



Estado actual de los adhesivos en la cirugía de hernia

Estado actual de los adhesivos en la cirugía de hernia

ESTADO ACTUAL DE LOS ADHESIVOS EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA

Jan F. Kukleta

Klinik Im Park. Hirslanden Group. Zúrich (Suiza)

Correo electrónico: jfkukleta@bluewin.ch

DOI:

¿Cómo pueden matarse dos moscas de una vez?

Seamos honestos: ¿qué hacemos para reducir el riesgo de dolor crónico posoperatorio después de la reparación de una hernia inguinal y mantener baja la tasa de recurrencia?

Última pregunta: ¿qué sabemos acerca del uso de adhesivos en la cirugía de la hernia?

A pesar del progreso tecnológico en la cirugía de hernia, la recurrencia y el dolor crónico posoperatorio siguen siendo las dos complicaciones más importantes. La introducción de las mallas en la cirugía de la pared abdominal ha causado un cambio de paradigma. Las reparaciones con malla han reducido sustancialmente la tasa de recurrencia. En el pasado, se creía que la fijación de la malla a las estructuras subyacentes era indispensable para mantenerla en su posición óptima. El crecimiento consecutivo de tejido conectivo en la malla macroporosa sustituiría la resistencia mecánica de la fijación después de varias semanas. Por tanto, se reconoce que «la fijación» es solo una necesidad temporal, por lo que los dispositivos de fijación han pasado a ser absorbibles.

La fijación mecánica sólida de las mallas se asocia a menudo con dolor. Por lo tanto, la fijación penetrante en las reparaciones de hernia está abandonándose lentamente. Pero ¿cómo evitar el desplazamiento de la malla? La respuesta la tenemos en la punta de la lengua: usando adhesivos y un tamaño de malla adecuado. Uno puede elegir cómo

describir los adhesivos (de fijación no penetrante, atraumática, no invasiva, de fijación blanda, etc.) siempre que no causen un daño tisular. En general, pueden ser selladores biológicos, colas sintéticas o semisintéticas y/o mallas autoadhesivas (autofijadoras). A día de hoy, hay suficientes datos basados en la evidencia como para apoyar el uso de los adhesivos.

El grupo biológico se basa en la fibrina; por ejemplo, **Tisseel®** y **Evicel®**.

El grupo sintético está representado por los cianoacrilatos: **Histoacryl®**, **Glubran-2®**, **Liquiband Fix8®**, **Ifabond®**, **Dermabond®** y **Compont®**¹.

Las mallas autofijadoras deben diferenciarse en dos grupos: con fijación mecánica mediante un sistema de ganchos absorbibles (**Progrip®**) o con un pegamento de superficie activado por tejido (**Adhesix®** y **LifeMesh®**).

Cada uno de los anteriores tiene sus peculiaridades, su forma de usarse y sus propiedades específicas. Los adhesivos difieren en la forma de aplicación (en superficie frente a gota a gota), en la resistencia de la unión, en la velocidad de polimerización, en la temperatura de polimerización, en el tiempo de reabsorción, en la actividad antibacteriana, en la facilidad de manejo y en el costo y toxicidad¹. Los adhesivos son en general más baratos que otros dispositivos de penetración.

No sería del todo correcto presentar «los adhesivos» como el material ganador del partido. El dolor crónico puede surgir de un traumatismo de disección inadecuado, tanto en la reparación abierta como durante una endoscopia. La tasa de recurrencia está en clara correlación con la ubicación del defecto, su tamaño, el tamaño de la malla y su rigidez. Como se sabe, las hernias directas tienen un mayor riesgo de recurrencia, por lo que la mejor técnica de reparación precisará de una adaptación necesaria de la operación estándar: añadir una retracción de la fascia transversal atenuada, usar una malla «más pesada», usar de forma limitada una fijación penetrante, etc. Por el contrario, hay evidencia de que en las hernias L1-2 o M1-2 (según la clasificación EHS Hernia) la fijación de la malla, tanto en las reparaciones TAPP como TEP, no es necesaria.

La mayoría de ustedes saben que yo soy un *TAPPista* declarado, y en esta técnica no solo las mallas pueden fijarse, también pueden cerrarse los colgajos y los defectos peritoneales. Sin embargo, el estándar de oro en todo el mundo es la técnica de Lichtenstein. Una gran operación si está bien hecha, pero que está ensombrecida por su mayor incidencia de dolor crónico posoperatorio. Hay pruebas suficientes de que la fijación con pegamento de la malla se asocia con menos dolor posoperatorio que la fijación con sutura clásica, hace que el procedimiento sea más rápido y no aumenta la tasa de recurrencia²⁻⁵. «El pegamento puede ser una alternativa sensata a la sutura para la fijación con la malla en la hernioplastia inguinal de Lichtenstein», como dicen los autores de una gran revisión sistemática. Después de casi dos décadas usando adhesivos sintéticos en la fijación de la malla en la reparación TAPP, podemos destacar su ventaja más importante: la aplicación sin dolor en áreas de riesgo —como el triángulo del dolor y el triángulo de la muerte—, en el diafragma o en la región lumbar.

Felicidades a todos aquellos que han reconocido el valor de los adhesivos. ¿Y tú? ¿Estás preparado para revisar tus conceptos de fijación?

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Egea A. [Adhesivos tisulares sintéticos: lo que un cirujano de hernias y pared abdominal debe saber](#). Rev Hispanoam Hernia 2013;1:117-27.
2. Sun P, Cheng X, Deng S, et al. Mesh fixation with glue versus suture for chronic pain and recurrence in Lichtenstein inguinal hernioplasty. Cochrane Database Syst Rev 2017;2: CD010814. DOI: 10.1002/14651858.CD010814.pub2
3. Shah NS, Fullwood C, Siriwardena AK, et al. Mesh Fixation at laparoscopic inguinal hernia repair: a meta-analysis comparing tissue glue and tack fixation. World J Surg 2014;38(10):2558-70.
4. Mangram A, Oguntodu OF, Rodríguez F, et al. Preperitoneal surgery using a self-adhesive mesh for inguinal hernia repair. JSLS 2014;18(4):pii:e2014.00229.

5. Shen YM, Liu YT, Chen J, et al. Efficacy and safety of NBCA (n-butyl-2-cyanoacrylate) medical adhesive for patch fixation in totally extraperitoneal prosthesis (TEP): a prospective, randomized, controlled trial. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2017;21(4):680-6.

