

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Eventroplastia anterior Chevrel. Una técnica válida.

Anterior Chevrel's eventroplasty. A valid technique.

C. Bernardos-García, S. Kaddouri, J.J. Torres-Recio, M. Infantes-Ormand, A. Amaya-Cortijo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

RESUMEN

La cirugía de la eventración supone un reto quirúrgico para el cirujano. Hoy día existen multitud de técnicas disponibles para su corrección, todas ellas basadas en el concepto de cirugía sin tensión, siempre apoyadas por el uso de materiales proteicos. La eventroplastia anterior de Chevrel es una técnica completa que permite un cierre completo y reforzado de la pared abdominal y estaría indicada en eventraciones de línea media de mediano/gran tamaño. Presentamos el caso de una eventración de línea media reparada mediante esta técnica.

Palabras clave: eventroplastia, prótesis, Chevrel.

ABSTRACT

The surgery of incisional hernias is a surgical challenge for the surgeon. Nowadays there are a lot of procedures, all of them based on tension-free surgical concept and always supported by prosthetic materials. Chevrel's anterior eventroplasty is a complex technique that allows a complete y reinforced closure of abdominal wall and its indicated in medium-large size midline incisional hernias. We reporte a case of a midline incisional hernia repaired with this technique.

Keywords: eventroplasty, prosthesis, Chevrel.

TIPO DE TÉCNICA

La hernioplastia anterior de Chevrel¹ conceptualmente consiste en la reparación protésica de defectos herniarios mediante un abordaje anterior realizándose una reparación en cuatro capas. Se unen la sutura del orificio herniario, el desdoblamiento y sutura de la vaina anterior de los rectos y por último de la colocación de una prótesis on-lay suturada a la zona de sección de la fascia de los rectos

CORRESPONDENCIA

Carlos Bernardos García
carlosbernardos1981@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Bernardos García C, Kaddouri S, Torres Recio JJ, Infantes Ormand M, Amaya Cortijo A. Eventroplastia anterior Chevrel. Una técnica válida. Cir Andal. 2018;29(2):188-190

(Figura 1). Esta técnica, descrita por Noble² en 1843, fue popularizada posteriormente por Welter-Eudel³ en 1941 y supone la base para comprender la actual técnica de Chevrel.

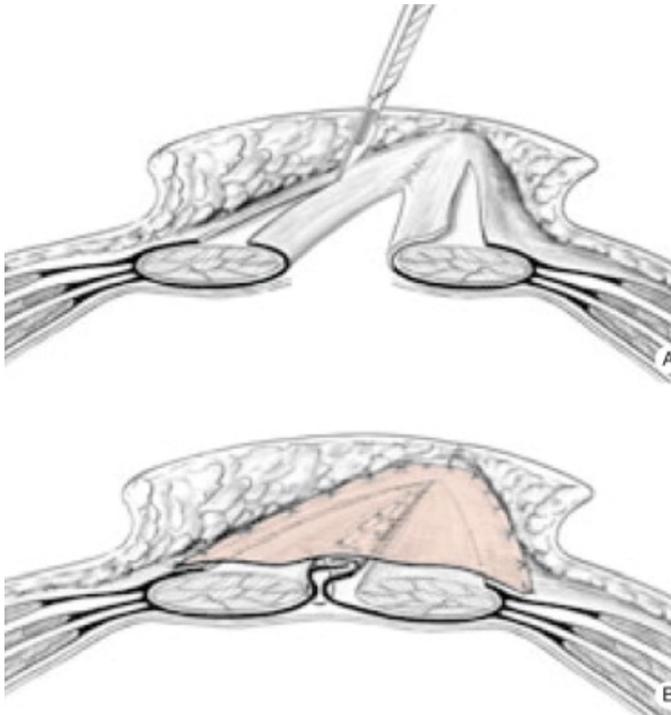


Figura 1

Resumen de hernioplastia de Chevrel. Incisión en vaina de rectos. Sutura de ambas en línea media con doble sutura. Hernioplastia on-lay sobre la vaina del recto seccionada.

La cirugía, realizada bajo anestesia raquídea idealmente (buena sedación para relajación muscular) o general en hernias muy voluminosas comienza con la extirpación de la cicatriz previa y la disección del saco herniario en el plano subcutáneo. Dicho saco puede ser abierto para explorar las adherencias intraperitoneales o mantenerse íntegro.

El siguiente paso consiste en disecar el borde del anillo herniario que a continuación se suturará mediante sutura continua, bien reabsorbible o irreabsorbible (primera capa de refuerzo).

Una vez suturada la línea media, se realizará la incisión sobre la vaina anterior del músculo recto, unos 2-3 cm alejados de la línea media. La vaina se diseca del músculo subyacente para poder desdoblarla y suturarla al recto contralateral con sutura continua (segunda capa). El mismo procedimiento se realiza con el recto contralateral para conseguir así la tercera capa de refuerzo. En este momento tenemos expuesto el vientre muscular del recto.

El último paso del procedimiento (cuarta capa) consiste en la colocación de una malla de polipropileno de bajo peso con poro ancho que se sutura a plano fascial de recto con cuatro suturas continuas preferentemente, ya que resulta más rápida.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La eventroplastia anterior de Chevrel su indicación principal en casos de eventraciones de mediano/gran tamaño de línea media (orificios >5-10 cm) donde el cierre del anillo primario se puede realizar sin tensión. Chevrel ya propuso en el año 2000 una clasificación de las eventraciones, que exponemos a continuación (Figura 2), siendo las M1-M2, W2-W3 las ideales para reparar mediante esta técnica.

Clasificación de Chevrel (Incisional)

Sitio

- Mediales
 - M1: Supraumbilical
 - M2: yxtaumbilical
 - M3: Subumbilical
 - M4: Xifo – pubiana
- Laterales
 - L1: Subcostal
 - L2: Transversa
 - L3: Iliaca
 - L4: Lumbar



Tamaño y recurrencias

- W1: < 5cm
- W2: 5 – 10 cm
- W3: 10 – 15 cm
- W4: > 15cm
- R: no recurrencias
- R1: primera recurrencia
- R2: segunda recurrencia



Figura 2

Clasificación propuesta por Chevrel.

VENTAJAS QUE APORTA

Este tipo de reparación aporta la ventaja de que el desdoblamiento de la fascia del recto permite reforzar el cierre del defecto de línea media creando varias capas de suturas así como liberar tensión a la pared abdominal al liberar dicha fascia.

Permite el tratamiento de hernias de un tamaño considerable siendo una técnica relativamente fácil de llevar a cabo.



[Acceder al vídeo](#)

CONCLUSIONES

La eventroplastia anterior de Chevrel sigue teniendo un papel importante en la cirugía de la eventración. A medio camino entre el tratamiento de pequeñas eventraciones y las técnicas más agresivas como la separación de componentes, descrita por Ramírez *et al.*⁴ en 1990, supone una buena herramienta para el tratamiento de estos pacientes.

DISCUSIÓN

Desde la introducción de materiales proteicos, el índice de recidivas herniarias ha disminuido abruptamente con respecto a las herniorrafias del siglo pasado⁵ (Tabla 1). Dada la multitud de técnicas descritas para la reparación de eventraciones abdominales, es lógico concluir que ninguna debe ser considerada como la técnica única para el tratamiento de un caso concreto, sino que más bien debemos hablar de técnicas de referencia (véase Lichtenstein para la hernioplastia inguinal) siendo lo más interesante disponer de varias opciones técnicas para poder ampliar nuestro arsenal terapéutico.

La eventroplastia anterior de Chevrel, considerada como técnica *on-lay* permite tratar eventraciones de línea media de mediano-gran tamaño (5-10 cm) con unos resultados satisfactorios e índices de recurrencia de en torno al 5%⁶. Es una técnica relativamente fácil de ejecución con baja morbilidad en manos experimentadas y que cumple bien con los criterios de “*cierre sin tensión*” que han permitido mejorar los resultados en cuanto recidivas, puesto que utiliza dos herramientas como son el cierre sin tensión de la línea media dado que libera la fascia anterior del recto y la hernioplastia *on-lay* como refuerzo de lo anterior.

BIBLIOGRAFÍA

- Chevrel JP, Dilin C, Marquette H. Treatment of median abdominal hernia by muscular autograft and pre-musculo-aponeurotic prosthesis. Apropos of 50 cases. *Chirurgie*. 1986;112:616-22.
- Welti H, Eudel F. Un procédé de cure radical des éventrations postopératoires par auto étalement des muscles gras droits après incision du feuillet antérieur de leurs gaines. *Mém Acad Chir*. 1941;28:791-8.
- Noble. Thesis doctoral PE. Didierjean. Paris, 1895.
- Ramírez OM, Ruas E, Dellon AL. «Components separation» method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg* 1990;86(3):519-526
- López Cano M. Cirugía basada en la evidencia y hernia incisional. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013;1(1):18-26.
- Chevrel JP, Rath AM. The use of fibrin glues in the surgical treatment of incisional hernias. *Hernia*. 1997;1:9-14.

Tabla 1. Comparación de índice de recidivas entre herniorrafias y hernioplastias.

Autor (año)	Núm. de pacientes	Recurrencia %
<i>Reparación con sutura</i>		
Langer (1985)	154	31%
Van der Linden (1988)	151	49%
Read (1989)	206	24,8%
Hesselink (1993)	231	36%
Geçim (1996)	109	45%
Paul (1997)	111	53%
<i>Reparación con malla sintética</i>		
Guillion (1997)	158	4%
McLanahan (1997)	106	4%
Arnaud (1999)	250	3%