



## Carta al director

# Por qué el TAR no es una excelente opción



*Sr. director:*

Sin ánimo de generar polémica, creo conveniente realizar algunas consideraciones y aclaraciones sobre el reciente editorial sobre la técnica TAR publicado en el número anterior<sup>1</sup>.

Las reparaciones de los defectos complejos de la pared abdominal deberían realizarse partiendo de que el cierre primario de los defectos y el restablecimiento de la línea alba bajo tensión fisiológica han sido los pilares de la reparación abierta y recientemente han sido considerados esenciales en la reparación de la pared miniinvasiva<sup>2</sup>.

Sin dudar de las capacidades académica y científica del autor, no sería tan optimista al hablar de la alta difusión de la técnica TAR ni de la utilización por muchos cirujanos dentro del armamento quirúrgico en la reconstrucción de la pared abdominal compleja.

Por lo menos, desde su publicación por Novinsky en el año 2012, un solo artículo fue publicado en nuestro país, con 14 pacientes y seguimiento a los 6 meses<sup>3</sup>.

Llama la atención que aún se ponga en duda que los músculos rectos no son solo flexores, sino también los únicos aproximadores hacia la línea media. En este sentido, los músculos anchos traccionan lateralmente en forma directa y a través de las metámeras, tanto a los rectos como a la línea blanca, razón por la que son más frecuentes las eventraciones de la línea media. De esto se desprende que medializarlos solo es posible si los liberamos de los oblicuos.

Así lo reflejan algunos entusiastas de la técnica TAR, quienes mencionan que en el 30 % de los pacientes operados les fue imposible cerrar la línea media. Esto se ajusta más a bases anatomofisiológicas.

No obstante, se menciona que técnicas adyuvantes —como el neumoperitoneo preoperatorio y el uso de la toxina botulínica— facilitarían el cierre de la línea media, conceptos que compartimos ampliamente, salvo que estos procedimientos tienen por objeto evitar mayor morbilidad y, según se interpreta del editorial, el autor utiliza sobre un transverso paralizado temporalmente por la toxina botulínica una amplia sección muscular.

En otro párrafo del artículo se menciona que la técnica TAR realizada en cadáveres permite un avance mayor anterior que posterior, y se sugiere que es factible la aproximación en defectos de hasta 20 cm. Sería importante mencionar si se trataba de cadáveres eventrados o con pared abdominal sana; en ambos casos, extrapolar (utilizar algo conocido para que sirva como ejemplo de algo) es, por lo menos, inapropiado.

En todo caso, cabría preguntarse cómo cierra el autor defectos de más de 20 cm. Si utiliza un procedimiento de separación

anterior, implicaría que con este método podría cerrar defectos menores de 20 cm, incluida la línea media. Por lo tanto, por qué recurrir a la sección del músculo abdominal, que mantiene, como mayor función, las vísceras en el abdomen.

Disentimos con el autor en la menor morbilidad de la técnica, ya que mencionar la disección posterior hasta la fascia torácico-lumbar implica un maxiinvasividad que, sumada a la colocación de una malla que en término medio oscila en 600 cm<sup>2</sup> genera un mayor porcentaje de material extraño en el organismo, aunque se coloque en el plano apropiado.

Estamos convencidos, al igual que el autor, de que procedimientos como una técnica de Rives-Stoppa o una separación anatómica de componentes no siempre permiten cerrar la línea media. En este sentido, el uso de la remodelación músculo-aponeurótica de Albanese con prótesis (técnica que efectuamos hace varios años) brinda incluso mayores posibilidades de éxito al intercalar descargas musculares y planos de suturas, remodelando el abdomen y devolviendo su funcionalidad.

Trabajos aleatorizados y con seguimientos a largo plazo, así como series con elevado número de casos, serán necesarios para superar el grado de recomendación de opiniones de expertos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González Higuera LG. Reivindicando la técnica de liberación del músculo transverso (TAR): ¡porque es una excelente opción! Rev Hispanoam Hernia. 2019;7(3):85-6.
2. Daes J, Telem D. The principled approach to Ventral Hernia Repair. Rev Colomb Cir. 2019;(34):25-8.
3. Sadava E, Laxage F. Separación de componentes con liberación del músculo transverso (TAR) para el tratamiento de grandes defectos de la pared abdominal. Rev Argent Cirug. 2018;110(3):161-5.

Carlos Alberto Cano (M.A.A.C.)  
Jefe del Servicio de Cirugía General  
Jefe de la Unidad de Paredes Abdominales  
Hospital Pablo Soria. Jujuy (Argentina)  
Docente Regular de Cirugía. U.N.T.

2255-2677/© 2019 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.  
Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.  
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00248>