



ELSEVIER

Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Editorial

Reconstrucción de las hernias complejas de pared abdominal anterior: un problema de enfoque multidisciplinario



Repair of complex hernias of the anterior abdominal wall: a problem for a multidisciplinary approach

Las hernias de la pared abdominal anterior son un problema que afecta aproximadamente al 11-20 %¹ de los pacientes sometidos a laparotomías. La gravedad de este problema se acentúa en pacientes con peritonitis, trauma y problemas médicos subyacentes². La mortalidad en estas condiciones es alta, y llega al 40 % si se asocia a fístulas enterocutáneas. Problemas de obesidad, insuficiencia respiratoria, diabetes, etc. ponen en riesgo al paciente durante el abordaje quirúrgico, sobre todo si la pérdida domiciliar es significativa. Otros problemas logísticos que hacen dificultoso el acto quirúrgico son las adherencias de asas intestinales por cirugías anteriores, que también lo hacen a las mallas de polipropileno o a previos injertos de piel que podrían haberse realizado en el pasado para reparar la pared.

Las hernias de pared abdominal anterior con pérdida del derecho a domicilio se asocian a (o son causantes de) muchos problemas físicos, fisiológicos y psicológicos, por lo que esta situación especial debe considerarse como un síndrome más que como una enfermedad. Dicho síndrome requiere un enfoque multidisciplinario que competa a muchas especialidades.

El síndrome de la hernia de pared abdominal anterior con pérdida domiciliar puede presentar todos o algunos de los signos y síntomas aquí enumerados:

- dolor abdominal crónico;
- dificultad para desplazarse y efectuar los quehaceres de la vida diaria;
- dolor de espalda (lumbalgia, dolor torácico o toracolumbar);
- dificultad en la función sexual;
- insuficiencia respiratoria actual o potencial;
- aislamiento social;
- depresión psicológica;
- obesidad o extrema delgadez;
- erosión de piel en el área de la hernia o en áreas de pliegues de piel;
- adherencias de asas intestinales;
- fístulas enterocutáneas o enteroenterales.

En ausencia de problemas graves, tales como las fístulas enterocutáneas y enfermedades cardiopulmonares debilitantes, la obesidad y la magnitud de la pérdida domiciliar son todavía agravantes que hacen problemática la reconstrucción de la pared abdominal.

Un enfoque integral de este tipo de hernias requiere una planificación y un trabajo compartido entre el cirujano general y el cirujano plástico. El cirujano general está mejor preparado para tratar los problemas de adherencias intestinales o fístulas presentes o inminentes. El cirujano plástico maneja mejor la elevación y resección de colgajos cutáneos necesarios para la exposición de la pared muscular y para mejorar el contorno del abdomen. El manejo de colgajos musculares es dominio de ambas especialidades.

Aparte del cirujano general y del cirujano plástico como actores finales y principales en el tratamiento quirúrgico, otras especialidades que deben tomar parte del tratamiento integral incluyen:

- medicina física y rehabilitación;
- neumología;
- cardiología;
- dermatología;
- psicoterapia;
- medicina interna con experiencia en manejo de la obesidad;
- servicios sociales.

Muchos de estos pacientes tienen dificultad para caminar, y a veces permanecen postrados en un sillón o en la cama. Por lo tanto, caminatas y ejercicios graduales les ayudan a restaurar la movilidad y flexibilidad. Antes de la reparación quirúrgica, estos pacientes deben tener una evaluación del cardiólogo y del neumólogo, para evaluar si el paciente puede soportar ese cambio físico y dinámico. El paciente debe tener una prueba de esfuerzo y espirometría antes y después de máxima compresión del abdomen con una faja abdominal. El dermatólogo debe tratar los problemas de infección bacteriana o fúngica en las áreas de pliegue, sobre todo de la

región suprapúbica, donde se presentan áreas de dermatitis. El manejo psicoterapéutico es importante para aliviar todos los problemas que pueda tener el paciente a consecuencia de su aislamiento social y familiar, pérdida de trabajo y autoestima, etc. Una pérdida de peso adecuada antes de la cirugía facilitará el manejo del panículo abdominal y la recolocación de las asas intestinales dentro de la cavidad abdominal, además de hacer que el cierre muscular ocurra con menos tensión. La pérdida de peso también ayuda a disminuir los riesgos cardiorrespiratorios y los problemas potenciales del síndrome compartimental abdominal por hiperpresión tras el cierre de la pared (*acute abdominal compartment syndrome*). La monitorización de ejercicios respiratorios para mejorar la respiración torácica y disminuir la dependencia en la respiración abdominal reducirá el riesgo de insuficiencia respiratoria aguda en el periodo posoperatorio inmediato. Muchos de estos pacientes se encuentran aislados, han perdido su trabajo y no tienen seguro. En algunos casos es necesario un manejo para solucionar estos problemas por el servicio social, que incluye ayuda de índole monetaria temporal por parte del gobierno o entidades filantrópicas.

El manejo directo del cirujano tratante (cirujano general o cirujano plástico) incluye prescribirle al paciente una faja de soporte abdominal, que el paciente debe usar durante varias semanas o meses para favorecer el retorno al domicilio intestinal. El cirujano también debe coordinar todas las consultas y tratamientos periféricos. En el preoperatorio inmediato, el paciente requiere una limpieza gastrointestinal en prevención de alguna cirugía intestinal incidental, lo que ayuda también a descomprimir las asas intestinales y facilita el cierre quirúrgico con la separación de los componentes musculares de la pared abdominal^{3,4}. Esto puede significar una diferencia entre utilizar una malla de puente («separación de componentes de tipo 4») o hacer un cierre completo con continuidad de la pared muscular. Además, disminuye el dolor posoperatorio y la incidencia de íleo paralítico.

Para implementar todos estos servicios se requiere crear los protocolos necesarios, que harán que el proceso de evaluación, interconsultas, monitorización de tratamientos y todo el proceso fluyan a la perfección. Esto solo se puede implementar en las «unidades de pared abdominal», que ya se han instituido en muchos centros hospitalarios. El cirujano plástico y el cirujano general deben ser parte fundamental de estas unidades.

Las otras especialidades deben ser conocedoras en profundidad de los problemas que sufren este tipo de pacientes, y de qué es lo que puede suceder intra- y posoperatoriamente al tratar de reparar la pared abdominal y recolocar los intestinos dentro de la cavidad abdominal. De esa manera, el manejo y las recomendaciones tienen mayor sentido y mejor objetivo. Resulta fundamental una educación continua en estas unidades en las que todas las especialidades deben participar. El síndrome de las hernias de pared abdominal, y particularmente las asociadas con pérdida domiciliar significativa, es un problema complejo para ser resuelto solamente por una sola especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell Tatay F. Estudio preoperatorio en la eventración compleja. Protocolos de preparación en cirugía. En: Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Picaña, Valencia: Editorial Vimar; 2012.
2. Carbonell Tatay F. Complicaciones y errores en la cirugía abierta de la eventración. Capítulo 63. En: Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Picaña, Valencia: Editorial Vimar; 2012.
3. Ramírez-Palomino ÓM. Técnicas anatómicas: Operación de Ramírez. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A, editores. Eventraciones. Otras hernias de la pared y cavidad abdominal. Picaña, Valencia: Editorial Vimar; 2012.
4. Ramírez ÓM, Ruas E, Dellon AL. "Components separation" method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86:519-26.

Óscar M. Ramírez-Palomino*
Elite Surgical & Aesthetic Center, Weston, Florida, EE. UU.

* Elite Surgical & Aesthetic Center, 2665 Executive Park Drive
St., 1, Weston, Florida 33331. EE. UU.
Correo electrónico: ramirezmdps@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2015.02.001>
2255-2677/© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open
Access bajo la licencia CC BY-NC-ND
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).