

Editorial

Incisiones posteriores de descarga frente a LIRA en el tratamiento de la eventroplastia laparoscópica: técnicas diferentes o diferentes nombres de una misma técnica

Posterior discharge incisions versus LIRA in the treatment of laparoscopic eventroplasty: different techniques or different names of a same technique



Desde que LeBlanc¹ publicó en 1993 la técnica de eventroplastia laparoscópica, consistente en cubrir el defecto herniario con una malla de tipo *composite* que permite el contacto de la cara visceral con las asas intestinales, lo que se conoce como técnica IPOM (*intraperitoneal onlay mesh*), muchos han sido los cirujanos de todo el mundo que rápidamente comenzaron a realizarla de forma habitual manteniendo los principios de la técnica y adaptando pequeñas modificaciones relacionadas sobre todo con la fijación de la malla (puntos transfaciales, *tacker*, colas biológicas, etc.), pero manteniendo el concepto de cubrir el defecto con una malla compuesta con una cara adherente en contacto con la pared abdominal y otra en contacto visceral, sin que se realizará ninguna actuación sobre el defecto durante los siguientes quince años.

Esta técnica o IPOM simple presenta una serie de efectos negativos de todos conocidos, como es la aparición de seromas, que en la gran mayoría de los casos desaparecen espontáneamente entre 1 y 3 meses. El llamado efecto pseudohermia es otro de los fenómenos que aparece prácticamente siempre que se intervienen hernias o eventraciones mayores de 5 cm de diámetro y consistente en la aparición de un abombamiento en el sitio de la hernia cuyo tamaño está en relación al defecto herniario previo y que provoca al paciente cierta incomodidad, tanto por el abombamiento como por el resultado antiestético que ocasiona. Por último, otro de los efectos indeseados en las grandes

eventroplastias es la aparición de recidiva herniaria, ocasionada en muchos casos por un deslizamiento parcial de la malla en el interior de la cavidad herniaria.

Ya a partir de 2008 comenzaron a aparecer trabajos comparativos entre el cierre del defecto frente al no cierre, en los que se demuestra claramente las ventajas del cierre en lo relativo a la desaparición del efecto pseudohermia, la tasa de seromas y de recidivas^{2,3}. Desde el punto de vista técnico, el cierre del defecto es relativamente simple: puede realizarse con puntos transfaciales percutáneos o mediante sutura intracorpórea con anudado intracorpóreo o extracorpóreo. El problema se plantea ante los defectos mayores (entre 5 y 10 cm), en los que el cierre directo es prácticamente imposible. Basándonos en una amplia experiencia en cirugía abierta con la técnica de Quennü y de SanMartín, para la reconstrucción de la línea media sin tensión realizando una incisión longitudinal en ambas hojas anteriores de las vainas de los músculos rectos para desdoblarlas en sentido medial y poder así realizar su sutura con el borde medial de la vaina contralateral, a mediados de 2012 comenzamos a intervenir pacientes con eventraciones de línea media en los que el defecto tuviese un diámetro mayor de 5 cm y menor de 10 cm, realizando en este grupo de pacientes los siguientes tiempos quirúrgicos: colocación en decúbito supino, anestesia general, realización de neumoperitoneo mediante aguja de Verres en hipocondrio izquierdo, sistemáticamente test de Brouhat previo a la introducción del primer trócar

de trabajo de 10 mm para introducir la óptica y, en principio, dos trócares de 5 mm situados en arco con la óptica en el centro. La adhesiolisis es obligada en la mayor parte de los casos y, una vez expuesto el defecto, realizamos incisiones longitudinales en las hojas posteriores de ambos músculos rectos abdominales.

Dependiendo del diámetro del defecto, las incisiones se realizan entre 2 y 4 cm del borde medial, sobrepasando en unos 2-3 cm los extremos craneal y caudal del defecto. Para ello es necesario medir el defecto, lo que hacemos introduciendo en cavidad una pequeña cinta métrica o marcando los bordes con agujas intramusculares y efectuamos entonces la medición extracorpórea, tanto en sentido longitudinal como transversal. Esto nos permite, por una parte, realizar la incisión de la vaina de los músculos en el sitio adecuado para que al desdoblarlas puedan suturarse en la línea media sin tensión, y, por otra, adecuar la malla a cada caso, ya que esta debe sobrepasar el borde lateral de la vaina seccionada. La solapa aponeurótica se separa del músculo y se desdobra hacia la línea media para poder suturarla junto a la del lado contralateral. Inicialmente realizábamos esta sutura con puntos sueltos percutáneos con aguja de Reverden en los que se incluía la aponeurosis de la solapa de un lado, el saco y la aponeurosis de la solapa contralateral. Al anudarlos, la línea media queda reconstruida sin ninguna tensión. Más tarde comenzamos a realizar la sutura intracorpórea con anudado extracorpóreo mediante bajanudos, lo que hace que este tiempo sea más rápido que el anudado intracorpóreo. Una vez realizada la sutura, colocamos una malla de tipo *composite* referenciada con dos puntos situados en la parte media de los bordes superior e inferior de la misma. Con la aguja de Reverden o cualquier otro pasahilos, a partir de dos puntos de punción siempre en línea media craneal y caudal a los bordes de la sutura realizadas, extraemos los puntos de referencia y los tensamos. Esto hace que la malla se afronte contra la pared abdominal totalmente centrada. La fijación la realizamos normalmente con *tacker*.

Uno de los primeros videos de la técnica fue publicado en la web de la SOHAH en el año 2013, en la sección de videos de técnica quirúrgica. El mismo video fue publicado en el canal de Youtube con fecha de 6/2/2014. Aunque inicialmente la denominábamos como operación de Quennü invertido, esta técnica ha sido presentada bajo el nombre de incisiones posteriores de descarga (IPD) en distintos congresos: en el año 2015 en el Congreso SOHAH de Chile; en el 2017 en el Congreso Argentino de Cirugía de Hernias; en el 2018 en el Congreso Brasileño de Cirugía de Pared Abdominal y en el Congreso SOHAH de Madrid y en el 2019 en las Jornadas Internacionales de Cirugía de la Pared Abdominal de Valencia.

Frente a la polémica suscitada en el foro International Hernia Colaboration en relación a ambas técnicas (IPD frente a LIRA), podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1. La IPD viene realizándose desde noviembre de 2012 y fue dada a conocer mediante la web de la SOHAH en la sección de videos de técnicas quirúrgicas en 2013, y fue publicada en Youtube y en distintos congresos internacionales, avalando sus resultados. Por el contrario, la primera publicación existente sobre la técnica LIRA a la que hemos tenido acceso es del año 2018⁴.
2. En la IPD, al igual que en la LIRA, se realizan incisiones de descargas en las hojas posteriores de ambos músculos rectos como primer paso para desdoblarlas y reconstruir la línea media sin tensión.
3. La sutura incluye solapa aponeurótica, pared del saco (este último detalle no figura descrito en la LIRA) y nuevamente solapa aponeurótica para que, al anudar, la cavidad del saco quede completamente colapsada.
4. El que la sutura se realice de forma percutánea o intracorpórea, así como que el anudado sea extracorpóreo o intracorpóreo, son aspectos menores que no influyen en los principios de la técnica, cuya base es crear una solapa con la vaina posterior de los rectos para que, una vez desdobladas, poder reconstruir la línea media sin ninguna tensión en defectos entre 5 y 10 cm de diámetro.
5. A la vista de la evolución comentada y de los aspectos técnicos publicados, la LIRA es el mismo procedimiento quirúrgico que la IPD, pero con una publicación posterior (2018 frente a 2013).

BIBLIOGRAFÍA

1. LeBlanc KA, Booth WV. Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expandex polytetrafluoroethylene: preliminary findings. *Surg Laparosc Endosc.* 1993;3(1):39-41.
2. alaniveleu C, Jani KV, Senthilnathan P, et al. Laparoscopic sutured closure with mesh reinforcement of incisional hernias". *Hernia.* 2007;11(3):223-8.
3. Agarwal BB, Agarwal S, Mahajan KC. Laparoscopic ventral hernia repair: innovative anatomical closure, mesh insertion without 10-mm transmyofascial port, and atraumatic mesh fixation: a preliminary experience of a new technique. *Surg Endosc.* 2009;23(4):900-5.
4. Gómez-Mencheró J, Guadalajara Jurado JF, Suárez JM, et al. Laparoscopic Intracorporeal Rectus Aponeuroplasty (LIRA Technique): A Step Forward in Minimally Invasive Abdominal Wall Reconstruction for Ventral Hernia Repair (LVHR) *Surg Endosc.* 2018;32(8):3502-8.
5. Derlin J. Internacional Hernia Colaboration. Facebook. 5/6/2020.
6. Martín M. Incisiones de descarga por vía laparoscópica. Congreso Fundacional Sociedad Hispano Americana de hernias. Santiago de Chile, 20-22 de octubre de 2014.

Manuel Martín Gómez
Hospital FREMAP. Sevilla (España)

Correo electrónico:
[cirugiaylaparoscopiaavanzada-sl@hotmail.com](mailto:cirurgiaylaparoscopiaavanzada-sl@hotmail.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.00348>