

¿Se pueden intervenir todas las eventraciones por vía laparoscópica?

Utrera González, A.; Bejarano González-Serna, D.; Perea Sánchez, M.J.; Martín García de Arboleya, R.C.; Espinosa Guzmán, J.E.

Servicio de Cirugía. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

La hernia incisional de la pared abdominal es la complicación más frecuente después de una laparotomía. Tiene una incidencia de alrededor del 20%, pudiendo llegar a cifras de recidiva del 40% cuando se reparan sin prótesis. En un gran porcentaje de casos aparece la hernia incisional en el primer año tras la laparotomía. Tiene una causa multifactorial dependiendo del paciente y factores técnicos.

Siendo una de las patologías más comunes en la actualidad no existe un consenso sobre el "gold estándar" en su tratamiento, siendo las principales discusiones el abordaje - abierto/laparoscópico-, prótesis - tipo, tamaño y overlap, localización-, drenajes y necesidad de unidades para los casos más complejos.

El único punto admitido por toda la literatura es que excepto en la eventración estrangulada con peritonitis acompañante, todas se deben reparar con prótesis; dado que las técnicas no protésicas tienen un elevado índice de recidivas (25-54%), mientras que con las técnicas con prótesis no absorbibles presentan una recidiva por debajo del 10%.

Según el sitio de colocación de la prótesis, tenemos las técnicas de refuerzo de la pared abdominal, serían las técnicas onlay y preperitoneal y técnicas de sustitución todas las técnicas intraperitoneal tanto con abordaje abierto como laparoscópico Fig.1.

El punto admitido para todas las técnicas es que el overlap de las prótesis respecto al tamaño del anillo, debe ser como mínimo de 3-5 cm. para facilitar la integración de la prótesis y así disminuir el riesgo de recurrencia.

Diferentes equipos de trabajo y el grupo de trabajo en la hernia ventral de EEUU hacen referencia a las siguientes recomendaciones y niveles de evidencia:

- Las hernias incisionales deben repararse con prótesis 1A
- En presencia de infección de prótesis, dehiscencia sutura, peritonitis la reparación con prótesis sintéticas está contraindicada, debiendo repararse con prótesis biológicas. 1A

-En ausencia de infección y factores de riesgo de paciente depende de la preferencias del cirujano. 1C

- Reducción de la carga microbiana en la pared antes de la reparación 1B
- Colocación de material protésico: Underlay para la reparación abierta y laparoscópica, y Overlay cuando se completa la reparación facial. La técnica abierta recomendada es la T. retromuscular de Rives. 2B
- Centralizar y reaproximar los músculos rectos en condiciones fisiológicas de tensión. 1C

El abordaje laparoscópico de la eventración desde que fue descrito por LeBlanc y Booth en 1992, se fundamenta en tres puntos:

- Reduce las desventajas de la cirugía abierta, como las grandes incisiones y despegamientos, trabajar sobre tejido cicatricial y disminuye las complicaciones de herida e infección.
- Permite ver bien el acceso al/los defectos herniarios, obteniendo un diagnóstico exacto y liberando adherencias intestinales.
- Es una reparación protésica sin tensión con una prótesis intraperitoneal.

Las indicaciones más aceptadas son: eventraciones multisaculares y/o multirrecidivadas, paciente obeso, paciente que precisa una rápida reincorporación laboral y últimamente eventraciones de trocar y peristomales.

Estas indicaciones deben estar equilibradas entre el grado de complejidad y el nivel de experiencia del cirujano en laparoplastia laparoscópica; así pues como contestación a la pregunta inicial pensamos que **ni se pueden, ni se deben intervenir** todas las eventraciones por laparoscopia.

Para esta aseveración nos basamos en las características de una hernia ideal que siempre se debería intervenir por laparoscopia y otras características particulares, así como contraindicaciones.

La hernia ideal para intervenir por vía laparoscópica, es una hernia primaria o recidivada sin prótesis anterior, en línea media periumbilicales con un anillo entre 3-6 cm. en paciente

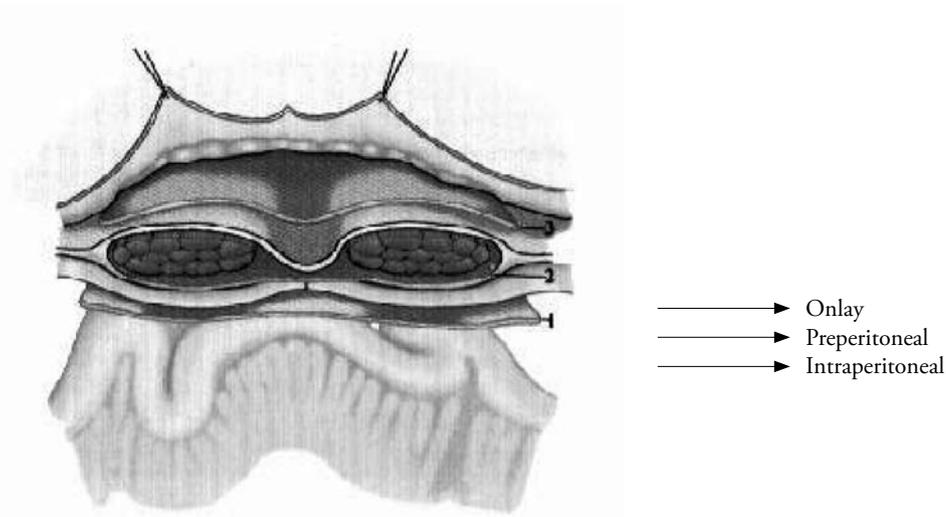


Figura 1.

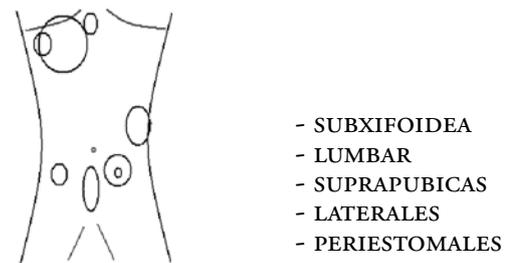


Figura 2.

obeso con saco no excesivamente grande. Estas hernias en nuestra serie representan el 30 % de la serie y si bien son las hernias ideales para realizar por vía laparoscópica, también estamos de acuerdo con otros autores que son las que menos se benefician de la disminución de la estancia hospitalaria con relación a la reparación abierta excepto en los pacientes obesos. Las hernias con anillo único inferior a 3 cm. deben realizarse con anestesia local; con la excepción de los pacientes con obesidad mórbida o multirrecidivadas que se benefician del abordaje laparoscópico.

Respecto al límite superior del anillo, debe valorarse su relación con la superficie abdominal; así el límite en abdomen normal no debe superar los 12 cm. y en abdomen globuloso, no habría de ser mayor de 15 cm. En estos casos siempre se debe realizar fijación con abordaje bilateral.

En esta localización de la línea media se presentan las hernias con mejor indicación para este abordaje, en un escalón superior de dificultad, son las hernias supraumbilicales multisaculares “en queso gruyere” (8-10%).

Las hernias incisionales laterales representan el 25% de todas ellas, presentan dificultad especial y son las hernias con tasas de recurrencias más altas después de reparaciones protésicas.

La primera reparación laparoscópica de hernia incisional subxifoidea fue descrita por Muscarella en el año 2000; en la actualidad esta localización la consideramos una contraindicación por la dificultad de fijación y alta tasa de recurrencia.

La primera reparación laparoscópica de hernia suprapúbica se llevó a cabo en 2001 por Hirasa, y Carbonell refiere series importantes de reparación laparoscópica de hernias suprapúbicas, siendo necesario amplia disección del espacio de Bogros y fijación de la prótesis a ambos Cooper.

La primera referencia de reparación laparoscópica de hernia lumbar fue en 2001 por Shekarriz; en una buena indicación si existe anillo herniario y no cuando es una relajación/atrofia muscular.

En todos los estudios se hace referencia de la importancia en estas localizaciones de un *overlap* mayor de 5 cm. y aunque no hay evidencia científica de que sistema de fijación es mejor, nosotros somos partidarios de usar sistema mixto-suturas transmural y *tackers*-, en todas estas eventraciones complejas y con prótesis mayores de 18x20cm. .

Una consideración especial merecen las hernias paraestomales, por su creciente indicación en los últimos años de abordaje laparoscópico según la técnica de Sugarbaker.

Como contraindicaciones absolutas para esta técnica tenemos:

- Hernias con trastornos de la piel que recubre el saco, como celulitis, úlcera, fístulas, piel muy fina.
- Defecto estético importante que conlleve la extirpación de cicatrices previas o de piel redundante que precise una dermo-*lipectomía* 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 trocares 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. Según demostramos en nuestro grupo de trabajo aproximadamente el 60% de las hernias incisionales se pueden reparar vía laparoscópica con anestesia regional.

Como conclusiones podemos decir que aunque no existe nivel de evidencia A/B sobre el abordaje de las hernias incisionales, 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

En nuestra serie se intervienen por vía laparoscópica el 48 % de todas las hernias incisionales

Bibliografía

1. Cassar K, Munro A. surgical treatment of incisional hernia. Br J Surg 2002;89:534-545.
2. Utrera A, De la Portilla, Carranza G. Large incisional hernia repair using intraperitoneal placement of expanded polytetrafluoroethylene. Am J Surg 1999;177, 291-3.
3. Giovanni Carlo F, Angelo Miranda. Laparoscopic repair of incisional hernias located on the abdominal borders. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2009;19:348-352.
4. Ivan Arteaga-González, Antonio Martín-Malagon. Which patients Benefit most from laparoscopic ventral hernia repair? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2010;20:391-394.
5. Patricia L. Turner, Adrian E. Park. Laparoscopic Repair of ventral incisional hernias: pros and cons. Surg Clin N Am 88(2008) 85-100.
6. S Morales-Conde, A Abdel-lah, et al GRRETHAL. Técnica quirúrgica básica consensuada para el tratamiento por vía laparoscópica de las hernias ventrales. Cir Esp. Vol 78 Num 04.
7. 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.