

Cartas al director



Eventroplastia laparoscópica

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el trabajo de Abdel-Lah et al¹ publicado en marzo al respecto de la hernioplastia laparoscópica en una unidad de CMA y creemos adecuado realizar algunos comentarios al respecto. Primero, agradecer a los autores la detallada exposición de los resultados porque demuestra la seriedad con que se trata el texto, acostumbrados ya a leer trabajos de renombre donde se evitan mencionar las complicaciones. En cuanto a la técnica quirúrgica queremos sumarnos al uso de los 3 trocares de 10 mm como abordaje inicial porque evidentemente facilita la versatilidad óptica-instrumental y garantiza una mejor visión y fijación de la malla. No creemos que se gane nada con forzar una reparación con 2 trocares de 5 mm.

En cuanto al uso de varias mallas, puede ser muy arriesgado afirmar que no suponen un factor de riesgo de futuras recidivas. En nuestra experiencia así lo fue. Sería de gran utilidad que los autores nos indicaran si los pacientes con varias mallas tenían defectos únicos o múltiples. En los defectos "tipo queso suizo" el uso de varias mallas parece ser más viable por el apoyo de los puentes musculoaponeuróticos a la fijación de la malla, pero en los defectos únicos de gran tamaño nosotros no aconsejaríamos utilizar varias mallas. Todavía no disponemos de estudios histológicos sobre la integración de varias mallas y su comportamiento funcional en la pared abdominal.

Los autores presentan una tasa de conversión del 11,8% y sólo una lesión intestinal. No tienen por qué justificarse, nosotros les felicitamos por su juiciosa capacidad para decidir convertir una técnica en el momento justo. Posiblemente con una serie de 135 casos ya les hubiera correspondido alguna otra lesión. No se debe olvidar que en este tipo de cirugía laparoscópica la precaución es fundamental para evitar la posible mortalidad. Actualmente en estos casos (de intensas adherencias viscerales o de lesión intestinal) nosotros realizamos una pequeña incisión sobre el defecto, completamos la separación de asas y reparamos la lesión con seguridad, y después continuamos la vía laparoscópica. Con este "abordaje combinado" hemos evitado la conversión sin aumentar los problemas postoperatorios.

En cuanto al tipo de malla empleada, nuestra experiencia inicial fue similar y por ello abandonamos el uso del PTFE por el de una malla bilaminar de rápida y total integración parietal². Recordemos que el PTFE se integra mediante encapsulación, su superficie de contacto no es irritante, produce baja fricción y necesita una fijación intensa; además es opaca, poco tolerante a la infección, tiende a formar seromas con gran facilidad y forma más adherencias que otros materiales bilaminares²⁻⁵. Respecto a las recidivas, los resultados de los autores no dejan

a nuestro entender muchas dudas, 5 de 6 casos fueron con este material.

En cuanto a los seromas (33%), como la serie es amplia quisiéramos estimular a los autores a que los siguientes 50 casos los realizaran sin abrasión instrumental del peritoneo parietal para demostrar si esta maniobra sirve de algo en la prevención de los seromas. Sería de gran interés para todos los que realizamos la técnica. Nosotros tenemos la impresión de que no aporta nada y de que la irritación física de una malla bilaminar, el vendaje compresivo prolongado y la movilización temprana son los únicos medios de que disponemos para controlar "en lo posible" la formación de seromas. Finalmente quisiera volver a dar las gracias a los autores por su excelente trabajo.

A. Moreno-Egea

Unidad de Pared Abdominal.
Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario
J.M. Morales Meseguer.
Murcia.

Bibliografía

1. Abbel-Lal O, García-Moreno FJ, Gutiérrez-Romero JR, Calderón F. Experiencia inicial en la reparación de hernias incisionales/ventrales por laparoscopia en una unidad de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia (UCMA-CE). *Cir Esp.* 2005;77:153-8.
2. Moreno-Egea A, Flores B, Lirón R, Girela E, Aguayo JL. Reparación laparoscópica de las hernias ventrales con Goretex y Parietex. *Cir Esp.* 2001;70:291-4.
3. Kukleta JF. The ideal mesh for abdominal wall repair for laparoscopic procedures. En: Schumpelick V, Nyhus LM, editors. *Meshes: benefits and risks*. Berlin: Springer-Verlag; 2004. p. 435-49.
4. Schumpelick V, Klinge U, Stumpp M, Ulmer F, Junge K, Rosch R. The ideal mesh – How should it look like? A surgical approach–Open abdominal wall. En: Schumpelick V, Nyhus LM, editors. *Meshes: benefits and risks*. Berlin: Springer-Verlag; 2004. p. 430-4.
5. Borrazo EC, Belmont MF, Boffa D, Fowler DL. Effect of prosthetic material on adhesion formation after laparoscopic ventral hernia repair in a porcine model. *Hernia.* 2004;8:108-12.