



## Editorial

# Cirugía de obesidad y hernias

## *Obesity surgery and hernias*



La obesidad es una patología de causa multifactorial definida como un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> con acumulo de grasa subcutánea y visceral, por lo que se asocia con un elevado riesgo para desarrollar hernias de la pared abdominal debido al aumento de la grasa visceral y de la presión intraabdominal.

Cuando la obesidad se vuelve mórbida y aparecen las comorbilidades que la acompañan (como diabetes *mellitus* de tipo 2, hipertensión arterial sistémica, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hígado graso, enfermedades articulares severas y dislipidemias, entre otras), aumenta la tasa de todo tipo hernias y se presenta este binomio patológico al que hasta hace unos años no queríamos prestar el suficiente interés y que ahora ya es motivo de guías y consensos de manejo por parte de la Asociación Americana de Hernia y de la Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica, publicados en el 2018<sup>1</sup>.

Las perspectivas han cambiado si vivimos en un país de los llamados *desarrollados* y tenemos suerte, ya que con seguridad superaremos los ochenta años de vida y probablemente los habremos vivido con una aceptable calidad. Las hernias, sobre todo las inguinales, aparecen con la historia de la humanidad, cuando el hombre adoptó la posición erecta y la bipedestación, probablemente por su condición de cazador nómada. Su genotipo y su fenotipo no fueron expresiones importantes como lo son actualmente. Sin embargo, la obesidad es una adquisición reciente de los seres humanos y podemos observar que en la población mundial la obesidad mórbida está haciendo estragos y se presenta con características pandémicas. En los últimos 60 años, inicialmente con el desarrollo de la cirugía bariátrica y recientemente con un enfoque metabólico, hemos visto cómo los pacientes obesos presentan una acumulación de tejido adiposo en todo el organismo, a la que no escapan los tejidos que tradicionalmente estaban menos afectados por los adipocitos, como las fibras musculares y sus aponeurosis, sustratos en los que se generan las hernias, además de una mala calidad de la colágena, entre otros factores.

Hemos aprendido a manejar estas dos patologías de manera más adecuada con la participación de un equipo multidisciplinar para obtener mejores resultados en el tratamiento de estas dos patologías tan frecuentes; en las hernias en todas sus presenta-

ciones (es la segunda cirugía programada más frecuente en cirugía general), en las que hemos avanzado tecnológicamente con mejores materiales protésicos bien tolerados por el organismo humano y mejores sistemas de fijación. Y qué decir de los abordajes de accesos mínimos y con visión de alta definición, entre otros avances. En el campo de las hernias solo nos quedaría resolver la recidiva y la inguinodinia. No podemos decir lo mismo en el campo de la obesidad mórbida, ya que estos enfermos con múltiples comorbilidades aún suponen un reto y como cirujanos estamos obligados a dar los mejores resultados en el tratamiento de ambas patologías cuando concurren en el mismo paciente<sup>2</sup>.

Con mejores protocolos de estudio peroperatorio debemos identificar a estos pacientes obesos mórbidos y con presencia de hernias en forma concurrente, ya que en el pasado solo estudiábamos los defectos herniarios, sin darle importancia al tejido graso que acompaña a los sacos herniarios, especialmente en las hernias inguinales, que incluso en nuestras notas posquirúrgicas seguimos consignando como «lipoma preherniario». Actualmente, con la alta definición de la cirugía robótica, nos sigue impresionando esa gran cantidad de tejido graso visceral en cualquier localización anatómica: las inguinales, ventrales, incisionales, hernias complejas, hiatales, diafragmáticas, etc. De no hacerlo corremos muchos riesgos al abordarlas de manera tradicional, con resultados inconvenientes, como un alto índice de infecciones y recidivas.

Lo escrito en las líneas previas es el resultado de lo vivido en cirugía para hernias con cirugía abierta y de accesos mínimos, incluyendo la robótica. También de nuestra experiencia lograda en el campo de la cirugía bariátrica, donde lo más importante es que los pacientes obtengan los mejores resultados para sus dos patologías cuando las presenten en forma concomitante y pueda ofrecérselos lo mejor de forma simultánea, ya que de no hacerlo se estaría incumpliendo la máxima hipocrática *primum non nocere*.

Dicho lo anterior, debo aclarar que mi interés es dejar claro que existen condiciones específicas, como las hernias que contienen en su saco asas intestinales que están sufriendo obstrucción o se encuentran ya estranguladas, en las que definitivamente la cirugía herniaria es prioritaria, aunque se trate de un paciente con obesidad mórbida. Por otro lado, hay que tener

en cuenta que, a pesar del interés, del protocolo de estudio preoperatorio completo y de planear la realización de la cirugía bariátrica de forma concomitante con la hernia, si el tiempo quirúrgico bariátrico es prolongado, debemos diferir la hernioplastia y realizar solo la cirugía bariátrica debido a todos los riesgos inherentes y dejar la hernioplastia para otro momento.

Si transformar vidas con la cirugía bariátrica y metabólica es muy satisfactorio, poder realizar una hernioplastia de forma simultánea tiene una doble satisfacción. ¿Por qué resolver solo una patología cuando podemos resolver las dos!?

Ricardo Blas Azotla

Cirujano bariátrico y general certificado.

Fundador de Blasmedic, clínica de alta especialidad para obesidad y hernias. Hospital Ángeles Mocol.  
San Miguel Chapultepec, Ciudad de México (México)  
Correo electrónico: [cirugiarblas@prodigy.net.mx](mailto:cirugiarblas@prodigy.net.mx)

2255-2677/© 2022 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.00513>

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Menzo E Lo, Hinojosa M, Carbonell A, Krpata D, Carter J, Rogers AM. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery and American Hernia Society consensus guideline on bariatric surgery and hernia surgery. *Surg Obes Related Dis.* 2018;14:1221-32.
2. Newcomb WL, Polhill JL, Chen AY, Kuwada TS, Gersin KS, Getz SB, et al. Reparación de hernia por etapas precedida por bypass gástrico para el tratamiento de Pacientes con obesidad mórbida con hernias ventrales complejas. *Hernia.* 2008;12:465-9.