

Cartas al Director



Eventroplastia laparoscópica: abordaje bilateral

Sr. Director:

Hemos leído atentamente el artículo de Fernández Lobato et al, publicado en su Revista en diciembre de 2003, al respecto de las eventroplastias laparoscópicas. Desde nuestra experiencia, tras haber realizado 108 intervenciones con 7 recidivas contabilizadas, estamos totalmente de acuerdo con la necesidad de utilizar mallas grandes que sobrepasen con amplitud el defecto herniario. Sin embargo, nos gustaría hacer algunas anotaciones a la técnica. Es cierto que las mallas de gran tamaño son difíciles de orientar en la cavidad abdominal, pero creemos que es suficiente con 2 puntos de referencia, en los extremos superior e inferior, para extender, orientar y centrar la malla respecto al orificio herniario.

Por otra parte, como ya es sabido, uno de los puntos fundamentales de la técnica es la correcta fijación de la corona externa¹⁻⁴; por eso, en los últimos 8 casos hemos practicado el abordaje bilateral añadiendo un trocar de 15 mm y otro de 5 mm, contralaterales a los 3 habituales. Mediante este gesto conseguimos introducir la malla por el trocar de 15 mm de forma fácil y aséptica, y bajo visión directa, mejorar la visión de todo el anillo y anclar la malla en toda la corona externa con más facilidad y mejor resultado.

Este abordaje bilateral nos permite acceder con el instrumental y la óptica, para conseguir el mejor ángulo para la colocación de la sutura helicoidal. Una vez fijada la hemicorona externa más próxima al cirujano, se retiran los trocres adicionales y se cubre el orificio de 15 mm con la malla.

Consideramos, por tanto, que el abordaje bilateral, con 2 puntos transparietales de fijación, es una variante a la técnica de la doble corona que permite una extensión y colocación de la malla más cómoda, así como una fijación más segura de ésta.

Daniel Bejarano, Antonio Utrera, Fernando de la Portilla, Alberto de la Rosa y Gonzalo Carranza

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Bibliografía

1. Le Blanc KA. Current considerations in laparoscopic incisional and ventral herniorraphy. JSL 2000;4:131-9.
2. Phillips, E Dardano AN, Saxe A. Laparoscopic repair of abdominal hernias using an ePTFE patch. A modification of a previously described technique. JSL 1997;1:227-79.
3. Park A, Gagner M, Pomp A. Laparoscopic repair of large incisional hernias. Surg Laparosc Endosc 1996;6:123-8.

4. Morales-Conde S, Morales-Mendez S. Laparoscopic intraperitoneal ventral hernia repair without sutures: "double crown" technique. En: Morales-Conde S, editor. Laparoscopic ventral hernia repair. Paris: Springer-Verlag, 2002; p. 319-34.



Respuesta de los autores

Sr. Director:

En respuesta a la carta enviada por Bejarano et al, en la que consideran que el acceso bilateral para la fijación de las mallas puede sustituir los puntos de sutura, les participo que nosotros también utilizamos dicho acceso, pero sólo en casos seleccionados. Las indicaciones que consideramos para su utilización son las cavidades abdominales pequeñas y un tamaño de la malla superior a los 20 cm de diámetro transversal, pues la posibilidad de colocar correctamente, de modo perpendicular, la sutura helicoidal del margen izquierdo de la malla desde el lado izquierdo es escasa y la fijación puede ser precaria.

Aun en esos casos, seguimos utilizando los puntos laterales, y si la malla supera los 30 cm de diámetro longitudinal, utilizamos además 2 a cada lado.

Nos apoyamos en 2 consideraciones. La primera es que, a pesar de reducir la presión del neumoperitoneo, si no colocamos dichos puntos, la malla no queda adaptada a la pared y hay un efecto "en tienda de campaña" que hará que ésta se pliegue con la extracción final del gas. Colocamos los puntos laterales 2 cm por fuera de las señales de medida de la malla ubicada en el abdomen del paciente, lo que evita este efecto de curvatura sin que quede en tensión, y la malla se adapta más realmente a la pared. La segunda consideración es que estos puntos pasados a través de la aponeurosis y externos a los músculos rectos abdominales no sólo tienen una finalidad orientativa, sino de afianzamiento de la fijación de la malla, y ofrecen la posibilidad de restitución hacia la línea media la musculatura con la mejora de la funcionalidad abdominal.

Finalmente, hay que tener en cuenta que la grapa helicoidal tiene 3,8 mm de grosor y la malla utilizada (Dual mesh with holes, Gore-Tex®) tiene 1,5 mm, de modo que quedan 2,3 mm para una correcta fijación de la malla a la pared; según muchos autores, es una medida suficiente, aunque nosotros consideramos que utilizar métodos alternativos de seguridad, como los puntos, sobre todo en pacientes obesos con una gran infiltración grasa en los planos es una medida de prudencia a la hora de evitar posibles recidivas y que no añade morbilidad ni complicaciones.

Rosa Fernández-Lobato

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital de Getafe. Getafe. Madrid. España.