

Multirreparación protesicotisular: una nueva técnica para casos muy complejos

Alfredo Moreno-Egea

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia. España.

En ocasiones, los cirujanos nos enfrentamos a situaciones que no se recogen en los manuales y adquirimos una responsabilidad a veces difícil de admitir o incluso de justificar por otros compañeros. Esta situación se presenta ocasionalmente en la cirugía de la pared abdominal en que pocas veces existe una "justificación vital" para convencer a un paciente y llevarle al quirófano. Aunque se acepte el consentimiento informado, la responsabilidad del cirujano en este caso se convierte en doble, por un lado, se debe intentar solucionar el problema de la pared y, por otro, se debe asegurar unos resultados y una calidad de vida igual o mejor que la que previamente se tenía. Ante este planteamiento, muchos profesionales honestamente mantendrán su credibilidad evitando exponerse a este tipo de situaciones. Pero es en este punto donde podemos empezar a hablar del papel de las unidades funcionales y de la colaboración entre especialistas. Estos grupos con dedicación específica deben intentar siempre ofrecer algo más a sus pacientes. En estos casos de eventraciones muy complejas, el autor aconseja actualmente adaptar una "técnica de multirreparación protesicotisular" a cada paciente (separación de componentes según técnica de Ramírez, malla bilaminar intraabdominal según técnica de Arnaud, pero utilizando los principios del abordaje laparoscópico, el defecto y la malla son cubiertos mediante plastia facial con el saco preservado y refuerzo con una malla de polipropileno *light* para cubrir superficialmente la reparación y la pared muscular). Esta técnica representa una combinación de todos los conocimientos que hemos alcanzado en el siglo XXI en el campo de la cirugía parietal, una propuesta lógi-

ca a la que se llega tras el desarrollo y la aceptación de los materiales protésicos, de la expansión del abordaje laparoscópico y de su entorno tecnológico, y del mejor conocimiento anatómico de la pared abdominal y de sus posibilidades de desdoblamiento en varios componentes. Hace una década la cirugía de la eventración se regía por un principio básico: evitar la entrada en la cavidad abdominal, su manipulación y uso de mallas en contacto visceral. En la actualidad se ha demostrado que este principio ya no es una necesidad. Desde un punto de vista conceptual, la opción que presentamos reúne una reparación musculoaponeurótica mediante la operación de Ramírez o separación de componentes, una reparación intraabdominal según técnica de Arnaud, pero utilizando la experiencia de la cirugía laparoscópica en la colocación de la malla y su fijación mecánica, una reparación fascial con saco peritoneal y una reparación protésica supraaponeurótica según los principios de Vidal-Sanz, pero con plastia lateral intramuscular según descripción de Carbonell¹⁻⁵. Pero sobre todo es una posibilidad terapéutica real para pacientes de muy difícil manejo.

Bibliografía

1. 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 to composite mesh. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004;14:130-5.
2. Ramirez OM, Ruas E, Dellon AL. Components separation method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86:519.
3. Arnaud JP, Tuech JJ, Pessaux P, Hadchity Y. Surgical treatment of postoperative incisional hernias by intraperitoneal insertion of Dacron mesh and an aponeurotic graft. A report on 250 cases. *Arch Surg.* 1999;134:1260-2.
4. Belda T, Cortes M, Carbonell F, Bonafé S, Baquero R. Nuevo método de operar en la gran eventración: separación anatómica de componentes modificada. Complicaciones y seguimiento. *Cir Esp.* 2006;80 Supl 1:185.
5. Vidal Sans J. Eventraciones. En: Pozanco V. Actualizaciones en técnica quirúrgica, integración de biomateriales y problemática jurídica. Barcelona: Biblioteca CyH; 2004.

Correspondencia: Dr. A. Moreno Egea.
Avda. Primo de Rivera, 7, 5.º D. 30008. Murcia. España.
Correo electrónico: moreno-egaea@ono.com

Manuscrito recibido el 18-4-2007 y aceptado el 29-8-2007.