



Editorial

La técnica de Albanese vs. TAR: ¿aportan los mismos beneficios en la medialización de los rectos?: la respuesta a este dilema con bases anatomofisiológicas



The technique of Albanese vs. TAR contribute the same benefits in the medialization of the recti?: the answer to this dilemma with anatomophysiological bases

En cirugía, como en otras ramas de la medicina, cuando se parte de un error, se llega indefectiblemente a otro error. Dicho en otras palabras, cuando se interpreta mal la anatomía y la fisiología, no se está en condiciones de evaluar y de realizar una técnica quirúrgica determinada. Un claro ejemplo de ello surge del artículo publicado en la *Revista Hispanoamericana de Hernia*, en el que los autores describen y grafican erróneamente la vaina de los rectos y la línea de Spieguel-Casseri¹; o las apreciaciones de Deeken, que también grafica mal la vaina de los rectos en su publicación reciente². Esto lleva a hacer evaluaciones erróneas sobre la eficacia de las técnicas quirúrgicas y, más concretamente, de la posterior separación de componentes (SCP).

A lo largo de los años, muchos autores brindaron su aporte a la difícil solución de los grandes y complejos defectos de la pared abdominal. Su reparación lleva implícito el cierre del defecto, la medialización de los músculos rectos y, en la medida de lo posible, la preservación de la capacidad de contención del músculo transversal.

En ese sentido, ha pasado ya más de medio siglo desde la gran contribución de Albanese a la cirugía general y de las paredes abdominales en particular. Basado en la gran retracción que sufren los músculos oblicuos, en los grandes defectos de la pared anterior, este autor describe la remodelación músculo-aponeurótica, usando como táctica quirúrgica incisiones musculares a distancia para liberar a los músculos rectos de la «tiranía de los oblicuos». Este proceder permite el cierre de la línea media y el aumento de la capacidad abdominal, evitando el indeseable síndrome de hipertensión abdominal, con desenlace fatal en algunas ocasiones, al producir un síndrome compartimental abdominal.

El procedimiento descrito por el cirujano argentino combina incisiones de descargas musculares sobre el oblicuo mayor y la

hoja prerrectal de desdoblamiento del oblicuo menor, en la zona de Jalaguier-Bertola, constituyendo las incisiones musculares a distancia. Una tercera incisión se practica sobre la vertiente interna de la vaina de los músculos rectos, liberando a la fusionada hoja retrorrectal del oblicuo menor y transversal, del músculo recto anterior del abdomen. Seguidamente, tres planos de sutura culminan con la técnica: un primer plano cierra la hoja posterior de la vaina, invaginando el saco eventrógeno (no abierto en la mayoría de los casos); un segundo plano cierra la hoja anterior de la vaina, medializando a los músculos rectos liberados por las descargas de los oblicuos, y un tercer y último plano afronta la hoja medial del oblicuo mayor, desplazado hacia la línea media y hoja lateral del oblicuo menor, reconstituyendo nuevamente el borde lateral de la vaina de los rectos.

Hasta la actualidad no se ha descrito ningún procedimiento que combine de una manera tan anatómica y funcional incisiones de descargas y suturas en la reparación de grandes defectos de la línea media. Un detallado conocimiento anatómico es indispensable para comprender estas afirmaciones y para realizar técnicas quirúrgicas reparadoras. Solamente así comprenderemos que tan solo dos músculos son responsables de la sagitalización de los músculos rectos en las grandes eventraciones: el oblicuo mayor y la hoja prerrectal de desdoblamiento del oblicuo menor, quienes fusionadas se adhieren íntimamente a la cara anterior del músculo recto abdominal, de manera que el ectopión de los músculos rectos obedece a la retracción de los oblicuos, por lo que si no procedemos a descargar estos músculos anchos, es imposible cerrar la línea media anterior y, consecuentemente, medializar a estos músculos, ampliamente sagitalizados.

Un detalle a tener en cuenta es la extensión de la descarga del oblicuo mayor que, comenzando 2 cm sobre el reborde costal,

debe incluir la sección de las inserciones en los últimos 6 arcos costales. De esta manera, se asegura la sección del 9.º haz de inserción, el más carnoso. Posteriormente, desciende hasta la espina iliaca antero superior, y de allí se incurva hacia medial en busca de los rectos. Esta descarga permite separar ampliamente el oblicuo mayor del oblicuo menor hacia adentro en busca de la zona de Jalaguier-Bertola, donde tan solo la hoja prerrectal del oblicuo menor forma la vaina de los músculos rectos, para incidirla.

Recordemos —y aquí seguramente reside la mayor confusión que observamos— que la aponeurosis del oblicuo mayor se agrega y se fusiona con la hoja de desdoblamiento del oblicuo menor, 3 cm por dentro del borde lateral de la vaina; es decir, que la vaina tiene un sector externo ($\frac{1}{3}$ de su hoja anterior) con dos hojas yuxtapuestas, hoja anterior del oblicuo mayor y hoja prerrectal del oblicuo menor, y otro sector interno ($\frac{2}{3}$ de su hoja anterior) con esas hojas fusionadas hacia la línea media y adheridas íntimamente al músculo recto a través de intersecciones aponeuróticas³. Uno podría imaginar las zonas de debilidad y de posible origen de defectos parietales que la técnica de Albanese genera, sobre todo a nivel costal y subcostal, pero la presencia de la parrilla costal y de los planos musculares subyacentes protege adecuadamente. Por otro lado, la expansión respiratoria se ve también favorecida, beneficio que se añade a la remodelación músculo-aponeurótica. Como uno puede apreciar por debajo de las descargas, y luego de los tres planos de sutura, siempre quedan dos planos musculares. Esto, sumado a la conservación de la irrigación y de la inervación y a la preservación del músculo transversal, constituyen los postulados de Herzage.

Una técnica descrita sobre descargas en el músculo transversal fue preconizada por Novinsky y cols. con el objetivo de tratar grandes eventraciones, a la cual denomino TAR (Transversus abdominis muscle release). Básicamente, se trata de llegar al espacio preperitoneal a través de una incisión bilateral en el cuerpo muscular del músculo transversal, por encima de la arcada de Douglas, concluyendo el procedimiento una vez cerrada la hoja posterior con la colocación de una gran prótesis retromuscular según técnica de Ponka, popularizada por Rives-Stoppa. Como bien menciona su autor, el cierre de la hoja posterior se logra sin dificultad, ya que el músculo transversal seccionado y desfuncionalizado se aproxima sin tensión. Los autores mencionan que la regeneración muscular que se produce en el músculo seccionado es suficiente para devolver la capacidad funcional alterada previamente por la sección y desinserción muscular. Para otros autores, la regeneración muscular que se produce a través de la hiperplasia e hipertrofia, originadas en células satélites o por migración celular al punto de partida de la médula ósea roja, determinan una capacidad funcional insuficiente para compensar los daños o la degeneración establecida⁴.

Ahora, ¿ocurre lo mismo con el cierre de la hoja anterior? ¿Pueden medializarse los músculos rectos sin haberlos liberados de los oblicuos, anatómicamente y fisiológicamente responsables de su sagitalización? En esto hay que ser lacónicos, como los espartanos. Los músculos rectos tan solo se liberan al incidir los oblicuos, ya

que el transversal no participa en mayor medida en el ectopión de estos músculos anteriores en los grandes defectos.

Autores como Ramírez, que presentó al mundo quirúrgico su técnica de separación anatómica de componentes (SAC), también prioriza la descarga muscular sobre los oblicuos, sin actuar sobre el transversal. O la separación química preconizada por Hurtado y cols., quienes utilizan la toxina botulínica sobre el plano intermuscular de ambos oblicuos, evitando la aplicación profunda⁵. Seguramente, y teniendo presente la anatomía y fisiología normal, estaremos en condiciones de evaluar correctamente las técnicas quirúrgicas que, en su afán por brindar una solución final a los grandes defectos, aparecen asiduamente. Así sostendremos que los músculos rectos deben ser llevados nuevamente a la línea media para devolver al paciente la posibilidad funcional de la flexión del tórax sobre la pelvis o la rotación del tronco acompañando a los oblicuos.

Por todo lo expuesto, y con una base anatómico-fisiológica, el cierre de la línea media-anterior y la medialización de los rectos no puede ser efectuado cuando se actúa quirúrgicamente sobre el plano posterior (TAR). Solo la remodelación músculo-aponeurótica que compromete a los músculos oblicuos permite este objetivo primordial (Albanese).

Bibliografía

1. Vargas-Flores E, Beristáin-Hernández JL, Villalpando-Mendoza C, Servín-Torres E, Delgadillo-Teyer G, Sánchez González FJ, et al. Reparación de hernia ventral con separación de componentes posterior: una revisión. *Rev. Hispanoam Hernia* 2017;5(2):40-6.
2. Deeken CR, Lake SP. Mechanical properties of the abdominal wall and biomaterials utilized for hernia repair. *J Mech Behav Biomed Mater* 2017;(74):411-27.
3. Albanese AR. Anatomía quirúrgica de las paredes del abdomen. *La Semana Médica* 1961:1671-77.
4. Odstrcil Koch E, Jiménez Herrera JC. Fisiopatología y biomecánica de la pared abdominal. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A (eds.). Madrid: Eventraciones y otras hernias de pared y cavidad abdominal; 2012. p. 192.
5. Ibarra Hurtado TR, Negrete Ramos GI, Preciado Hernández F, Nuño Guzmán CM, Tapia Alcalá E, Bravo Cuellar L. Toxina botulínica A como adyuvante en hernia inguinoescrotal bilateral con pérdida de domicilio. Informe del primer caso y revisión bibliográfica. *Rev Hispanoam Hernia* 2014;2(4):139-44.

Carlos Alberto Cano
Unidad de Paredes Abdominales. Servicio de Cirugía General.
Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy (Argentina)
Correo electrónico: canojuj@gmail.com

2255-2677/© 2019 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.
Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.182>