



El papel de la cirugía plástica y reconstructiva en el manejo de los pacientes con hernias de pared abdominal

The role of plastic and reconstructive surgery in the management of patients with hernia of abdominal wall

Dr. Antonio Espinosa-de-los-Monteros*

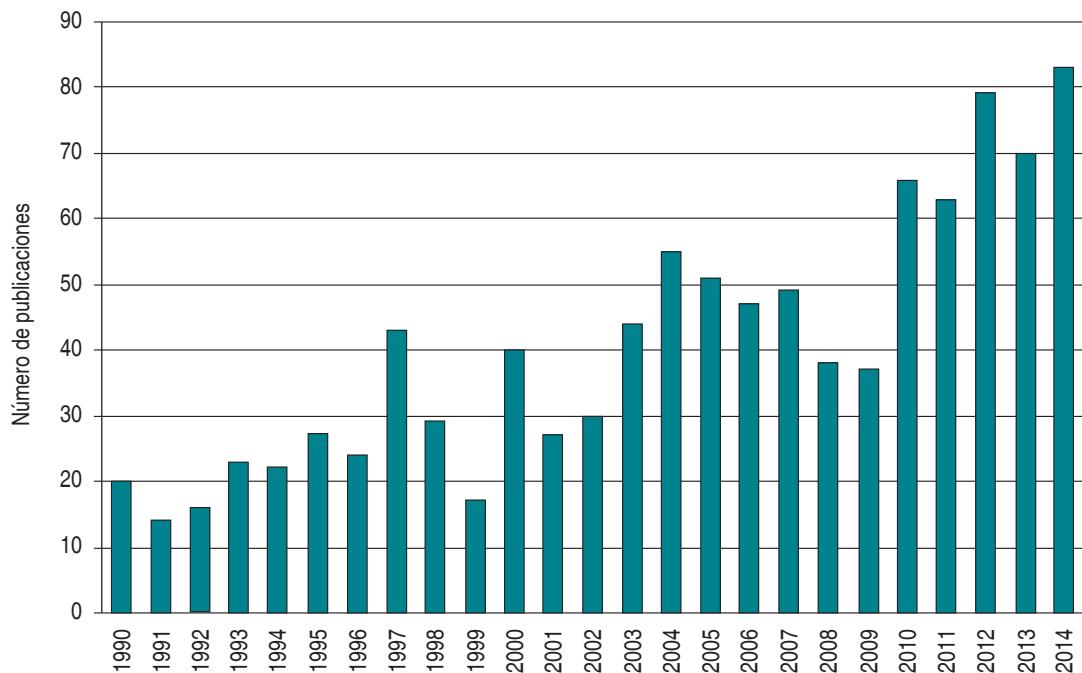
Se estima que la prevalencia de las hernias de pared abdominal es de 1.5% y que alrededor de 10% de toda la población desarrollará una hernia de pared abdominal en algún momento de su vida. La mayor proporción de hernias de pared abdominal son simples y son captadas y tratadas por los cirujanos generales. No obstante, históricamente han existido subgrupos de pacientes con cierto grado de complejidad que han sido tratados por cirujanos plásticos. Durante muchas décadas, los defectos herniarios más pequeños se trataron mediante cierre simple del defecto. No obstante, la imposibilidad de hacer este mismo procedimiento en los defectos más grandes, propició que se buscaran alternativas para lograr su cobertura. Durante la primera mitad del siglo XX, los materiales existentes para conseguir este último propósito eran los metales como la plata y el tantalio; o bien, tejidos biológicos como injertos autólogos de fascia y de piel, duramadre de cadáver y fascia de animales. La segunda mitad del siglo XX marcó la aparición de mejores materiales, tanto sintéticos como biológicos. Las casas comerciales lograron desarrollar materiales menos agresivos para el organismo y proveer, así, mejores resultados. Aun así, siguieron existiendo casos en los que se consideraba no apropiado emplear una malla sintética, como aquellos en los que existía cierto grado de contaminación o una infección activa. De esta forma, también la cirugía plástica aportó avances en cuanto al desarrollo de técnicas que permitieron emplear tejidos mejores y más gruesos para la

reconstrucción, como los colgajos musculares, fasciocutáneos y musculocutáneos. Esto ocurrió así en todos los segmentos corporales y la pared abdominal no fue la excepción. No fue sino hasta mediados de los años 80 cuando Oscar Ramírez, un cirujano plástico peruano, trabajando en el Hospital Johns Hopkins, desarrolló la técnica que él mismo bautizó como «separación de componentes» que implica la movilización lateral de colgajos musculares y aponeuróticos para aproximar medialmente el resto de la pared abdominal y cerrar defectos grandes. A partir de ese momento, ha existido un incremento sustancial en el número de pacientes con hernias de pared abdominal que son tratados por cirujanos plásticos, así como en el número global de publicaciones (*Figura 1*).

Hoy, la separación de componentes es la piedra angular para el cierre de los músculos en presencia de defectos herniarios grandes. Desde su concepción y, a lo largo de los últimos 25 años, la técnica ha sufrido una serie de modificaciones que han sido diseñadas con el propósito de mejorar los resultados obtenidos. Fabio Nahas, cirujano plástico brasileño, ha demostrado que la disección subcutánea lateral a las líneas semilunares no provee más avance medial de la pared abdominal y sí desvasculariza la piel. James Lowe, cirujano plástico en San Antonio, diseñó la realización de la separación de componentes por vía endoscópica, de forma que se pudieran preservar todas las perforantes musculocutáneas provenientes de los músculos rectos y, así, reducir la morbilidad local asociada a la técnica convencional.

* Departamento de Cirugía Plástica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», Ciudad de México.



**Figura 1.**

Número de publicaciones realizadas por cirujanos plásticos con respecto al tratamiento de las hernias de pared abdominal desde 1990 y hasta 2014 en revistas indizadas.

No obstante, la restricción en la movilidad medial de la pared abdominal que se observó con la técnica endoscópica y el subsecuente incremento en la frecuencia de recurrencias postoperatorias, originaron el desarrollo de la separación de componentes preservadora de perforantes; primero, mediante la preservación de perforantes en el tercio medio de la pared abdominal, como lo describió Gregory Dumanian, cirujano plástico en Chicago y, subsecuentemente, mediante la preservación de perforantes en los tercios superior e inferior de la pared abdominal, como lo ha popularizado Charles Butler, cirujano plástico en el Centro Oncológico MD Anderson. Otros métodos introducidos durante los años 80 y 90 fueron los expansores tisulares, que ya se empleaban en otros sitios anatómicos para reconstruir defectos grandes, y el cierre asistido por vacío (VAC-por sus siglas en inglés), diseñado por Louis Argenta, cirujano plástico en Winston-Salem, y que tantos beneficios ha aportado para propiciar el cierre de defectos agudos de pared abdominal de espesor total. Otro avance reciente en el campo de las hernias de pared abdominal es el empleo de mallas de dermis acelular de cadáver, introducidas inicialmente por los cirujanos plásticos para el manejo de

quemaduras, y que tienden a reducir la gravedad de las complicaciones desarrolladas por los pacientes sometidos a reconstrucciones de pared abdominal por hernias en campos contaminados. Igualmente, la administración de toxina botulínica en los músculos de la pared abdominal permite su elongación y facilita el cierre de los defectos herniarios, tal y como lo ha mostrado Tomás Ibarra-Hurtado, cirujano plástico mexicano.

El siglo XXI se ha caracterizado por la existencia de información médica de mayor calidad científica que se obtiene a partir de estudios con un mejor diseño metodológico. En el año 2000, Ronald Luijendijk, cirujano plástico holandés, publicó en *The New England Journal of Medicine* los resultados de un estudio multicéntrico, prospectivo, controlado y aleatorizado que demostró que, en pacientes con hernias incisionales pequeñas, la recurrencia a mediano plazo es menor si se trata con una malla sintética que si se trata con cierre simple del defecto. Y más, en el año 2010, la revista *Surgery* publicó una serie de recomendaciones basadas en evidencia con respecto a las mejores técnicas disponibles para proveer los mejores resultados posibles en el tratamiento de pacientes con hernias incisionales. Este trabajo

fue realizado por un grupo formado por cuatro cirujanos plásticos y cuatro cirujanos generales (VHWG-por sus siglas en inglés), expertos todos en hernias de pared abdominal. Igualmente, ellos mismos arrojaron un sistema de clasificación que tiene impacto clínico en cuanto al tipo de tratamiento sugerido y el pronóstico esperado en cada subgrupo. Por otra parte, el Colegio Americano de Cirujanos ha asignado a un grupo de cirujanos plásticos la conducción y reporte de los resultados provenientes de un programa de mejoría en la calidad de la atención quirúrgica (NSQIP-por sus siglas en inglés) en relación con el tratamiento de todos los pacientes con hernias de pared abdominal que han sido operados desde el año 2005 en 469 hospitales de los Estados Unidos. En este número de la revista *Cirugía Plástica*, se incluye la experiencia obtenida a partir de 100 reconstrucciones de pared abdominal empleando la técnica de separación de componentes en

pacientes con hernias incisionales complejas, así como particularidades en el tratamiento de las hernias de pared abdominal en pacientes que se someten a abdominoplastia, y un trabajo experimental en cerdos desarrollado en un centro académico.

De éstas y muchas otras formas por venir, la cirugía plástica se ha posicionado como una disciplina fundamental para el desarrollo de técnicas y tecnologías nuevas, para el diseño y reporte de estudios con calidad científica, y para el manejo multidisciplinario de los pacientes con hernias de pared abdominal.

Correspondencia:

Dr. Antonio Espinosa-de-los-Monteros

Vasco de Quiroga Núm. 15,
Colonia Sección XVI, 14000,
Tlalpan, Ciudad de México.
Tel: 54870900, ext. 2133
E-mail: aedlms@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx