



Carta al director

Nada es para todos

Nothing is for everyone



Leí con gran interés el excelente artículo del Dr. Nelson López-Casillas et al.¹ sobre el manejo de hernias complejas utilizando diversos métodos, tanto en la preparación como en la ejecución de procedimientos quirúrgicos.

Es una serie de casos que involucra no solo defectos complejos, sino que afecta a pacientes cuyas condiciones clínicas fueron desfavorables ante procedimientos múltiples y de gran tamaño. Por todas estas razones, debe felicitarse al equipo quirúrgico, dado que las tasas de complicaciones menores y mayores están dentro de una expectativa compatible en estos casos, además de que la tasa de recurrencia es nula hasta el final del estudio (1.5 años en el 70 % de los pacientes).

Me gustaría destacar algunos puntos de la propuesta presentada:

- En preparación, el neumoperitoneo (PPP), aunque abreviado (14 días), y la toxina botulínica tipo A (TBA) se utilizaron en el 100 % de los casos.
- En las operaciones se utilizó alguna forma de expansión parietal a través de incisiones relajantes o de descarga en el 100 % de los casos, ya sea la separación anterior de componentes (SAC), el 40 % del tiempo, o la desinserción del músculo transverso del abdomen (TAR), en el 60 % restante.
- Además, se utilizaron mallas en el 100 % de los casos.

En vista de esto, las siguientes consideraciones plantearon algunas preguntas: ¿cuál habría sido la ventaja de haber utilizado TBA si las operaciones se programaron 14 días después de su aplicación (según el tiempo de PPP) y la acción máxima de este producto biológico ocurre en 4-6 semanas?

Una de las prerrogativas del uso de TBA, según el trabajo original², fue que no se usó malla en todos los pacientes, ya que el uso de la toxina permitió la medialización de los músculos rectos nuevamente gracias al estiramiento significativo obtenido en la musculatura lateral del abdomen. Dado que los defectos menores de esta serie deben haberse cerrado por completo y sin una tensión excesiva, después de las medidas tomadas en el período preoperatorio (PPP + TBA), ¿sería realmente necesario utilizar prótesis en todos ellos?

Suponiendo que, durante los procedimientos quirúrgicos, se pensó que, a pesar de la preparación, sería imperativo realizar alguna medida expansiva extra, ¿por qué fue selectiva (SAC o TAR)? ¿Por qué no solo el primero?

Si digo esto, es porque considero que TAR es un procedimiento en el que se pretende (y se logra) cerrar completamente un defecto promedio a cualquier costo. ¡Esto significa anular permanentemente el músculo constrictor principal en el abdomen! ¿Sería necesario «destruir tanto para reconstruir» algo, especialmente cuando se han utilizado otras maniobras muy efectivas, como PPP y TBA?

Finalmente, las mallas son prótesis y, como tales, son adecuadas para estas circunstancias. Una «diástasis programada», empleando una malla estabilizadora, podía haber dado el mismo resultado sin causar amputaciones musculares adicionales al defecto preexistente.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Casillas N, Félix-Ibáñez CA, Cisneros Muñoz HA, et al. Manejo de hernias incisionales complejas: experiencia en un hospital de segundo nivel. *Rev Hispanoam Hernia*. 2020;8(2):56-64.
2. Ibarra-Hurtado TR, Nuño GCM, Echegaray HJE, et al. Use of botulinum toxin type A before abdominal wall hernia reconstruction. *World J Surg*. 2009;33:2553-6.

Renato Miranda de Melo
Profesor Asociado. Facultad de Medicina. Universidad Federal de Goiás. Cirujano general de Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (sección de hernias complejas). Goiânia (Brasil). Miembro Titular del Colegio Brasileño de Cirujanos y de las Sociedades Brasileña (SBH) e Hispanoamericana de Hernia (SOHAH).
Correo electrónico: dr.renatomelo@gmail.com

2255-2677/© 2020 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.
Publicado por Arán Ediciones, S.L.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).
<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.00320>