

Editorial

Reconstrucción de la pared abdominal y reparación de hernia compleja: más allá de la cirugía de control de daños

Abdominal wall reconstruction and complex hernia repair: beyond damage control surgery



La reconstrucción de la pared abdominal compleja (RPAC) y la refuncionalización de la pared abdominal después de la cirugía de control de daños o la pérdida de dominio representan un reto importante que requiere creatividad quirúrgica y de un enfoque multidisciplinario. Sin embargo, no tenemos definido todavía el concepto de «defecto complejo»: ¿Qué significa? ¿Es el tamaño o es la localización del defecto? Hay una serie de preguntas que necesitan ser contestadas y tratadas antes de asumir la RPAC, pero las más importantes, posiblemente, sean cuándo y cómo realizar estos procedimientos complejos. La decisión de volver a operar a estos pacientes debe ser individualizada y basarse en muchos factores, como la presencia de enfermedades asociadas, la anatomía, el estado clínico y la fisiología del paciente.

Nosotros hemos descrito una estrategia de nueve pasos que aseguran la preparación óptima, la cirugía paso a paso y el seguimiento a largo plazo de estos pacientes¹. A menudo, el paciente con un defecto complejo entra en un círculo vicioso de pérdida de funcionalidad que conduce a un mayor aumento de peso y potencialmente a una mayor morbilidad o incapacidad para eliminar infecciones (estado de sepsis), y no puede alcanzar un estado nutricional óptimo para permitir la operación con seguridad. En estos casos, la cirugía quizá sea la única opción para acabar con este ciclo de muerte y restaurar la anatomía y la fisiología alterada. Nosotros hemos definido esta situación como «más es mejor», y asumimos que la cirugía definitiva puede ser la única opción en el manejo de estos pacientes, que debe realizarse más temprano que tarde, a pesar de que el paciente tenga un alto riesgo de complicaciones mayores.

Los objetivos de la cirugía deben ser establecer la continuidad del tracto gastrointestinal (en caso de fístula o presencia de estoma) y respetar y restaurar la anatomía de la pared abdominal y su funcionalidad. Las decisiones intraoperatorias pueden ser difíciles². Después de una total adhesiolisis y restauración de la anatomía y fisiología intraoperatoria del paciente, el cirujano puede valorar la continuación de la reconstrucción de la pared abdominal. Por esta razón, a menudo utilizo el principio de «control de daños a demanda», abreviando la operación y retrasándola al día siguiente para completar la reconstrucción, utilizando tejido

nativo (cuando sea posible) y reforzando con malla (biológica o sintética). En la mayoría de los pacientes se requiere algún tipo de combinación de descarga lateral anterior o posterior (más comúnmente bilateral) y transposición de los colgajos miocutáneos; los cirujanos que intentan esta operación deben estar bien preparados y entrenados en cualquiera de las técnicas existentes bien descritas a día de hoy (colgajos de avance local o regionales, colgajos distantes solos o combinados con mallas)³. Sin embargo, la elección de la técnica dependerá de la patología encontrada en el momento y de la experiencia personal.

Aunque muchos cirujanos están familiarizados con la separación de componente anterior, en los últimos años se ha popularizado la separación de componente posterior con la liberación del músculo transverso abdominal, particularmente con el apoyo de la cirugía robótica. La cuestión de elegir una malla biológica o sintética debe ser un punto de especial consideración, y dependerá principalmente de su disponibilidad y estado infeccioso del paciente. Datos recientes sugieren que la malla biológica podría ser superior a la sintética en los casos de pacientes infectados o potencialmente infectados; sin embargo, se desconocen los datos a largo plazo⁴. De las tres posibles técnicas de colocación de una malla (supraaponeurótica, retromuscular o en interposición-puenteo), la que se decida utilizar dependerá de la anatomía existente. Sin embargo, para la mayoría de casos, la técnica retromuscular debe considerarse como el método de elección. A pesar de ello, debemos asumir que cada técnica tiene sus propios pros y contras, y debe utilizarse sobre la base de una gran experiencia quirúrgica y según la anatomía del paciente.

En conclusión, el manejo de los defectos complejos de la pared abdominal después de la cirugía de control de daños continúa evolucionando y todavía representan un desafío importante. La reconstrucción exitosa de la pared abdominal se basa principalmente en el buen juicio, una preparación preoperatoria cuidadosa, una adecuada experiencia en la realización de la técnica quirúrgica, un enfoque multidisciplinario y un seguimiento cercano. La colocación de la prótesis en posición retromuscular, preferiblemente retrorrectal, se ha convertido en una buena opción técnica. Para heridas muy contaminadas, la

reconstrucción de la pared abdominal puede realizarse con una malla biológica. Y por último, la fisiología del paciente, el tamaño del defecto, su localización y el nivel de contaminación son consideraciones que influyen en el manejo de los defectos de la pared abdominal.

Bibliografía

1. Latifi R. Surgery of Complex Abdominal Wall Defects: Practical Approaches (2.^a ed.). Springer, 2017. <http://www.springer.com/us/book/9783319558677> <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-55868-4>.
2. Latifi R. Surgical Decision Making: Beyond the Evidence Based Surgery. Springer 2016.
3. Carbonell F and Moreno-Egea A (eds.). Eventraciones. Otras hernias de la pared y cavidad abdominal. Picanya: Vimar; 2012.
4. Latifi R, Samson D, Haider A, Azim A, Iftikhar H, Joseph B, Tilley E, Con J, Gashi S, El-Menyar A. Risk-adjusted adverse outcomes in complex abdominal wall hernia repair with biologic mesh: A case series of 140 patients. *Int J Surg*. 2017. 16;43:26-32. doi: 10.1016/j.ijssu.2017.05.031. [Epub ahead of print].

Rifat Latifi.

Profesor de Cirugía, New York Medical College.

Director el Departamento de Cirugía y Jefe de la Sección de Cirugía General, Westchester Medical Center, Valhalla, Nueva York
email: rifat.latifi@gmail.com; rifat.latifi@wcmhealth.org

Teléfono: 914-598-3334

2255-2677/© 2017 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.

Publicado por Arán ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.73>