



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Cirugía laparoscópica de la pared abdominal: ¿por qué no se ha implementado como otros procedimientos laparoscópicos?



Laparoscopic surgery of the abdominal wall: Why has it not been implemented like other laparoscopic procedures?

Recientemente, CIRUGÍA ESPAÑOLA ha publicado un artículo realizado por la Sección de Cirugía Endoscópica de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) analizando los 25 años desde la introducción de la cirugía laparoscópica en España¹. Una de las principales conclusiones del trabajo es que, a pesar de las ventajas del acceso laparoscópico, su implantación y consolidación no ha sido homogénea, especialmente en técnicas laparoscópicas avanzadas.

La cirugía laparoscópica de la pared abdominal es un claro ejemplo de ello. En los últimos años las técnicas laparoscópicas han demostrado sus potenciales ventajas en el tratamiento de la hernia inguinal y diversos estudios han demostrado su idoneidad en subgrupos como la hernia recidivada y bilateral²⁻⁷, motivo por el cual diversas sociedades y guías clínicas la recomiendan como primera opción de tratamiento quirúrgico⁸⁻¹⁰. Sin embargo, Moreno-Sanz et al.¹ refieren con respecto a la hernia inguinal, que el 64% de los cirujanos españoles nunca utiliza la cirugía endoscópica para la reparación de la hernia inguinal, el 30% lo hace de manera ocasional y solo el 6% la realiza habitualmente. Estas cifras contrastan notoriamente con las publicadas en EE.UU. y Europa, donde los registros realizados en Francia y Alemania refieren que la hernioplastia laparoscópica se lleva a cabo en un 25-28%, mientras que en Dinamarca, Holanda, Reino Unido e Italia se sitúa entre el 15-18%. Además, en algunos de estos países, la hernioplastia laparoscópica supone más del 40% de los procedimientos en hernia recidivada y bilateral^{9,11,12}.

En el caso de la hernia incisional, el mismo trabajo nos muestra que los resultados en nuestro país tampoco son alentadores: la utilización rutinaria asciende al 10%, el 49% selecciona su utilización y un 41% nunca la contempla¹. Estos resultados son muy similares a los referidos por la misma sección en otra encuesta realizada en 2003¹³, lo que confirma

que no es una técnica que haya tenido una gran aceptación en nuestro medio. Cifras parecidas son recogidas por nuestro Registro Nacional de Eventración (EVEREG), auspiciado por la AEC y con casi 3.000 casos registrados, en los que se solo un 12,8% de las reparaciones son laparoscópicas¹⁴. Mientras, si analizamos lo que ocurre en otros países, 2 estudios refieren que la reparación laparoscópica se realiza en EE.UU. en un 26-28%^{15,16} y el registro danés refiere un 54% de reparaciones laparoscópicas con un índice de recidiva posterior menor que las reparaciones abiertas y, concluyen, que la vía laparoscópica aporta beneficios para los pacientes siendo, además, coste-efectiva^{17,18}.

¿Por qué existen estas diferencias entre los que aconsejan las guías clínicas y nuestra práctica diaria? Hay diversos motivos que han contribuido en mayor o menor grado a esta anómala situación: la poca predisposición a iniciarnos en un procedimiento nuevo, con una exigente curva de aprendizaje; el desconocimiento por parte de la mayoría de cirujanos de la vía preperitoneal abierta en la hernia inguinal; un coste económico superior, especialmente si se utiliza material de un solo uso y, fundamentalmente, las peculiaridades de nuestro sistema sanitario, que han convertido la hernia en patología de relleno de programas quirúrgicos, incentivando únicamente la cantidad de procedimientos a realizar en vez de la calidad de estos.

¿Qué se ha hecho en EE.UU. y Europa que ha permitido implementar la cirugía laparoscópica de pared abdominal? Fundamentalmente formación. En la mayoría de estos países la formación laparoscópica en pared abdominal se ha incluido en el *currículum* formativo del residente, haciéndose especial énfasis en que obtengan las habilidades técnicas laparoscópicas necesarias y un adecuado conocimiento anatómico de la pared desde este acceso, que es diferente al que estaban familiarizados por vía abierta^{12,19,20}.

El uso de simuladores ha demostrado ser de utilidad, ya que permite la obtención de estas mejoras en técnicas laparoscópicas, especialmente en esta generación de cirujanos jóvenes, a los que se ha denominado la «generación Nintendo» por su facilidad con los juegos informáticos^{12,19}. Con ello se minimiza la curva de aprendizaje al no realizarse en pacientes, no precisan una supervisión permanente y optimizan el uso del quirófano.

¿Cómo mejorar esta situación en nuestro país? Tenemos mucho trayecto a recorrer y habrá que incidir en diversos factores:

1. La dificultad en acceder a la formación sigue citándose como la razón principal de no realizar la reparación laparoscópica⁹. Se necesitan cursos teórico-prácticos y la supervisión de los primeros casos por cirujanos expertos, que se ha demostrado como la mejor manera de reducir la curva de aprendizaje y facilitar la reproductibilidad y dominio de la técnica¹⁹.
2. Entrenamiento adecuado. Como se ha citado y ocurre en otros países, hay que incluir la cirugía laparoscópica de la pared abdominal en la formación del residente. Para ello, se precisa también el apoyo de las sociedades científicas y de la industria, así como la creación de centros de referencia donde formarse. En este sentido, la Sección de Pared Abdominal de la AEC realiza el Curso Anual de Residentes en el Hospital de Getafe y está elaborando el programa Red de Escuelas para la Cirugía y la Investigación en Pared Abdominal (RECIPE) que dará respuesta a las necesidades formativas de los cirujanos jóvenes en este tipo de cirugía.
3. Cambiar el concepto de que la hernia es patología de relleno de programas quirúrgicos, incentivando la calidad de la reparación sobre la cantidad de estas. Para ello, sería deseable que, dependiendo del volumen de cada hospital, estos dispusieran de unidades de pared abdominal especializadas o cirujanos de referencia capaces de poder ofrecer al paciente aquello que le sea más adecuado en cada caso y acorde con las recomendaciones de las guías clínicas y sociedades científicas.

La cirugía laparoscópica de la pared abdominal en nuestro país se ha instaurado por debajo de los estándares internacionales. Quizás es el momento de replantear y adecuar la formación y tratamiento en cirugía de la pared abdominal²⁰. Deberíamos hacer un esfuerzo, tanto a nivel personal como institucional, para adecuarnos a los cambios ocurridos y mejorar esta situación que no beneficia a nuestros pacientes ni a nuestro colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Sanz C, Tenías-Burillo JM, Morales-Conde S, Balagué-Ponz C, Díaz-Luis H, Enríquez-Valens P, et al. 25 años de cirugía laparoscópica en España. *Cir Esp*. 2014;92:232-9.
2. Torralba-Martínez JA, Moreno-Egea A, Lirón-Ruiz R, Alarte-Garvi JM, Morales-Cuenca G, Miguel-Perello J, et al. Bilateral inguinal hernia: Open surgery versus extraperitoneal laparoscopic repair. *Cir Esp*. 2003;73:282-7.
3. Wauschkuhn CA, Schwarz J, Boekeler U, Bittner R. Laparoscopic inguinal hernia repair: Gold standard in bilateral hernia repair? Results of more than 2800 patients in comparison to literature. *Surg Endosc*. 2010;24:3026-30.
4. Feliu X, Clavería R, Besora P, Camps J, Fernández-Sallent E, Viñas X, et al. Bilateral inguinal hernia repair: Laparoscopic or open approach? *Hernia*. 2011;15:15-8.
5. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L, Malmstrom J, Andersen FH, Wara P, et al. Quality assessment of 26.304 herniorrhaphies in Denmark: A prospective nationwide study. *Lancet*. 2001;358:1124-8.
6. Feliu X, Jaurrieta E, Viñas X, Macarulla E, Abad JM, Fernández-Sallent E. Recurrent inguinal hernia: A ten-year review. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2004;14:362-7.
7. Dedemadi G, Sgourakis G, Karaliotas C, Christofides T, Kouraklis G, Karaliotas C. Comparison of laparoscopic and open tension-free repair of recurrent inguinal hernias: A prospective randomized study. *Surg Endosc*. 2006;20:1099-104.
8. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair. Technology Appraisal Guidance N.º 83. 2004; p. 1-33.
9. Shaikh I, Olabi B, Wong VM, Nixon SJ, Kumar S. NICE guidance and current practise of recurrent and bilateral groin hernia repair by Scottish surgeons. *Hernia*. 2011;15:387-91.
10. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, Bouillot JL, Campanelli G, Conze J, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13:343-403.
11. de Lange DH, Kreeft M, van Ramshorst GH, Aufenacker TJ, Rauwerda JA, Simons MP. Inguinal hernia surgery in the Netherlands: Are patients treated according to the guidelines? *Hernia*. 2010;14:143-8.
12. Rosenberg J, Bay-Nielsen M. Current status of laparoscopic inguinal hernia repair in Denmark. *Hernia*. 2008;12:583-7.
13. Feliu X, Targarona EM, García A, Pey A, Carrillo A, Lacy AM, et al. La cirugía laparoscópica en España. Resultados de la encuesta nacional de la Sección de Cirugía Endoscópica de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp*. 2003;74:164-70.
14. Hernández-Granados P, Pereira JA, Feliu X, López-Cano M, Fernández F, Delgado I. Spanish Incisional Hernia Register Group. Spanish register of incisional hernia. Preliminary results after 1 year of implementation. *Hernia*. 2014;18 Suppl 2:S31.
15. Colavita PD, Tsirlina VB, Walters AL, Lincourt AE, Belyansky I, Heniford BT. Laparoscopic versus open hernia repair: Outcomes and sociodemographic utilization results from the nationwide inpatient sample. *Surg Endosc*. 2012;27:109-17.
16. Funk LM, Perry KA, Narula VK, Mikami DJ, Melvin WS. Current national practice patterns for inpatient management of ventral abdominal wall hernia in the United States. *Surg Endosc*. 2013;27:4104-12.
17. Helgstrand F, Rosenberg J, Kehlet H, Jorgensen LN, Bisgaard T. Nationwide prospective study of outcomes after elective incisional hernia repair. *J Am Coll Surg*. 2013;216:217-28.
18. Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli GS, Fortelny RH, et al., International Endohernia Society (IEHS). Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias International Endohernia Society (IEHS)-part 1. *Surg Endosc*. 2014;28:2-29.
19. Wilkiemeyer M, Pappas TN, Giobbie-Hurder A, Itani KM, Jonasson O, Neumayer LA. Does resident post graduate year influence the outcomes of inguinal hernia repair? *Ann Surg*. 2005;241:879-82 (discussion 882-884).

20. McCoy AC, Gasevic E, Szlabick RE, Sahmoun AE, Sticca RP. Are open abdominal procedures a thing of the past? An analysis of graduating general surgery residents' case logs from 2000 to 2011. *J Surg Educ.* 2013;70:683-9.

†El autor de este editorial falleció durante el proceso de producción del artículo.

Xavier Feliu Palà^{a,b,†}

^aCoordinador de la Sección de Pared Abdominal, Asociación Española de Cirujanos (AEC)

^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital d'Igualada, Consorci Sanitari de l'Anoia, Barcelona, España

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.07.007>

0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.