



## Editorial

# La cirugía de hernia de la pared abdominal en Italia



## *Abdominal wall hernia surgery in Italy*



Europa ha contribuido mucho al desarrollo de la cirugía de la hernia de la pared abdominal y, sobre todo, esta se ha llevado a cabo por parte de los países latinos: Italia, Francia y España. Las estructuras anatómicas de la pared abdominal (y en particular, las del canal inguinal), estudiadas y descritas por famosos cirujanos latinos y anatomistas como Gimbernat, Morgani y Scarpa o, en tiempos más recientes, Fruchaud, son las que aún hoy constituyen la referencia para cada intervención que hacemos. Los legendarios cirujanos renacentistas, como Guy de Chauliac, Benivieni, Franco, Paré y Martín Martínez, fueron los pioneros de la cirugía de la hernia inguinal, con intervenciones valientes pero empíricas (1,2). En los tiempos modernos recae en Bassini el mérito de haber concebido la primera intervención racional para el tratamiento de la hernia inguinal, la intervención más realizada en el mundo en la historia de la cirugía (2). A cirujanos franceses y españoles se les debe el reconocimiento de haber contribuido al progreso de la cirugía de hernia ventral. Goñi Moreno, Chevrel, Rives o Stoppa han vinculado su nombre a procedimientos y técnicas conocidas en todo el mundo (3).

Estas son las premisas históricas, pero ¿cuál es hoy la realidad de la cirugía de la pared abdominal en Italia? Durante muchos años, esta cirugía ha vivido de la gloria de Bassini, pero con el tiempo, con el progreso de la «cirugía mayor ambulatoria» de las hernias de la pared, la hernia inguinal perdió el prestigio y pasó a ser considerada como un «procedimiento menor», descuidado por los cirujanos más famosos y por los principales hospitales. Esto sucedió hasta mediados de los años ochenta del siglo pasado. Con la llegada a Italia de las primeras técnicas de cirugía con prótesis, sobre todo gracias a la aportación de un cirujano ítalo-americano, Ermanno Trabucco, el interés en la cirugía de la pared abdominal y de la hernia inguinal en particular tuvo en otro italiano un renovado interés (2,4). Los cirujanos italianos, como es característico de los países latinos, no esperaron el seguimiento de estudios prospectivos o aleatorizados (que obviamente hubieran sido largos) antes de adoptar las nuevas técnicas a la práctica actual, que en su lugar hicieron los cirujanos del norte de Europa,

pero con una actitud práctica, hoy diríamos heurística, eligieron directamente la cirugía protésica. En unos años, la hernioplastia protésica ha reemplazado a la anatómica de Bassini. ¿No había profetizado Billroth esta evolución cuando declaró: «... si pudiéramos reproducir artificialmente la densidad y la dureza de una banda o de un tendón, se revelaría el secreto para un tratamiento racional de la hernia»?

Con la técnica protésica sin tensión, la hernioplastia se ha convertido en la competencia de la cirugía diurna. Actualmente, más del 90 % de las 150 000 hernioplastias realizadas en Italia cada año se realizan de esta manera. El Servicio Nacional de Salud (SSN) incluso está alentando la intervención ambulatoria, para reducir aún más el costo. La mayoría de los cirujanos (70 %) lleva a cabo, para cada tipo de hernia, la técnica de Lichtenstein, a menudo «modificada» por el uso de prótesis de autoagarre o autoadhesiva, o por el uso de pegamentos biológicos o sintéticos para la fijación de la prótesis. Otros cirujanos (20 %) utilizan, en el caso de las hernias indirectas, prótesis tridimensionales, diferenciando la técnica de acuerdo con el tipo de hernia y las características del paciente (cirugía adaptada).

¿Y la hernioplastia laparoscópica? Introducida en Italia a principios de los años noventa, fue elegida al principio, especialmente por los cirujanos dedicados a la laparoscopia, entonces perseguidos por una minoría de los cirujanos «especialistas», siempre reservados para el tratamiento de la hernia bilateral y recidivada. Actualmente, la hernioplastia laparoscópica en Italia no supera el 10 % de todas las intervenciones realizadas para la hernia inguinal.

El progreso más interesante que se ha registrado en Italia en las últimas décadas hace referencia al diferente enfoque de la cirugía de la pared abdominal. Como planteaba Máximo Deysine en 1990: «¿Debemos especializarnos en herniorrafia para obtener mejores resultados?». La cirugía italiana respondió con la creación de cursos de especialización y maestros que han difundido una nueva cultura y han generado un nuevo interés (5). Italia, asociada desde 1979 con la GREPA (Grupo de Investigación para el Estudio de la Pared Abdominal), fue la promotora del nacimiento

en Nápoles en 1997 de la EHS (Sociedad Europea de la Hernia). Los cirujanos «especialistas» italianos, en 2003, establecieron una Sociedad Nacional, que desde 2007 ha tomado el nombre de ISHAWS (Sociedad Italiana de Hernia y Cirugía Abdominal), y en el año 2008 nació la Escuela Italiana de Cirugía de la Pared Abdominal, la primera en Europa, que en las ocho ediciones que se han llevado a cabo hasta el momento ha graduado ya a unos 400 cirujanos (6). Gracias a todo esto, la cirugía de la hernia inguinal ahora se practica en Italia con competencia y buenos resultados en todos los hospitales, incluso si, desafortunadamente, no existe un registro nacional que pueda dar testimonio.

Desde la hernia inguinal, el nuevo interés en la cirugía de la pared abdominal se ha extendido obviamente a las hernias ventrales y, en particular, a las hernias incisionales. Estas son un problema importante en Italia. A pesar del dato de que la laparotomía se está reduciendo progresivamente gracias a la difusión de la cirugía laparoscópica, la incidencia de los laparocelos no se ha reducido, probablemente en relación con el aumento, entre la población, de los factores de riesgo (en primer lugar, del tabaquismo y la obesidad). La cirugía de reparación de la pared abdominal, como es bien sabido, a menudo implica una intervención «importante», un verdadero desafío para el cirujano general, que a menudo, si no posee suficiente experiencia o no se tiene un interés clínico y científico, se demora o incluso se desaconseja su intervención. Durante muchos años, en Italia no ha existido una competencia específica que asegure el conocimiento de las diferentes técnicas quirúrgicas y, por lo tanto, la elección de la más adecuada, cosa que garantiza unos buenos resultados a largo plazo.

En los últimos veinte años la situación ha cambiado, gracias al rápido progreso cultural y técnico. El trabajo de la escuela italiana ha valido la pena. La intervención Rives-Stoppa, los materiales protésicos más innovadores, las técnicas de separación de componentes (los cirujanos italianos recordaron que Albanese era un cirujano italo-argentino), etc., están hoy en manos de la mayoría de los cirujanos italianos. La técnica laparoscópica, utilizada en aproximadamente el 20 % de los casos, sigue siendo objeto de animadas discusiones entre proponentes y oponentes, y aún no encuentra una posición definitiva en el enfoque adaptado a las hernias ventrales.

En 2014, la cirugía de la hernia incisional (con 40 000 operaciones al año) resultó ser un gasto para el NHS de unos 400 millones de euros, excluyendo el coste por pérdida de trabajo o discapacidad. En algunos países, como en los Estados Unidos, este coste se ha vuelto insostenible. El tamaño de la hernia, la comorbilidad o el uso de prótesis costosas (por ejemplo, los implantes biológicos) afectan al coste y han requerido estrategias de salud para reducir el peso socioeconómico, así que han nacido nuevas iniciativas, como la de algunos cirujanos para seleccionar y definir el uso correcto de los materiales biológicos, los más costosos, y sobre todo, para crear centros de referencia para el tratamiento de las hernias abdominales complejas.

Recordando la propuesta hecha en España hace unos años (7-9), y en analogía con lo que sucedió en los Estados Unidos, la ISHAWS ha establecido recientemente una comisión para definir los parámetros para seleccionar los centros, en función del volumen de casos tratados, de su complejidad y resultados clínicos (10). Estos centros también recibirán una tarea de enseñanza y actualización (11).

Finalmente, la ISHAWS también está señalando a la atención de las instituciones del NHS otro proyecto: una campaña para la prevención, primaria y secundaria, de la hernia incisional. La campaña de prevención, por un lado, debe involucrar a las compañías quirúrgicas a adoptar pautas a seguir en las intervenciones laparotómicas (cierre de pared), y por otro lado, los médicos generales del NHS deben informar a los pacientes sometidos a una laparotomía sobre los factores de riesgo e identificar la hernia incisional temprana, sugiriendo un tratamiento, que será simple y económico, ya que será oportuno. Solo de esta manera la cirugía de los defectos de la pared abdominal podrá volver a ser «menor», con un beneficio social y económico que no es indiferente.

## Bibliografía

1. Moreno Egea A. Aportaciones de los cirujanos españoles de Renacimiento. *Rev Hispanoam Hernia* 2016; 4:163-172.
2. Negro P, Gossetti F, Ceci F, D'Amore L. Made in Italy for hernias. The Italian history of groin hernia repair. *Ann Ital Chir.* 2016; 87:118-128.
3. Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. Eventaciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Picanya: Ed. Vimar; 2012.
4. Trabucco E. Routine sutureless mesh in primary inguinal hernioplasty. *Am Coll Surg.* 1989;13:541-544.
5. Negro P, Flati G, Gossetti F, Carboni M. Ruolo dei corsi di perfezionamento in chirurgia dell'ernia inguinale. *Groin and Incisional hernias news.* 1994, 2:74-75.
6. Ipponi PL, Negro P, Gianetta E. The Italian School of Abdominal Wall and Hernia Surgery ws *Hernia* 2009; 13 (Suppl1): S100.
7. Coccolini F, Agresta F, Bassi A, Catena F, Crovella F, Ferrara R, et al. Italian Biological Prosthesis Work-Group (IBPWG): proposal for a decisional model in using biological prosthesis. *World J Emerg Surg.* 2012; 7: 34-39.
8. Coccolini F, Poiasina E, Bertoli P, Gossetti F, Agresta F, Dassatti MR, et al. The Italian Register of Biological Prostheses. *Eur Surg Res.* 2013; 50: 262-72.
9. Moreno Egea A. Unidades de Pared Abdominal y formación (en España). *Rev Hispanoam Hernia.* 2013;1:55-56.
10. Gossetti F, Ceci F, D'Amore L, Grimaldi MR, Negro P. Abdominal wall reconstruction (AWR). The need to identify the hospital units and referral centers entitled to perform it. *Updates Surg.* 2017;69: 289-290.
11. D'Amore, Negro P, Ipponi PL, Ceci F, Grimaldi MR, Gossetti F. Development of a standardized curriculum concept for continuing training in hernia surgery. *Hernia.* 2017;21: 831-832.

Paolo Negro  
 Jefe de la Unidad de Cirugía de la Pared Abdominal  
 Policlínico Umberto I, Roma (Italia)  
 Facultad de Medicina, Universidad Sapienza de Roma (Italia)  
 Correo electrónico: [pal.negro@libero.it](mailto:pal.negro@libero.it)

2255-2677/© 2018 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.  
 Publicado por Arán ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.132>