



Técnica laparoscópica en la hernia ventral

Sr. Director:

He leído con gran interés el trabajo publicado en el número 4, volumen 78, de *Cirugía Española*¹ acerca del tratamiento laparoscópico de las hernias ventrales. Debido a que se presenta como una revisión del tema basado en la experiencia de numerosos autores (no como artículo original) creo necesario, desde mi humilde experiencia, realizar algunas matizaciones, no tanto para los expertos autores como para los lectores que se inician en la técnica o tienen una limitada experiencia.

1. Como aspecto formal. Toda revisión de conjunto precisa expresar en un apartado concreto el tipo de búsqueda bibliográfica realizada, el método de tratamiento de los artículos (bases de datos, períodos de tiempo, términos clave, etc.) y la metodología empleada para llegar al consenso entre los diversos participantes, circunstancias que no se explican en el trabajo. De igual forma, el estudio debe quedar después reflejado en la bibliografía. La revisión presentada carece de dicha precisión formal.

2. Como aspectos puntuales:

– ¿Cuándo usar suturas transmurales de referencia? Creo que es aconsejable utilizarlas siempre. La colocación y la fijación de la malla tiende a desplazarse hacia el lado contrario a los trocares (donde más fácil se trabaja y se maneja el instrumental), dejando un menor solapamiento en el lado del abordaje. Este fenómeno se evita siempre con la sencilla maniobra de colocar 4 puntos en los vértices de la malla (evita tener que recolocar una malla parcialmente fijada, añadir otra para completar el solapamiento adecuado y muchas recidivas tempranas)².

– ¿Existe un límite superior para indicar la técnica? Sí, siempre debería existir. El uso de una malla mayor

de 20-25 cm dentro de la cavidad abdominal es difícil sin añadir trocares contralaterales. Si pensamos que el solapamiento adecuado debe de ser de, al menos, 5 cm, el defecto limitante debería ser de 15 cm. Hernias con defectos únicos mayores de 15 cm deberían operarse por cirugía abierta donde se puede reconstruir la pared musculoaponeurotica y evitar el defecto estético y fisiológico que no se puede corregir con el abordaje laparoscópico³.

– La adhesiolisis no es un proceso predecible según la etiología del proceso previo ni la reparación anterior, por mucha experiencia que tengamos. Sólo la realización de una ecografía/tomografía computarizada (TC) dinámica puede ayudarnos en este punto (todo cirujano tiene la experiencia de reoperar a pacientes con múltiples intervenciones, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), cirugía oncológica, etc., y no encontrar ni una adherencia, y otros casos donde una simple cirugía menor considerada limpia ha bloqueado toda la cavidad)⁴.

– ¿Es necesario colocar una sonda nasogástrica (SNG)? Nunca de forma sistemática. Existen evidencias científicas de que el uso sistemático de la SNG no mejora los resultados. La colocación de una SNG de forma sistemática en toda hernia supraumbilical no tiene justificación alguna. La SNG no se debe indicar en función del tipo de hernia, sino en función de la dificultad técnica por el abordaje de asas intestinales durante la disección (recordemos que la mayoría de hernias supraumbilicales son pequeñas y sin contenido intestinal)⁵.

– ¿Qué tipo de anestesia se debe administrar? La indicación anestésica y su consentimiento debe realizarlo el anestesista. Si no es posible la anestesia general y el cirujano indica un abordaje laparoscópico el procedimiento puede realizarse de forma regional con igual seguridad y eficacia. Recordemos que la mayoría de los casos que los autores califican como ideales son hernias peri e infraumbilicales de tamaño pequeño y representan más del 50% de los casos en muchas series.

– ¿Qué tipo de malla elegir? Actualmente ningún cirujano debería aconsejar el uso de un material por el hecho de ser el más utilizado hasta hoy en la bibliografía. Durante años, la duramadre o la *fascia lata* fueron los materiales más utilizados por una generación de cirujanos y, hoy día, se consideran prohibidos. No vamos a enumerar las técnicas o los materiales que hemos ido abandonando en función del desarrollo tecnológico y que durante décadas fueron los mejor considerados. La malla intraabdominal debe elegirse en función de sus propiedades fisicoquímicas y su comportamiento biológico durante la integración, y actualmente los expertos en pared abdominal aconsejan el uso de mallas compuestas según la clasificación de Bellón⁶.

– ¿Cuál es el tamaño ideal de la malla? Según los expertos en cirugía abierta de pared abdominal la malla siempre debería de tener un tamaño que asegurara un solapamiento igual o mayor a 5 cm. Si en el abordaje laparoscópico la fijación es menos segura, siempre deberíamos garantizar dicho solapamiento (ni 3-4 ni 3-5 cm)⁷.

Debemos agradecer a los autores el enorme esfuerzo realizado para sistematizar de una forma tan didáctica un tema tan novedoso. Finalmente, no debemos pasar por

alto que la laparoscopia representa sólo una forma de abordaje que intenta reproducir técnicas clásicas (que en la eventración no ocurre) y que sus indicaciones deberían de intentar ser propuestas mediante un consenso más global (laparoscopistas y cirujanos de pared abdominal), puesto que deben pensarse como unas pautas de conducta aconsejables para la mayoría de los cirujanos.

Alfredo Moreno-Egea^a y José Luis Aguayo-Albasini^b

^aCoordinador de la Unidad de Pared Abdominal. Profesor Asociado de Cirugía. Vocal de la Sección de Pared Abdominal y Suturas. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España. ^bJefe de Servicio de Cirugía. Profesor Asociado de Cirugía. Vocal de la Sección de Gestión de Calidad. Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Bibliografía

- Morales-Conde S, Abdel-Lah A, Angoso-Catalina F, Blasco F, Feliu-Pala X, Fernández-Lobato R, et al. Técnica quirúrgica básica consensuada para el tratamiento por vía laparoscópica de las hernias ventrales. *Cir Esp*. 2005;78:214-21.
- Moreno-Egea A, Torralba JA, Morales G, Cartagena J, Vicente JP, Aguayo JL. Técnica de fijación de la malla y de reparación laparoscópica de las hernias ventrales e incisionales. *Cir Andal*. 2005;16:83-5.
- Moreno-Egea A, Castillo J, Girela E, Canteras M, Aguayo JL. Outpatient laparoscopic incisional/ventral hernioplasty: our experience in 55 cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2002;12:171-4.
- Moreno-Egea A, Torralba JA, Girela E, Corral M, Bento M, Cartagena J, et al. Immediate, early and late morbidity with laparoscopic ventral hernia repair and tolerance the composite mesh. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2004;14:130-5.
- Nelson R, Tse B, Edwards S. Systematic review of prophylactic nasogastric decompression after abdominal operations. *Br J Surg*. 2005;92:673-80.
- Moreno-Egea A, Flores B, Lirón R, Girela E, Aguayo JL. Reparación laparoscópica de las hernias ventrales con Goretex y Aprietas. *Cir Esp*. 2001;70:291-4.
- Schumpelick V, Klinge U, Junge K, Stumpf M. Incisional abdominal hernia the open mesh repair. *Langenbecks Arch Surg*. 2004;389:1-5.