



Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Editorial

Desafíos éticos en el tratamiento de la afección herniaria

Ethical issues about treatment of hernias

El conocimiento científico ha experimentado un crecimiento logarítmico y vertiginoso en las últimas décadas. Para el cirujano, permanecer al día respecto a los nuevos avances en su campo específico de acción representa un desafío ético y moral¹.

En nuestro país, Chile, y en la mayoría de los países del mundo, la afección herniaria representa una de las principales causas de cirugía electiva². El impacto socioeconómico que representa la solución de una patología de tratamiento quirúrgico, tan prevalente, nos obliga a entregar una solución idealmente definitiva, costo-efectiva y exenta de efectos secundarios.

Los avances efectuados en el siglo xx –en los términos de la profundización del conocimiento de la biología y la etiopatogenia de la afección herniaria, el rol del colágeno y la genética– nos han conducido a adoptar las técnicas de reparación libre de tensión, con el empleo de materiales protésicos como solución de elección³.

El desafío actual que enfrenta al cirujano dedicado a resolver estos dilemas es encontrar la mejor solución entre las múltiples opciones disponibles.

Un primer desafío, con implicancias éticas, es quién debe tratar a estos pacientes.

En primer lugar, debemos decidir si debe reconocerse la existencia de una subespecialidad. En la mayoría de los foros internacionales en los que se ha discutido el tema se argumenta que si se saca la afección herniaria del ámbito de la cirugía general se amputa un volumen significativo de su quehacer. Pero, por otro lado, se reconoce que los casos complejos deben ser resueltos por cirujanos dedicados preferentemente al tema, es decir, por el especialista tácito en afección herniaria.

De esta forma, en distintos países del orbe, cada vez más cirujanos se interesan por este tema y comienzan a dedicarse en forma preferente o exclusiva a él. Se constituyen, así, sociedades nacionales o internacionales, como el caso de la Sociedad Hispanoamericana de Hernia, la Federación Latinoamericana de Hernia, la Sociedad Europea de Hernia o la American Hernia Society, entre otras.

Nuestra postura es la dedicación preferente o casi exclusiva al tratamiento de la patología de la pared abdominal, tendente al reconocimiento de la subespecialidad.

Bajo la denominación común de afección herniaria agrupamos distintas entidades. No es lo mismo reparar una hernia inguinal primaria indirecta con un saco menor de 5 cm en un adulto joven sin enfermedad agregada que intervenir una hernia incisional gigante con pérdida de derecho a domicilio y múltiples recidivas en un adulto mayor con varias comorbilidades.

Es la hernia inguinal primaria la que representa el mayor volumen de pacientes. Frente a la multiplicidad de técnicas descritas para su tratamiento, creemos que la técnica libre de tensión, propuesta por Lichtenstein y difundida por Amid, resulta hoy por hoy la primera elección, empleando un material protésico, basado en polipropileno, monofilamento, macroporoso y de baja densidad⁴.

Las técnicas laparoscópicas, difundidas en las últimas décadas, podrían tener un rol frente a la hernia recidivada, la hernia bilateral o en casos de enfermedades múltiples, susceptibles de ser tratadas por videolaparoscopia, como la coexistencia de coledoclitiasis.

Es un desafío ético, en los pacientes portadores de hernia inguinal primaria, recomendar una solución laparoscópica –asociada a un mayor costo y riesgos– antes que la vía anterior.

La hernia femoral debe ser operada apenas se diagnostique (por su gran tendencia a complicarse), y no debe dejarse en observación y diferir su tratamiento.

La hernia umbilical representa un alto riesgo de recidiva cuando se emplean técnicas que utilizan los propios tejidos del paciente, aun en las de anillos de pequeño tamaño, por lo que la recomendación debe ser siempre la reparación con material protésico.

Con relación a la hernia de Spiegel, nuestro desafío consiste en difundir el conocimiento de sus características clínicas, para permitir así un mejor diagnóstico y un tratamiento oportuno.

La hernia incisional representa una serie de desafíos. Frente a su etiología multifactorial, un primer desafío debe estar orientado a la prevención⁵.

En cuanto al tratamiento, los obesos presentan un grupo especial de riesgo, ya que estos concentran el 60% de la morbilidad posoperatoria y representan un porcentaje significativo de las distintas series. En nuestro grupo de trabajo se decidió poner como límite para la cirugía electiva un IMC de 32, lo que se ha traducido en una dramática disminución de la morbilidad posoperatoria. Otros autores recomiendan ya bajar este límite a 28, mientras que otros proponen la vía laparoscópica como una alternativa. Nuestro grupo de trabajo recomienda, para el paciente portador de obesidad mórbida, la cirugía bariátrica inicial y la reparación herniaria en un segundo tiempo, utilizando una malla de alto peso molecular.

Solo la acuciosa evaluación de los resultados obtenidos, y comparados con la experiencia de otros grupos, nos permitirá responder adecuadamente al desafío de la mejor opción terapéutica para nuestros pacientes.

Nuestra meta debe ser entregar en la primera intervención una solución que ojalá sea definitiva, con resultados a largo plazo, con baja recidiva y buena calidad de vida, que evite la aparición de efectos secundarios no deseados.

Las técnicas actuales, en el tratamiento de la hernia inguinal primaria, presentan cifras de recidivas de alrededor de un 1%, lo que se considera altamente satisfactorio.

La calidad de vida a largo plazo de los pacientes es un tema relevante, y debemos buscar las alternativas que presenten la menor incidencia de dolor crónico o efectos secundarios no deseados.

La presencia de dolor crónico, después de una reparación herniaria, representa un tema de especial relevancia, y debemos buscar las opciones terapéuticas que nos ofrezcan los mejores resultados.

Si aceptamos el rol del colágeno en la etiología de la afeción herniaria y recomendamos las técnicas libres de tensión, nos enfrentamos a decidir qué prótesis utilizar (de las más de 160 disponibles en el mercado)⁶.

Nuestro desafío ético en la elección del material protésico tiene múltiples aristas. Podemos contemplar distintos criterios para efectuar la elección. Un factor puede ser el económico, eligiendo una prótesis de menor costo. Otro aspecto que considerar puede basarse en la experiencia del grupo de trabajo (prefiriendo la que haya presentado los mejores resultados) o probar la última tecnología (habitualmente, de un

costo considerablemente mayor, presionados por el marketing de las empresas).

La relación de los profesionales con las empresas proveedoras de materiales protésicos ha de ser de una colaboración ética, buscando la mejor opción para nuestros pacientes.

El desafío ético de los hospitales docentes tiene relación con las decisiones respecto: ¿A qué enseñar, qué técnica recomendar y qué material utilizar? ¿Cómo realizar la práctica docente y cuántas intervenciones debe efectuar un residente para estar en condiciones de resolver esta patología?

Las grandes hernias de la pared abdominal (las hernias complejas y las hernias multirrecidivadas) son un desafío al ingenio de los equipos quirúrgicos. Existe determinado consenso en que deben ser manejadas por cirujanos que se dediquen preferentemente a esta patología, es decir, un especialista tácito.

La búsqueda de la mejor respuesta a estas interrogantes son nuestro reto actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rappoport J. Ética y cirugía para el tercer milenio. *Rev Chil Cir.* 2002;54:105-6.
2. Csendes A, González G. Cirugías digestivas más frecuentes en Chile, excluyendo colo-rectal. *Rev Chil Cir.* 2008;60:379-86.
3. Carbonell Tatay F. Hernia inguinocrural. Valencia: Editorial Gráficas Vimar; 2001.
4. Albán M, Rappoport J, Silva JJ, Debandi A. Enfrentamiento de la hernia inguinal en el siglo XXI. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2010;21:207-16.
5. Carbonell Tatay F, Moreno Egea A. Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Picanya: Ed. Vimar; 2012.
6. Mayagoitia JC. Hernias de la pared abdominal. Tratamiento actual. México D. F.: Ed. Alfil; 2009.

Jaime Rappoport Stramwasser
Unidad de Hernias, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico de la
Universidad de Chile, Santiago, Chile
Correo electrónico: rapaj@usa.net

2255-2677/\$ – see front matter
© 2013 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por
Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2013.05.004>