

Actualización: cinco años después del número de pared, ¿qué ha cambiado?

Abordaje abierto o laparoscópico de la hernia incisional, ¿ha cambiado algo en estos cinco años?

Approach to incisional hernia, open or laparoscopic?

I. Escorezca-Suárez, M.J. Perea-Sánchez, A.R. Rodríguez-Padilla, G. Morales-Martín, A. Utrera-González

Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

RESUMEN

En los años 90 aparece una nueva opción en la reparación de la hernia incisional: el abordaje laparoscópico donde se suele colocar una prótesis en posición intraperitoneal tras introducirla en la cavidad a través de un trocar. 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 liberación de adherencias.

En la revisión realizada hace cinco años comparábamos el abordaje abierto con el laparoscópico de la hernia incisional. Teniendo en cuenta las limitaciones al intentar comparar dos grupos sumamente heterogéneos (sobre todo el abordaje abierto) solo encontramos entonces diferencias estadísticamente significativas en las tasas de infección de heridas.

Cinco años después volvemos a revisar la literatura para ver si algo ha cambiado desde entonces.

Palabras clave: eventroplastia laparoscópica, eventroplastia abierta, comparativa.

ABSTRACT

In the 90s a new option appears in the repair of the incisional hernia: the laparoscopic approach where a prosthesis is usually placed in the intraperitoneal position after inserting it into the cavity through a trocar. This technique should provide a series of advantages inherent to the minimally invasive approach such as less postoperative pain, lower morbidity by reducing wound complications and infection and provide a faster recovery of the patient. The main danger of this technique is inadvertent intestinal injury during the release of adhesions.

In the review conducted five years ago, we compared the open approach with the laparoscopic incisional hernia. Considering the limitations when trying to compare two highly heterogeneous groups (especially the open approach), we only found statistically significant differences in the rates of wound infection.

Five years later we go back to review the literature to see if anything has changed since then.

Keywords: laparoscopic eventroplasty, open eventroplasty, comparative.

CORRESPONDENCIA

Ignacio Escorezca Suárez
iescorezca2@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Escorezca Suárez I, Perea Sánchez MJ, Rodríguez Padilla AR, Morales Martín G, Utrera González A. Abordaje abierto o laparoscópico de la hernia incisional, ¿ha cambiado algo en estos cinco años? Cir Andal. 2018;29(2):114-116

INTRODUCCIÓN

Hace cinco años revisamos la literatura para intentar comparar el abordaje abierto y laparoscópico de la hernia incisional para comprobar si las ventajas que se le suponía a la técnica laparoscópica era trasladable al tratamiento de la eventración. Nos centrábamos entonces en la técnica intraperitoneal laparoscópica. El panorama ha cambiado desde entonces puesto que muchos autores

comienzan a realizar otras técnicas por vía laparoscópica y a introducir variantes que aumentan la complejidad del procedimiento (cierre del defecto, separación de componentes, etc.) lo cual dificulta aún más la comparación entre estos dos abordajes por hacerlos aún más heterogéneos.

Entonces comprobamos que, según la literatura publicada, no existían diferencias entre ambos abordajes en cuanto a tasa de recurrencias si bien el seguimiento de la mayoría de las series podía considerarse insuficiente.

La duración de la cirugía podía considerarse similar, las distintas series mostraban resultados muy heterogéneos.

No existían diferencias en general en cuanto a complicaciones globales. El riesgo de enterotomías era ligeramente superior en el abordaje laparoscópico (aunque atendiendo a una serie muy corta de casos publicados). En cuanto a la aparición de seroma se observaron resultados contradictorios en las series que se revisaron lo cual nos impedía sacar conclusiones.

La diferencia más evidente que encontramos entonces era que el abordaje laparoscópico reducía cuatro veces el riesgo de infección de heridas.

Atendiendo a la estancia hospitalaria se detectaron resultados muy heterogéneos que impedían establecer diferencias. No se pudieron detectar diferencias en cuanto a dolor postoperatorio, coste hospitalario ni en cuanto al retorno a la actividad.

Actualmente, se realiza por laparoscopia aproximadamente el 26% de las eventraciones. Existen datos limitados que nos dé una idea real de la situación (los estudios multicéntricos analizados manejan muestras de como mucho 1.000 pacientes y grupos tan heterogéneos que es difícil sacar conclusiones).

Una de las revisiones publicadas en estos cinco años más exhaustivas es la de la Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) en 2016.

Tras estos cinco años se sigue observando una menor tasa de infección de heridas en el abordaje laparoscópico (la cual es la diferencia más constante en las distintas publicaciones consultadas) mostrando similares tasas de recurrencias y de dolor postoperatorio. Los estudios publicados más recientemente continúan sin mostrar períodos de seguimiento lo suficientemente prolongados como para establecer diferencias (rango de 2 a 35 meses).

El abordaje laparoscópico muestra según algunos autores complicaciones más serias que el abordaje abierto en algunas series (sobre todo en relación con adhesiolisis).

La necesidad de retirar la malla no es estadísticamente diferente en ambos grupos.

Seguimos sin encontrar diferencias en estancias hospitalarias, dolor a corto o largo plazo, satisfacción del paciente o reincorporación a la actividad laboral. Tampoco existen estudios prospectivos que observen diferencias en el coste económico (algunos autores argumentan que la menor tasa de infección de heridas podría resultar en un menor coste del procedimiento).

El tiempo quirúrgico fue similar en ambos abordajes. Existe una serie publicada por Hernia Interest Group of South Africa (HIG) donde el abordaje laparoscópico muestra quince minutos más de tiempo quirúrgico.

Debemos mencionar que a la hora de analizar ambos abordajes, como comentábamos antes, la irrupción de nuevas variantes por vía laparoscópica dificulta el análisis. Por ejemplo, el cierre del defecto por vía laparoscópica puede resultar en menor tasas de recurrencias y menor formación de seromas así como un mejor resultado estético con la consiguiente mayor satisfacción del paciente. Por otro lado también podría implicar un mayor dolor postoperatorio sobre todo a corto plazo y mayor tiempo operatorio. No obstante debemos añadir que la evidencia disponible para realizar estas afirmaciones no es de excesiva calidad fundamentándose sobre todo en series de casos.

Las indicaciones de la técnica laparoscópica han cambiado poco en este tiempo:

- Defectos mayores de 3 cm. Las menores de 3 cm son candidatas a anestesia local salvo en obesidad mórbida y en multirrecidivadas que sí pueden beneficiarse del abordaje laparoscópico. En pacientes obesos (IMC >35) la reparación laparoscópica puede reducir las complicaciones de la herida, otras morbilidades y la tasa de recurrencias recomendándose siempre que sea factible técnicamente.

- Defectos menores de 12 cm. Las mayores de 12 cm siguen recomendándose por vía abierta.

- 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 consiguiéndose mejores resultados por vía abierta.

- 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.

En cuanto a las contraindicaciones hemos encontrado pocos cambios:

- Hernias con trastornos de la piel que recubre el saco, como celulitis, úlcera, 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 diástasis de rectos.

- Hernias estranguladas con sospecha de necrosis intestinal o perforación. Según algunas guías, con una evidencia moderada la reparación laparoscópica puede ser empleada en el manejo de la hernia encarcerada en función de la experiencia del cirujano al disminuir la infección del sitio quirúrgico.

- 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. Aproximadamente el 60% de las hernias incisionales se pueden reparar vía laparoscópica con anestesia regional.

Podemos concluir que no existe una técnica ideal para abordar la hernia incisional y que el dominio del más amplio rango de posibilidades terapéuticas y su aplicación de forma individualizada hará que las probabilidades de éxito sean mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Escobedo I, Perea MJ, Candón J, Bejarano D, Morales G, Utrera A. Abordaje de la hernia incisional. ¿Abierto o laparoscópico? Cir. Andal. 2013;24:275-277
3. Bougard H, Coolen D, de Beer R, Folscher D, Kloppers JC, Koto MZ, Reimers GB, Sofianos C, Oodit R. The Hernia Interest Group (HIG) of the South African Society of Endoscopic Surgeons (SASES). HIG (SA) Guidelines for the Management of Ventral Hernias. SAJS 2016 Jul; Vol. 54; No 3
4. Earle, D., Roth, S., Saber A., Haggerty S., Bradley III J.F., Fanelli R., Price R., Richardson W.S, Stefanidis D. SAGES Guidelines Committee. SAGES Guidelines for laparoscopic ventral hernia repair. Surg Endosc 2016 Aug;30(8):3163-83