

Editorial

Reivindicando la técnica de liberación del músculo transverso (TAR): ¡porque es una excelente opción!

Transverse muscle release (TAR) technique: because it's an excellent option!



Desde el 2012, después de la publicación del trabajo de Novitsky, la técnica de liberación del músculo transverso (TAR) ha tenido una alta difusión en la comunidad quirúrgica especializada en el tratamiento de las hernias de pared abdominal¹. Esta opción ha sido adoptada por muchos cirujanos dentro de su armamentario quirúrgico en la reconstrucción de la pared abdominal compleja.

Sin embargo, existen algunos detractores que argumentan que de su uso se derivan alteraciones funcionales, basados en consideraciones anatómicas y fisiológicas, que, en principio y dentro de un marco teórico, se dan como un hecho cierto. Frente a dichas alteraciones funcionales no hay suficiente evidencia en la literatura que las confirme o niegue: alteraciones clínicas en la estabilidad del tronco y en la función de prensa abdominal, hechos que supuestamente estaría generando el TAR.

Se habla también de la imposibilidad de medializar los músculos rectos anteriores con el objetivo de lograr la restitución de la línea media debido a que no hay una liberación del músculo recto de la “tiranía de los oblicuos”². Disentimos de esta afirmación, ya que el cierre de la hoja anterior del músculo recto abdominal, en la práctica, casi siempre se logra sin dificultad cuando el procedimiento está bien indicado. Trabajos recientes en cadáver fresco muestran el avance de la hoja anterior en distintos puntos de la pared abdominal (epimeso e hipogastrio), proporcionando un avance mayor de la hoja anterior respecto de la posterior y sugiere que es factible la aproximación en defectos de hasta 20 cm de amplitud³. Lo anterior, aunque discutible, es posible hoy en día con la ayuda de técnicas coadyuvantes como el neumoperitoneo progresivo preoperatorio y la inyección de toxina botulínica⁴.

Otro tema de relevancia es el efecto deletéreo atribuido al TAR por el “daño” que se hace a la “cincha abdominal” proporcionada por el músculo transverso, como principio fundamental de la técnica. Este concepto carece de sustento, toda vez que, en un paciente con una hernia de la línea media y separación amplia de los músculos rectos, en una extensión considerable, este efecto de cincha es inexistente al estar abolida la línea alba. Por el contra-

rio, al restituir la línea media y reinsertarse de manera cicatricial el músculo transverso en una posición anatómica cercana a lo normal, estaría intentándose recuperar la capacidad de contención anatómica y el efecto mecánico de «cincha» de esta estructura de la pared abdominal, deteriorada en los grandes defectos ventrales. Debe tenerse en cuenta que el músculo transverso del abdomen deja de estar inserto en su borde medial, pero no se desaloja de su ubicación anatómica y su aponeurosis posterior es respetada, dejando indemne la lámina profunda de la fascia toracolumbar. Ese músculo, como muestra Moreno Egea en una reciente publicación, tiene una aponeurosis íntimamente adherida al músculo oblicuo menor, que no se altera con esta técnica⁴. Por lo tanto, el músculo no se retrae y se mantiene *in situ*, adherido al oblicuo menor mientras se cicatriza sobre la prótesis empleada en la reconstrucción, lo que constituye una forma de fijación indirecta. La manipulación en este espacio virtual no se recomienda por el curso que tienen los vasos y los nervios de la pared abdominal; de hecho, fue la razón por la que no prosperó la propuesta quirúrgica inicial de Alfredo Carbonell como separación posterior de componentes, pero que tuvo el valioso aporte de abrir una luz para el desarrollo del TAR.

La cicatrización del músculo transverso y la hipertrofia compensatoria están valorándose en estudios con dinamometría que muestran la estabilidad y la no pérdida de la fuerza del tronco en los pacientes operados con TAR⁵. De igual manera, puede verificarse esta estabilidad con estudios por imágenes en los que se ve la línea media restituida y los 3 músculos laterales en una posición anatómicamente normal (fig. 1).

Después de varios debates en torno a las posibles alteraciones que pudiese generar la técnica TAR en la función respiratoria, se han realizado estudios espirométricos en algunos pacientes, que se han encontrado dentro de límites normales. Este estudio tiene como debilidad que no hay un parámetro de comparación previo, pero es un trabajo que vale la pena desarrollar en un futuro. De la casuística personal muchos de los pacientes sometidos a esta cirugía son hombres jóvenes, que son funcional y laboralmente activos.

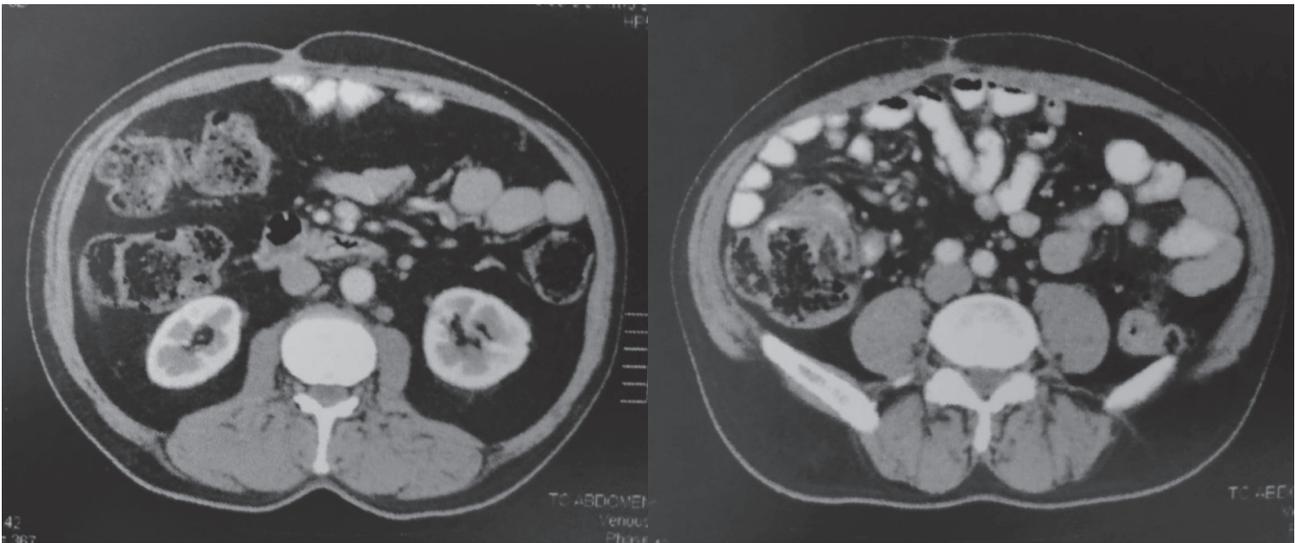


Figura 1. Aspecto por TAC de pared reconstruida por técnica TAR.

Como en toda cirugía, los resultados finales dependen de una correcta evaluación, de un adecuado diagnóstico, tanto clínico como por imágenes, una preparación juiciosa y una correcta indicación de la intervención. Aunque el TAR es un buen procedimiento, este debe planearse correctamente para evitar situaciones como la de no poder cerrar la hoja anterior; situación que es posible tener con cualquier tipo de cirugía, como en una técnica de Rives o un SAC. Actualmente hay opciones coadyuvantes que permiten que defectos grandes puedan hacerse manejables y puedan indicar en muchas ocasiones una disección retromuscular⁴. A nuestro juicio personal, la TAR es una técnica segura, con menor morbilidad que otro tipo de reparaciones, útil, económica y factible de reproducir. Asimismo, ha demostrado tener un impacto positivo, disminuyendo complicaciones como necrosis de colgajos, infecciones de sitio operatorio y recidivas.

Luis Gabriel González Higuera
 Cirugía General. Clínica de Pared Abdominal.
 Hospital Central de la Policía Nacional de Bogotá (HOCEN).
 Policía Nacional de Colombia. Bogotá (Colombia)
 Correo electrónico: lugagonzalezh@hotmail.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.00236>

BIBLIOGRAFÍA

1. Novitsky Y, Elliott H, Orenstein S, et al. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am J Surg.* 2012;204(5):709-16.
2. Cano C. La técnica de Albanese vs. TAR: ¿aportan los mismos beneficios en la medialización de los rectos?: la respuesta a este dilema con bases anatomofisiológicas. *Rev Hispanoam Hernia.* 2019;7(1):1-2.
3. Majumder A, Miller H, del Campo L, et al. Assessment of myofascial medialization following posterior component separation via transversus abdominis muscle release in a cadaveric model. *Hernia.* 2018;22(4):637-44.
4. Juárez Muas D. Manejo multimodal de la eventración gigante. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018;6(1):3-10.
5. Moreno Egea A. Anatomía quirúrgica del músculo transversal abdominal y sus aponeurosis: consideraciones quirúrgicas para reparar la pared abdominal. *Rev Hispanoam Hernia.* 2017;5(4):176.
6. Criss C, Petro C, Krpata D, et al. Functional abdominal wall reconstruction improves core physiology and quality-of-life. *Surgery.* 2014;156(1):176-82.