su totalidad y evitar que queden sin reparar defectos inadvertidos

Duración de la cirugía

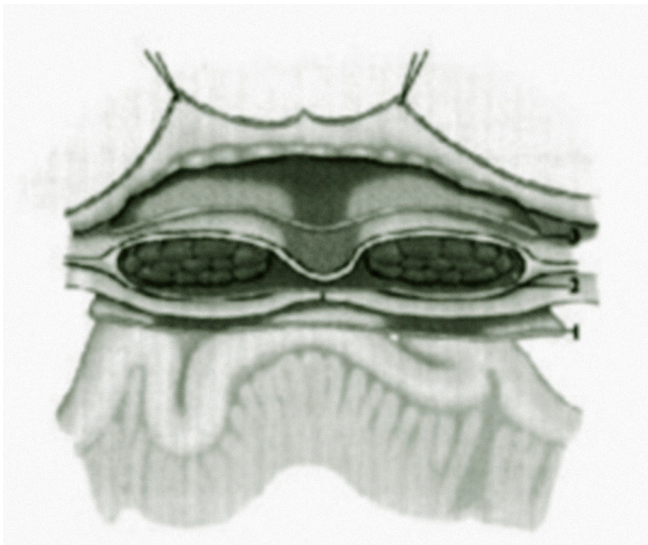
Se han encontrado resultados muy heterogéneos como para poder sacar conclusiones. No podemos decir que existan diferencias entre ambas técnicas

Complicaciones globales

No diferencias en general. En uno de los estudios más extensos se ha encontrado complicaciones menos frecuentes pero más graves en el abordaje laparoscópico

Riesgo de enterotomías

Ligeramente superior en el abordaje laparoscópico aunque debemos tener en cuenta que esta diferencia se basa en sólo 7 casos publicados en total de lesión intestinal (5 casos en técnica laparoscópica frente a 2 casos en técnicas abierta) lo cual compromete el poder de comparación. Teóricamente, las complicaciones intraabdominales deberían ser más frecuentes en la vía laparoscópica por precisar una adhesiolisis más extensa.



Seromas

Es una complicación relativamente frecuente. Se han encontrado resultados contradictorios con estudios que comunicaron mayores tasas en la técnica abierta y otros en la laparoscópica. Algunos estudios muestran que el seroma y especialmente la punción del mismo se relacionan con la infección de herida. La aparición del seroma se va a ver favorecido en la técnica abierta por la realización de grandes despegamientos y en la laparoscópica por el hecho de abandonar el saco sobre la prótesis. Son necesarios más estudios para aclarar si existen diferencias en este punto

Infección de heridas

El resultado más consistente que encontramos es que el abordaje laparoscópico reduce 4 veces el riesgo de infección de heridas. Esto está en consonancia con lo observado en otras técnicas laparoscópicas

Estancia hospitalaria

La técnica laparoscópica acorta la estancia hospitalaria en 6 de los 9 estudios que midieron esta variable aunque también debemos decir que encontramos datos muy heterogéneos

Dolor postoperatorio

No se detectaron diferencias significativas a diferencia de lo observado en otras técnicas laparoscópicas que si han demostrado menor dolor postoperatorio. Este hecho podría atribuirse a la fijación de la malla.

Coste hospitalario

La técnica laparoscópica aparentemente aumenta el coste hospitalario al aumentar el coste del material. Existe un estudio que concluye que ese mayor coste del material es compensado al disminuir la estancia hospitalaria con lo que el procedimiento por vía laparoscópica es más barato

Retorno a la actividad

Existen pocos datos para comparar. En los estudios consultados no se encuentran diferencias significativas

En resumen, podemos decir que, a corto plazo los resultados son prometedores. Es una técnica segura a pesar de precisar mayor adhesiolisis. No obstante se necesitan estudios con mayor seguimiento para obtener conclusiones en cuanto a su eficacia.

El principal problema, después de esta revisión, a nuestro juicio, es que en los estudios consultados se mezclan todo tipo de eventraciones independientemente de su localización en la pared abdominal o de si son recidivadas o no. En el grupo de laparoplastias por vía abierta no existe homogeneidad en la técnica empleada (posición y fijación de la malla) aunque en su mayoría suelen tratarse de laparoplastias retromusculares. En el grupo laparoscópico también existe variabilidad en la fijación de la prótesis (sutura, grapas o ambos). Es probable que las diferencias en las circunstancias locales y en la experiencia quirúrgica fuera responsable de esta heterogeneidad la cual es un importante obstáculo a la hora de encontrar diferencias significativas entre ambos grupos y extraer conclusiones.

Indicaciones y contraindicaciones de la técnica laparoscópica

A la hora de elegir la técnica a realizar se debe sopesar el grado de complejidad y la experiencia del cirujano en eventroplastias laparoscópicas. No todas las hernias pueden ni deben hacerse por esta vía. Para esta decisión debemos valorar distintas características como el tamaño del defecto y su localización.

Las menores de 3 cm son candidatas a anestesia local salvo en obesidad mórbida y en multirrecidivadas que si pueden beneficiarse del abordaje laparoscópico.

Las mayores de 12 cms (15 en abdómenes globulosos) se recomiendan por vía abierta. El límite lo impone la dificultad para el manejo instrumental en la cavidad abdominal

En cuanto a la localización, la línea media es la mejor indicación para este abordaje.

Las hernias incisionales laterales presentan una dificultad especial y presentan tasas elevadas de recurrencia.

Las subxifoideas no se recomiendan por vía laparoscópica por la dificultad en la fijación protésica y la alta tasa de recurrencia

Las suprapúbicas precisan una amplia disección del espacio de Bogros y fijación de la malla a ambos Cooper

La hernia lumbar es una buena indicación si existe anillo herniario y no cuando es una relajación/atrofia muscular.

Como contraindicaciones absolutas para esta técnica tenemos:

- Hernias con trastornos de la piel que recubre el saco, como celulitis, ulcera, fístulas o piel muy fina.
- Defecto estético importante que conlleve la extirpación de cicatrices previas o de piel redundante que precise una dermolipectomía asociada.
- Hernias masivas con pérdida de derecho a domicilio o con importante diastasis de rectos.

- Hernias estranguladas con sospecha de necrosis intestinal o perforación.

- Hernias en pacientes cirróticos.
- Imposibilidad de realizar neumoperitoneo o introducir trocates debido a adherencias; así como imposibilidad de realizar adhesiolisis.

Otras contraindicaciones pueden ser relativas, según grupos de trabajo:

- Pacientes jóvenes que planeen un embarazo.
- Pacientes con riesgo para una anestesia general. Aproximadamente el 60% de las hernias incisionales se pueden reparar vía laparoscópica con anestesia regional.

Como conclusiones podemos decir que el abordaje laparoscópico presenta ventajas en diversas situaciones como la eventración multirrecidivada o multisacular en línea media, paciente obeso y hernia postrócar; ampliándose las indicaciones con la experiencia del grupo de trabajo

Bibliografía

1. Utrera A, De la Portilla, Carranza G. Large incisional hernia repair using intraperitoneal placement of expanded polytetrafluoroethylene. *Am J Surg* 1999; 177, 291-3.
2. Itani K, Hur K, Kim L, Anthony T, Berger D, Reda D, Neumayer L. Comparison of laparoscopic and open repair with mesh for the treatment of ventral incisional hernia: a randomized trial. *Archives of Surgery* 2004; 188 (6A Suppl): 22S-9S
3. Sauerland S, Walgenbach M, Habernalz B, Seiler CM, Miserez M. Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair (Review). *The Cochrane Library* 2011, Issue 3
4. The ventral hernia working group. Incisional ventral hernias: Review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery* 2010; 148: 544-58.
5. Colavita PD, Tsirlina VB, Belyansky I, Walters AL, Lincourt AE, Sing RF, Heniford BT. Prospective, long-term comparison of quality of life in laparoscopic versus open ventral hernia repair. *Ann Surg* 2012; 256: 714-723
6. Fernández Lobato R, et al. Estudio de coste-beneficio comparando la reparación de la hernia ventral abierta y laparoscópica. *Cir Esp*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.012>