

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Separación posterior de componentes

Posterior component separation technique

J. Rivas-Becerra, J.D. Turiño-Luque, A. Cabello-Burgos, M. Pérez-Reyes, A. Bayón-Muñiz, A. Martínez-Ferriz, J. Santoyo-Santoyo

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

RESUMEN

Podemos definir eventración como aquel defecto generado en la pared abdominal a nivel de la línea media o lateralmente tras una cirugía laparotómica o laparoscópica, diferenciándolo así de las hernias primarias. Su incidencia se estima entre el 13 al 20%^{1,2} llegando algunas series hasta el 52% de las laparotomías³, generando un importante impacto económico junto a un riesgo elevado de recurrencia.

Las técnicas empleadas en su reparación incluyen la cirugía abierta o por vía laparoscópica². La cirugía abierta engloba técnicas con o sin prótesis, si bien en la actualidad se recomienda el empleo de mallas en la mayoría de los pacientes³. Las técnicas protésicas disminuyen la tensión de los tejidos, y por tanto, el dolor y el riesgo de recurrencia frente a la no protésica, si bien están asociadas a mayor riesgo de infección de herida². Además se les pueden asociar técnicas de separación por componentes anterior (Ramírez) o posterior (Carbonell, Rosen-Novitsky -Transversus Abdominis Release-)⁴⁻⁷.

Como técnicas complementarias previas a la cirugía pueden emplearse la toxina botulínica y/o la creación de neumoperitoneo progresivo^{8,9}.

Palabras clave: hernia ventral, separación de componentes, Carbonell, Ramírez, Rosen-Novitsky.

ABSTRACT

Incisional hernia can be defined as a defect generated in the abdominal wall at the level of the midline or laterally after a laparotomy or laparoscopic surgery, thus differentiating it from primary hernias. Its incidence is estimated between 13% and 20%, reaching some series up to 52% of laparotomies, generating an important economic impact together with an elevated risk of recurrence.

The techniques used in its repair include open or laparoscopic surgery. Open surgery encompasses techniques with or without prostheses, although currently the use of mesh is recommended in most patients. Prosthetic techniques reduce tissue tension, and therefore, pain and risk of recurrence versus non-prosthetic, although they are associated with an increased risk of wound infection. In addition, component separation techniques are performed using an anterior (Ramírez) or posterior approach (Carbonell, Rosen-Novitsky -Transversus Abdominis Release-).

As complementary techniques prior to surgery, botulinum toxin and/or creation of progressive pneumoperitoneum can be used.

Keywords: incisional hernia, component separation techniques, Carbonell, Ramírez, Rosen-Novitsky.

TÉCNICA

La vía de apertura se realiza habitualmente sobre la cicatriz previa, disecando el tejido celular subcutáneo hasta alcanzar el saco herniario. En este momento cabe la opción de abrirlo, liberar posibles adherencias hasta alcanzar fascia sana (borde interior del saco herniario) o, sin abrirlo, disecarlo lateralmente hasta alcanzar la aponeurosis sana (borde exterior del saco herniario) y así alcanzar

CITA ESTE TRABAJO

Rivas Becerra J, Turiño Luque JD, Cabello Burgos A, Pérez Reyes M, Bayón Muñiz A, Martínez Ferriz A, Santoyo Santoyo J. Separación posterior de componentes. Cir Andal. 2018;29(2):197-199

XREF

los músculos rectos abdominales. A continuación se procede a la disección de la aponeurosis posterior del recto abdominal (técnica de Rives-Stoppa) hasta alcanzar la línea semilunar (confluencia de ambas aponeurosis, anterior y posterior, de los rectos abdominales y la aponeurosis de la musculatura oblicua y transversa). Esta separación debe extenderse cranealmente hasta la visualización del triángulo grasoso de Conze; caudalmente proseguir con la disección hasta el espacio preperitoneal de Retzius y lateralmente de Bogros, sobrepasando el pubis y ligamentos de Cooper. En esta fase es importante preservar la grasa perivascular de los vasos epigástricos, así como de la inervación a dicho nivel. Si llegado este momento es suficiente la separación para el cierre de la pared abdominal se procedería al cierre del espacio preperitoneal (si se ha abierto el saco herniario) y colocación de malla (técnica de Rives-Stoppa) sobre la aponeurosis posterior de rectos abdominales. Si hubiese sido necesario realizar una amplia disección subcutánea podríamos optar como primera opción por una separación anterior de componentes (técnica de Ramírez). En caso contrario plantearíamos la separación de componentes posterior con la siguiente secuencia: técnica de Rives-Stoppa, en caso de no ser suficiente, Rosen-Novitsky (TAR), seguida si fuese preciso de Carbonell y como último recurso asociar la técnica anterior de Ramírez con el objetivo de disminuir la tensión del cierre, aumentando la *compliance*.

La técnica de Rosen-Novitsky incide lateralmente sobre la línea semilunar entre medio y un centímetro por debajo de la misma. Se trata de acceder a un espacio preperitoneal puro. Es un espacio avascular y la disección debe extenderse en dirección caudocraneal (recomendable) hasta el diafragma y lateralmente hasta los cuadrado lumbares, intentando preservar pedículos vasculonerviosos laterales. Cierre del espacio preperitoneal y colocación de malla grande bien extendida recubriendo la totalidad de la superficie expuesta. El anclaje de la misma puede ser suficiente con puntos sueltos de material reabsorbible a nivel craneal y caudal pues la propia presión abdominal evitará su retracción a línea media desde los flancos. Finalmente cierre de la línea media con sutura continua habitual monofilamento, si no es posible fijar lo más centralmente (no temer el "bridging"), para evitar la retracción muscular mejorando así la recuperación de la fisiología muscular abdominal.

La técnica de Carbonell consiste en incidir medialmente sobre la línea semilunar disecando el espacio entre el músculo oblicuo menor y el músculo transverso, extendiendo la disección hasta los flancos. La colocación de la malla sigue los pasos de la técnica anterior si bien es recomendable fijar la musculatura transversa para evitar su retracción. El cierre en línea media sigue la secuencia de la técnica anterior.

Previo al cierre de línea media es recomendable emplazar drenajes aspirativos en el espacio retromuscular y otro a nivel subcutáneo si se ha realizado una disección amplia del mismo.

INDICACIONES

1. Eventraciones de la línea media mayores con diámetro transversal mayor de 10 cm o laterales con gran defecto, en caso inferior a 10 cm emplear técnica de Rives-Stoppa.

2. Siempre que exista tensión en la línea de sutura de una eventración primaria.

3. Eventraciones recidivadas de línea media o con pérdida de derecho a domicilio.

4. Eventraciones medias que presenten hernia paraestomal concomitante.

VENTAJAS

Disminución de la sensación de tensión en línea media y por tanto del dolor, disminución del desarrollo de seroma al estar en plano retromuscular el material protésico, en comparación con las reparaciones supra aponeuróticas.

Disminución del riesgo de recidiva herniaria a nivel lateral respecto a la reparación de Rives-Stoppa.

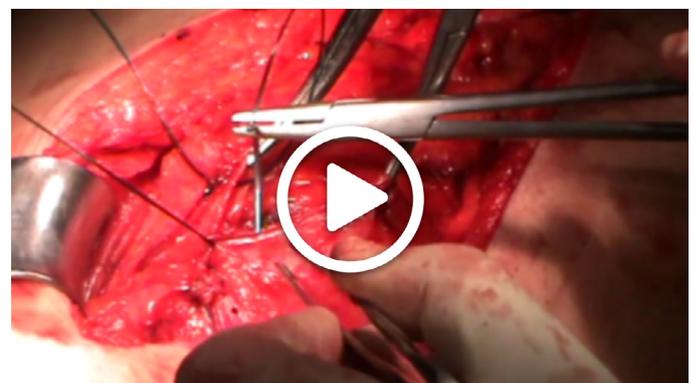
CONCLUSIÓN

La técnica de separación posterior de componentes es una técnica efectiva y una opción en la reparación de la pared abdominal en hernias complejas.

DISCUSIÓN

Consideramos que la técnica de separación posterior de componentes necesita una curva de aprendizaje mayor a otras técnicas de reparación de la eventración. Presenta la gran ventaja de menor número de complicaciones en cuanto a: dolor postoperatorio, seroma, sensación de cuerpo extraño e incluso de recidiva.

Es recomendable en el estudio radiológico del paciente (TAC), fisioterapia respiratoria, control de factores de riesgo (HTA, Diabetes, Obesidad, Tabaquismo) e integridad de la piel.



[Acceder al vídeo](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. Eriksson A, Rosenberg J, Bisgaard T. Surgical treatment for giant incisional hernia: a qualitative systematic review. *Hernia*. 2014;18(1):31-8.
2. den Hartog D, Dur AH, Tuinebreijer WE, Kreis RW. Open surgical procedures for incisional hernias. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;16(3):CD006438.
3. Novitsky YW, Porter JR, Rucho ZC, Getz SB, Pratt BL, Kercher KW, et al. Open preperitoneal retrofascial mesh repair for multiply recurrent ventral incisional hernias. *J Am Coll Surg*. 2006;203(3):283-9.
4. 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):519-26.
5. Rives J, Pire JC, Flament JB, Palot JP, Body C. [Treatment of large eventrations. New therapeutic indications apropos of 322 cases]. *Chirurgie*. 1985;111(3):215-25.
6. Stoppa RE. The treatment of complicated groin and incisional hernias. *World J Surg*. 1989;13(5):545-54.
7. Carbonell Tatay F, Bonafe Diana S, Garcia Pastor P, Gomez IGC, Baquero Valdelomar R. [New surgical technique in complex incisional hernias: Component Separation Technique (CST) with prosthesis and new muscle insertions]. *Cir Esp*. 2009;86(2):87-93.
8. Bueno Lledó J, Torregrosa Gallud A, Giménez Rosselló R, Carbonell Tatay F, García Pastor P, Bonafe Diana S, et al. Preoperative preparation of "loss of domain" hernia. Progressive pneumoperitoneum and botulinum toxin type A. *Cir Esp*. 2017;95(5):245-53.
9. Juliá Verdaguer E, Morell N, Bombuy E, Abadal M, Mans E, Hugué A, et al. Tres casos de neumoperitoneo progresivo como tratamiento para hernias con pérdida de domicilio. *Cir Esp*. 2017;95(Espec Congr):716.