



## Respuesta de los autores

### **Sr. Director:**

Ante todo queremos agradecerles a los doctores A. Moreno-Egea y J.L. Aguayo-Albasini su interés por nuestra reciente publicación en referencia al tratamiento de las hernias ventrales por vía laparoscópica. A continuación, nos gustaría hacer referencia a las matizaciones planteadas por este grupo de trabajo:

a) Respecto al aspecto formal, el objetivo de este trabajo no ha sido llegar a un consenso basado en la bibliografía. Desde un primer momento buscábamos reunir a un grupo de cirujanos, expertos nacionales en el abordaje de la hernia ventral por vía laparoscópica, y llegar a una serie de conclusiones basadas en las experiencias que han tenido, las dificultades iniciales, la resolución de los incon-

venientes, las complicaciones encontradas... para, de esta forma, aportar a aquellos cirujanos que se iniciaban en la técnica la resolución a las trabas que podían tener en un primer momento. Lógicamente, el estudio bibliográfico realizado ha sido llevado a cabo inicialmente por cada autor para desarrollar su experiencia, y lo que recogemos ha sido el fruto de la experiencia tras un análisis individual de la bibliografía, intento de desarrollos de métodos alternativos, estancias con cirujanos expertos, éxitos y fracasos, y que en definitiva nos ha llevado a aprender unos de otros y a transmitirlo a la comunidad científica para el desarrollo de esta novedosa técnica.

b) Respecto a los aspectos puntuales analizados:

– ¿Cuándo usar suturas transmuralas de referencia? Nuestra filosofía ha sido transmitir que, efectivamente, es totalmente necesario tener referencias para evitar el desplazamiento de la malla al lado contralateral de donde trabajamos, ya que es un aspecto muy implicado en las recidivas. La forma es dependiente de la experiencia desarrollada, bien con suturas transmuralas o con dibujos en la pared del paciente y en la malla, apoyado en la introducción de agujas intramusculares de referencia. Ambos métodos van a ser adecuados siempre que se desarrollen correctamente y, sin duda, uno u otro, imprescindibles.

– ¿Hay un límite superior para indicar la técnica? Lógicamente, es difícil hablar de límites basados en centímetros ya que los defectos tienen una referencia diferente en función de las características físicas de los pacientes. Por eso mismo, el tamaño límite va a depender de 2 factores: de la maniobrabilidad de la malla en el interior de la cavidad y de la posible implicación fisiopatológica con la respiración en la que sea necesaria la reconstrucción de la pared, hecho del que encontramos una falta de estudios apropiados en la bibliografía. El defecto estético puede que deba ser corregido tanto en una hernia pequeña como en una grande, ya que al desaparecer la presión intraabdominal sobre el saco, éste se atrofiará, quedando la pared estéticamente correcta, tal y como ha sido demostrado por Morales-Conde et al<sup>1</sup>. También coincidimos en que, en las grandes hernias, que precisan el uso de mallas de gran tamaño, el desarrollo del abordaje contralateral es básico para facilitar la correcta fijación de la prótesis.

– Respecto a la adhesiolisis, estamos de acuerdo en que no es predecible, pero sabemos de ciertos casos en los que podemos prever la existencia de gran número de adherencias difíciles de disecar por vía laparoscópica, como las de pacientes con antecedentes de peritonitis tuberculosa, radioterapia, diálisis peritoneal o existencia de una reparación previa por vía anterior con malla de polipropileno. En estos casos recomendamos, al menos, tener una gran experiencia en este tipo de abordajes, o incluso contraindicarlos, aunque, lógicamente, basado en un análisis particular de cada caso. El uso de la tomografía computarizada lo reservamos, como concepto, para aquellos casos en los que haya una hernia con contenido encarcerado, para saber el contenido del saco.

– ¿Es necesario colocar una sonda nasogástrica? Tal vez el término sistemático en las hernias supraumbilicales es demasiado taxativo, pero lógicamente se recomendará en función de las características del caso.

– ¿Qué tipo de anestesia administrar? Las experiencias en el abordaje laparoscópico con anestesia loco-regional es limitado en la bibliografía, y es un campo de futuro desarrollo<sup>2</sup>. Estamos de acuerdo en que la cirugía no es un acción aislada, sino que está dentro de un grupo multidisciplinar, en que la conjunción entre cirujano y anestesiólogo debe ser lo más fluida posible, para determinar cuál es la mejor opción, desde el punto de vista de abordaje quirúrgico y de técnica anestésica, para el paciente. La experiencia inicial del Dr. Utrera, en Huelva, está siendo muy positiva respecto al desarrollo de esta técnica quirúrgica con anestesia loco-regional, y sus resultados y experiencia, sin dudas, nos aportarán datos para conocer mejor las opciones de las que podemos disponer a este respecto.

– ¿Qué tipo de malla elegir? No estamos de acuerdo en que la mayoría de los expertos recomiendan mallas compuestas, ya que existen múltiples publicaciones, basados en estudios experimentales y clínicos, en las que se usan mallas de un solo material, tratadas de forma diferente en su cara visceral y parietal, y que las hacen recomendables para este tipo de cirugía. El mensaje y el concepto es claro y evidente; debe usarse una malla preparada para poder ser colocada en contacto con las asas intestinales, independientemente de si es compuesta, si tiene 2 componentes, o del material que sea. Lógicamente, la experiencia mundial publicada tiene mucho que decir en la recomendación de una malla, y el futuro es difícil de predecir, dificultad que imagino también tuvieron los cirujanos que usaron las mallas de duramadre en su tiempo.

– ¿Cuál es el tamaño ideal de la malla? Muchas de las recidivas de esta técnica inicialmente estaban relacionadas con un solapamiento de 2 cm<sup>3,4</sup>, lo que llevó a los cirujanos a recomendar tamaños mayores. Es difícil ser taxativo con respecto a 3 o 5 cm; lo que sí es cierto es que cuanto mayor sea el solapamiento, será mejor para evitar la recidiva, siendo claro en el texto de consenso la recomendación del uso de una malla con 5 cm de solapamiento, aunque lo realmente importante es centrar bien la malla y fijarla siguiendo un técnica correcta. Lo cierto es que muchas de las mallas que se utilizan se contraen, por lo que la superficie que cubren se reduce durante el proceso de integración; así, hay que tener en cuenta un correcto solapamiento del defecto.

Sin duda, hay que agradecer a nuestros compañeros la carta al director que han enviado, dado que este consenso es fruto del debate, al que se añade esta carta, enriqueciendo el desarrollo de la técnica y favoreciendo aún más llegar a conceptos globales científicamente recomendables. Es un camino en que aún nos queda mucho por andar y en que cada paso nos aporta ideas a desarrollar.

**S. Morales-Conde<sup>a</sup>, A. Abdel-Lah<sup>b</sup>,  
F. Angoso-Catalina<sup>a</sup>, F. Blasco-Carratalá<sup>d</sup>,  
X. Feliu-Pala<sup>a</sup>, R. Fernández-Lobato<sup>f</sup>,  
T. González de Francisco<sup>g</sup>,  
J.A. Guerrero-Fernández-Marcote<sup>h</sup>,  
M. Martín-Gómez<sup>a</sup>, F. Martínez-García<sup>i</sup>,  
S. Morales-Méndez<sup>j</sup>, J. Murillo-Guibert<sup>l</sup>,  
H. Oliva-Muñoz<sup>k</sup>, J. Pina-Arroyo<sup>b</sup>, X. Planellas i Geli<sup>l</sup>,  
J. Robres-Puig<sup>m</sup>, J. Ruiz-Castillo<sup>h</sup>,  
A. Serrantes-Gómez<sup>n</sup>, J.L. Tovar-Martínez<sup>h</sup>, F. Tuca<sup>l</sup>  
y A. Utrera-González<sup>o</sup>**

GRRETHAL (Grupo Español para el Estudio del Tratamiento de las Hernias Abdominales por Laparoscopia).

- <sup>a</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.
- <sup>b</sup>Hospital Clínico de Salamanca. Salamanca. España.
- <sup>c</sup>Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. España.
- <sup>d</sup>Hospital de Ceuta. Ceuta. España.
- <sup>e</sup>Hospital de Igualada. Igualada. España.
- <sup>f</sup>Hospital Universitario de Getafe. Getafe. España.
- <sup>g</sup>Hospital de León. León. España.
- <sup>h</sup>Hospital San Cecilio. Granada. España.
- <sup>i</sup>Clínica Santa María de la Asunción. Tolosa. España.
- <sup>j</sup>Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Fuenlabrada. España.
- <sup>k</sup>Hospital de Antequera. Antequera. España.
- <sup>l</sup>Clínica Girona. Girona. España.
- <sup>m</sup>Hospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.
- <sup>n</sup>Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada. España.
- <sup>o</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

## Bibliografía

1. Morales-Conde S, Roldán F, Canabal A, Cano A, Bellido J, Pérez-Huertas R, et al. Prospective clinical-radiologic study of the evolution of the sac, seroma and cosmetic results after laparoscopic ventral hernia repair: preliminary results. 11<sup>th</sup> International Congress of the European Association for Endoscopic Surgeons. Glasgow, June 2003.
2. Schmidt J, Carbajo MA, Lampert R, Zirngibl H. Laparoscopic intraperitoneal onlay polytetrafluoroethylene mesh repair (IPOM) for inguinal hernia during spinal anesthesia in patients with severe medical conditions. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001;11:34-7.
3. Park A, Gagner M, Pomp A. Laparoscopic repair of large incisional hernias. *Surg Laparosc Endosc.* 1996;6:123-8.
4. LeBlanc KA, Booth W, Whitaker JM. Laparoscopic repair of ventral hernias using an intraperitoneal onlay patch: report of current results. *Contemporary Surgery* 1994;45.