



Carta al director

Nada es para todos. Respuesta

Nothing is for everyone. Answer



Nos sentimos honrados por la atención que un gran cirujano de hernias, como es Renato Miranda de Melo, ha prestado a nuestro artículo¹, y agradecemos su felicitación y cuestionamientos sobre su contenido.

Usted destaca algunos puntos de la propuesta planteada en nuestro manejo multimodal, como la utilización de toxina botulínica tipo A (TBA), de neumoperitoneo (PPP) abreviado, un método de separación anatómica de componentes y aplicación de malla, en el 100 % de los casos.

Sabemos que teóricamente el máximo pico de acción de la toxina botulínica es de 4 semanas en pacientes con aplicación estética². Sin embargo, no se ha comprobado fehacientemente este punto en el resultado que esperamos en los músculos abdominales (no solo en la parálisis, sino en su distensión para aumentar el volumen de la cavidad y facilitar así la aproximación del defecto herniario). Nosotros pensamos que, en realidad, el efecto ideal puede presentarse entre las 6 y las 8 semanas posinfiltración. Todos los pacientes de nuestro trabajo fueron infiltrados, y a los 21 días de esta infiltración se les inició el neumoperitoneo abreviado durante 14 días más, por lo que, realmente, en todos la toxina tuvo un tiempo de acción de 5 semanas antes de su operación.

El uso de neumoperitoneo simultáneo potencia el efecto de la toxina: hay un aumento del volumen abdominal por incremento de la distensión de los músculos abdominales paralizados, situación ya comprobada por diferentes grupos de trabajo, tanto de México como de Chile, con promedios de días de neumoperitoneo de 8 (rangos 5 a 14), de lo que deriva su nombre de «abreviado».

Hay que tener en cuenta que en todos nuestros pacientes se consideró como criterio de inclusión que el diámetro transversal del defecto herniario fuera de al menos ≥ 20 cm (promedio de 23.6 cm en la serie) y, dos de ellos, con pérdida de dominio. Esto anticipa que se requieran técnicas adyuvantes de preparación preoperatoria (toxina + neumoperitoneo abreviado) y que durante la operación tuviera que realizarse una técnica adyuvante de separación de componentes en todos nuestros casos. Si verificamos el trabajo original de Ibarra³ con 10 pacientes, su promedio del diámetro transversal del defecto fue de 13.8 cm (considerablemente más bajo que el nuestro) y, aun así, el 50 % de esa serie requirió de una técnica de separación de componentes para lograr el cierre del defecto. En la actualidad, Ibarra ha

reportado una serie mayor (289 casos) y defectos más grandes, que han requerido en el 58 % de los casos una técnica de SAC y en el 5 %, una TAR, a pesar de utilizar ahora de forma simultánea toxina (100 % de los casos), neumoperitoneo abreviado (3.5 % de los casos) y, en algunos casos, expansores (5.4 %) (comunicación personal, 2019).

Concordamos totalmente con el Dr. Miranda de Melo en que la técnica TAR no es la mejor opción de separación de componentes por la destrucción de la integridad de un músculo importante para la contención abdominal y la función respiratoria³ y porque no logra una adecuada aproximación del defecto en la aponeurosis anterior, de acuerdo con nuestra experiencia con esta técnica. Nosotros elegimos la técnica de separación en el transoperatorio con base en los hallazgos, en la calidad de los tejidos y en los espacios que ya habían sido trabajados con la imposibilidad de abordarlos (el 26 % eran pacientes multioperados de hernia y el 19 % eran secuelas de abdómenes abiertos).

En cuanto al uso rutinario de mallas en las reparaciones herniarias en pacientes con hernias incisionales complejas, tenemos que recordar que el 45-50 % de las reparaciones solo con tejidos propios van a recaer debido a múltiples factores, de los que la herniosis es el principal. Esta deficiencia de calidad o cantidad de colágena intrínseca del paciente no mejora con el uso de la toxina botulínica. Tenemos que recordar también que, en su etapa inicial, Ibarra no utilizó mallas en sus pacientes infiltrados con toxina por su formación como cirujano plástico. En la actualidad, las utiliza en el 62 % de sus casos (comunicación personal, 2019). La evidencia científica nos dice que el uso de mallas reduce en un 75 % el número de recidivas^{4,5}. Vale la pena hacerlo de forma rutinaria en pacientes con defectos gigantes de la pared abdominal.

Finalmente, tenemos que ser realistas: aunque después de 18 meses de seguimiento hasta el momento no hemos tenido recidivas, nuestra vigilancia continúa porque sabemos que el período de tiempo adecuado de seguimiento es de al menos 5 años y que en este tiempo deberemos de encontrarnos con alguna (o algunas) recidivas.

En respuesta a su artículo «Nada es para todos», entendemos perfectamente que todos los pacientes y todas las hernias son diferentes; sin embargo, una estandarización en las técnicas de

preparación preoperatoria, de técnicas quirúrgicas y de uso de materiales protésicos puede beneficiar a la mayoría de los pacientes.

En conclusión, la falta de preparación adecuada de la pared abdominal antes de las cirugías de hernias complejas está destinada al fracaso. La preparación es la piedra angular del éxito en la cirugía de hernia compleja. La técnica quirúrgica es solo la cereza del pastel. «Quien no paga la preparación, paga las consecuencias».

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Casillas N, Félix-Álvarez 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.
3. Cornette B, De Bacquer D, Berrevoet F. Component separation technique for giant incisional hernia: A systematic review. *Am J Surg*. 2018;215(4):719-26.
4. Luijendijk RW, Hop WC, Van den Tol MP, et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. *N Engl J Med*. 2000;343:392-8.
5. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg*. 2004;240:578-83.

Nelson López Casillas, Juan Carlos Mayagoitia González
Correo electrónico: drnelsonlc@live.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.00329>