



Particularidades en el tratamiento concomitante de las hernias de pared abdominal en pacientes que se someten a abdominoplastia

Particularities of abdominal wall hernia repair in patients undergoing abdominoplasty

Dr. Antonio Espinosa-de-los-Monteros,* Dr. Héctor Avendaño-Peza,**
Dr. Zeniff Gómez-Arcive,** Dra. Lilian Arista-de la Torre**

Palabras clave:

Abdominoplastia, hernia abdominal, técnicas de cierre abdominal.

Key words:

Abdominoplasty, abdominal hernia, abdominal closure techniques.

RESUMEN

Existe un grupo de mujeres candidatas a abdominoplastia que cursan con una hernia de pared abdominal. En este reporte se incluyen algunas situaciones especiales en este grupo de pacientes. Cuando se efectúa una miniabdominoplastia en presencia de una hernia umbilical, la desinserción del tallo umbilical permite tener acceso al defecto herniario; no obstante, en el contexto de la abdominoplastia tradicional, el ingreso a la cavidad abdominal a través de una incisión en la línea media permite tratar el defecto sin sacrificar el ombligo. Las diferentes técnicas de abdominoplastia permiten un acceso extenso al agujero miopectíneo en pacientes con hernias inguinales. En cuanto a las hernias incisionales, si éstas son simples, pueden abordarse a través de incisiones de abdominoplastia que exponen la totalidad de la pared abdominal, y tratarse en concordancia. No obstante, las hernias incisionales complejas implican un mayor riesgo de complicaciones. Por esto, conviene seleccionar los casos que han de beneficiarse de la combinación de procedimientos, de acuerdo con la información basada en la evidencia disponible.

ABSTRACT

Some women, who are candidates for abdominoplasty, concomitantly have an abdominal wall hernia. In this report we include some special situations in this group of patients. When a mini abdominoplasty is performed in the presence of an umbilical hernia, the umbilical stalk may be desinserted allowing access to the defect. Nevertheless, a midline incision to enter the abdominal cavity may be required in the context of a traditional abdominoplasty to spare the umbilicus. All abdominoplasty techniques render appropriate surgical access to the myopectineal orifice to repair groin hernias. Simple incisional hernias may be approached through abdominoplasty-type incisions that allow for complete abdominal wall exposure and treated accordingly. Complex incisional hernias are associated with higher complication rates after repair. For this reason, the proper selection of patients who may benefit from the combination of procedures must be made, according to the information based on the best evidence available.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en un momento determinado, alrededor del 1.5% de la población tiene una hernia de la pared abdominal, mientras que el 10% de la población general ha tenido, tiene o tendrá una hernia de la pared abdominal en algún momento de su vida.^{1,2} Siendo así, existe un subgrupo de mujeres candidatas a abdominoplastia que además cursan con una hernia de la pared abdominal que se ha de tratar en forma concomitante.

En este trabajo exponemos las particularidades terapéuticas que implican las hernias

umbilicales, inguinales e incisionales presentes en mujeres que se someten a abdominoplastia.

Hernia umbilical en paciente candidata a mini abdominoplastia

La miniabdominoplastia implica la remoción de un segmento limitado de piel sin realizar incisiones periumbilicales.³ En estas pacientes, la exposición del defecto de la pared abdominal umbilical se puede conseguir desinsertando la base del tallo umbilical (Figura 1). El contenido intraabdominal herniado se debe liberar periféricamente de los bordes del defecto y

* Cirujano Plástico y Reconstructivo.

** Médico pasante en Servicio Social.

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

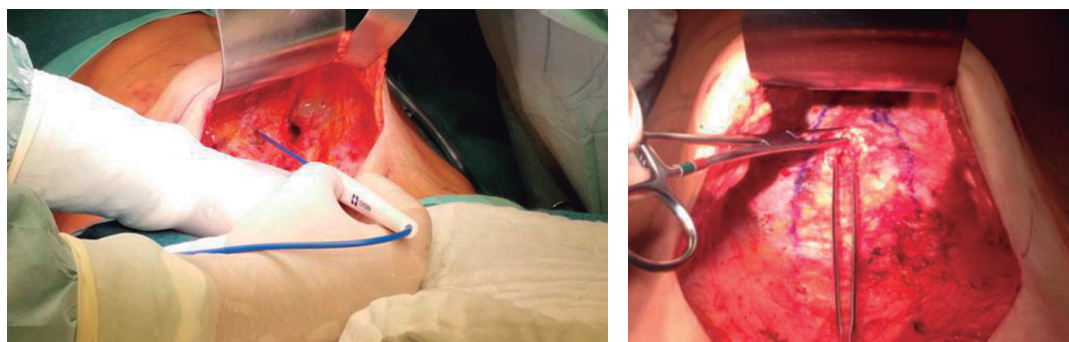


Figura 1. El tallo umbilical se desinserta de la pared abdominal a través de una incisión de miniabdominoplastia (izquierda). Las pinzas de disección exponen el defecto herniario a nivel umbilical, mientras que las pinzas Allis toman el borde superior de la pared abdominal herniada (derecha). Las líneas color violeta demarcan los bordes mediales de los músculos rectos abdominales debido a la presencia de diastasis.

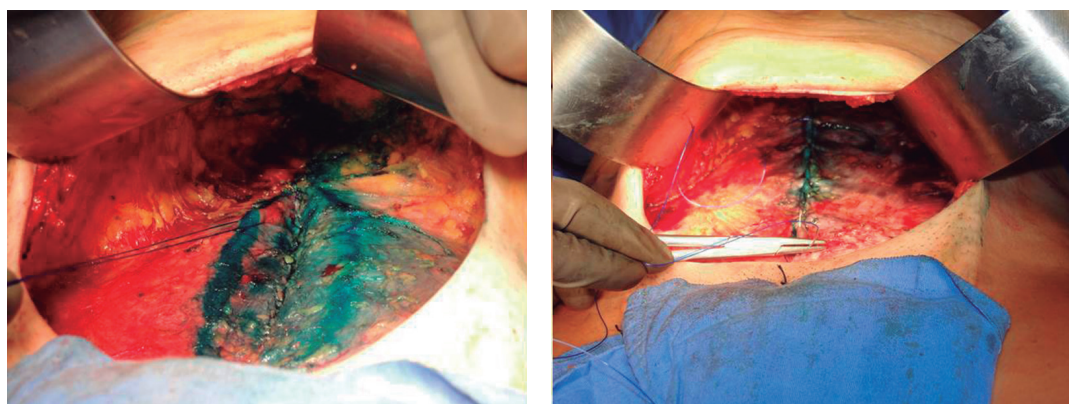
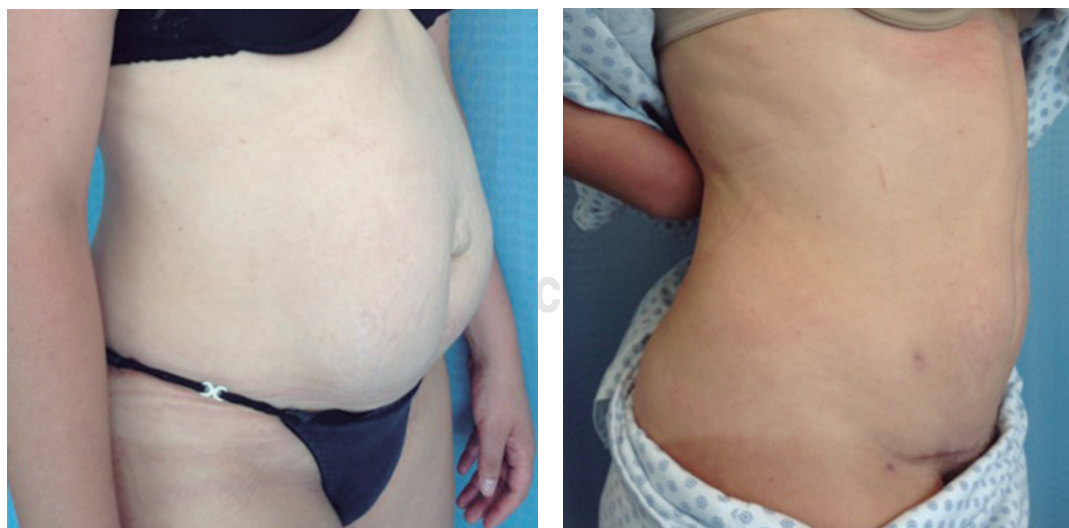


Figura 2. Una elipse azul demarca los bordes mediales de los músculos rectos en una paciente con diastasis (izquierda). Apariencia de la unidad muscular de la pared abdominal al finalizar la plicatura de los músculos rectos abdominales a través de una incisión de mini abdominoplastia (derecha).

Figura 3.

Apariencia antes (izquierda) y seis semanas después de la cirugía (derecha) en una mujer con hernia umbilical, diastasis de músculos rectos, lipodistrofia y dermatocalasia abdominales en quien se ha realizado liposucción, hernioplastia umbilical y abdominoplastia.



regresar a la cavidad abdominal. El defecto umbilical puede entonces cerrarse. Los mejores resultados en términos de menor recurrencia se han observado cuando se refuerza el cierre de una hernia umbilical con una malla sintética;⁴ no obstante, con frecuencia la miniabdominoplastia incluye la realización de una plicatura de músculos rectos abdominales (Figura 2). En algunos reportes,^{5,6} esta maniobra es clínicamente equivalente a la colocación de una malla en el contexto de las hernias no complejas. Después de haber tratado el defecto umbilical, la base del tallo umbilical se reinserta en la superficie aponeurótica de la pared abdominal. En la figura 3 se muestra un caso que ejemplifica este estado nosológico.

Hernia umbilical en paciente candidata a abdominoplastia total

La abdominoplastia total implica la remoción del excedente dermograso existente entre el borde superior del ombligo y el pubis. Dada la realización de una incisión periumbilical que permite remover la piel periférica al ombligo y reposicionar la piel de la mitad superior del abdomen, la desinserción del tallo umbilical

implicaría su sacrificio; de esta forma el defecto herniario se expone desde el interior de la cavidad abdominal. Para ello hay que incidir un pequeño segmento de la línea media hasta ingresar a la cavidad abdominal y liberar el tejido que se ha adherido a los bordes de la hernia (Figura 4). Después de esto se puede cerrar el defecto muscular, incluso cuando existe cierta recomendación para agregar una malla sintética el cierre del defecto en el contexto de las hernias umbilicales en pacientes sometidas a abdominoplastia en forma concomitante, el escenario es distinto, porque con frecuencia se incluye una plicatura de músculos rectos abdominales como parte del procedimiento quirúrgico.⁴ Algunos reportes señalan que en hernias no complejas esta maniobra reduce la frecuencia de recurrencia en la misma magnitud que una malla sintética.^{5,6} Por ello, después de cerrar el defecto herniario se debe cerrar la incisión efectuada en la línea media y posteriormente efectuar la plicatura de los músculos rectos abdominales (Figura 5). La figura 6 muestra un caso con estas condiciones.

Hernia inguinal en paciente sometida a cualquier tipo de abdominoplastia

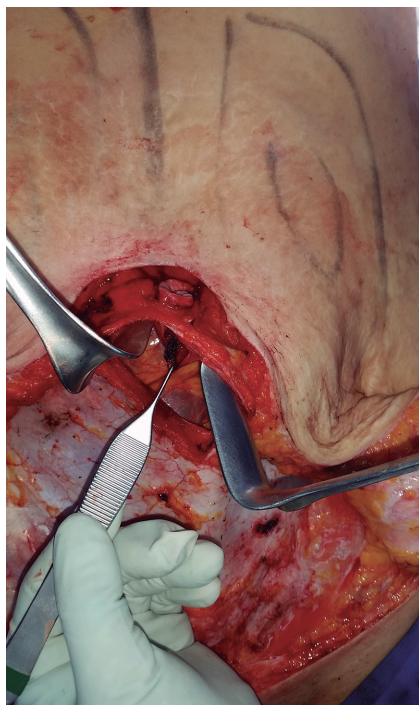
La remoción de la piel redundante tanto en pacientes sometidas a miniabdominoplastia como a abdominoplastia tradicional, implica una exposición amplia de la fascia de los músculos oblicuos externos en la zona del orificio miopectíneo. Así, tras incidir la fascia del músculo externo a la altura del anillo inguinal superficial, se puede exponer el contenido intraabdominal herniado, el ligamento redondo del útero, el defecto herniario y las estructuras adyacentes en las que se ha de fijar una malla sintética (fascia y músculo oblicuo interno, ligamento inguinal, ligamento de Cooper) (Figura 7). Después de tratar el defecto se debe cerrar la incisión en la fascia del músculo oblicuo externo.

Hernia incisional no compleja en paciente sometida a cualquier tipo de abdominoplastia

Independientemente de que la remoción cutánea sea limitada o total, la superficie mioaponeurótica de la pared abdominal que

Figura 4.

Incisión en la línea media de la pared abdominal para acceder a la cavidad abdominal en una mujer con hernia umbilical sometida a abdominoplastia tradicional. Nótese la preservación del ombligo y su vasculatura. El orificio herniario se expone y cierra desde su superficie peritoneal.



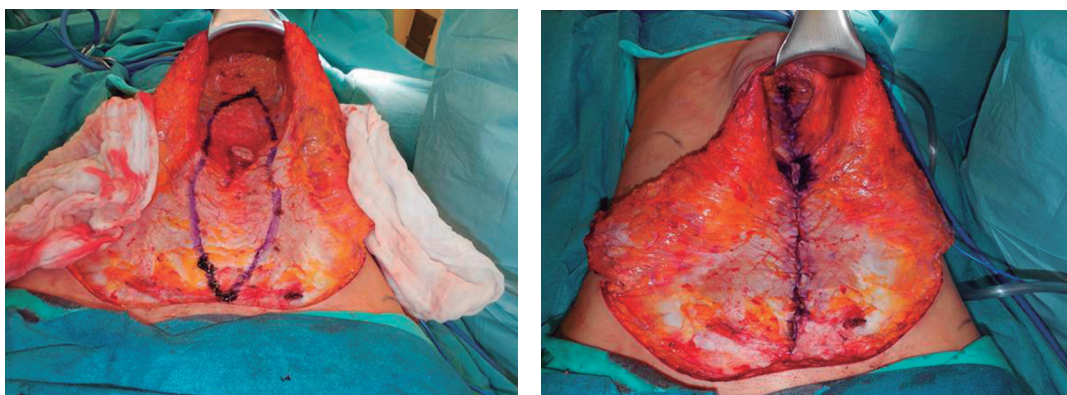


Figura 5. Después de cerrar la hernia umbilical y la incisión de la laparotomía en el extremo inferior al ombligo, se identifican los bordes mediales de los músculos rectos abdominales (marcados en color violeta) que cursan con diastasis (izquierda). Aspecto de la superficie muscular de la pared abdominal después de realizar plicatura de los músculos rectos abdominales (derecha).

Figura 6.

Aspecto antes (izquierda) y tres meses después de la cirugía (derecha) en mujer con hernia umbilical, diastasis de músculos rectos, lipodistrofia y dermatocalasia abdominales, sometida a liposucción, hernioplastia umbilical y abdominoplastia total.

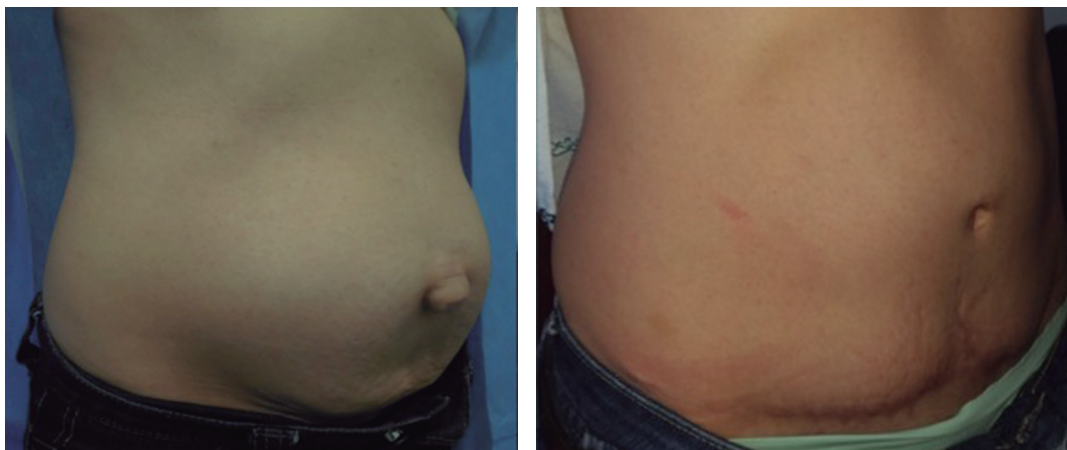
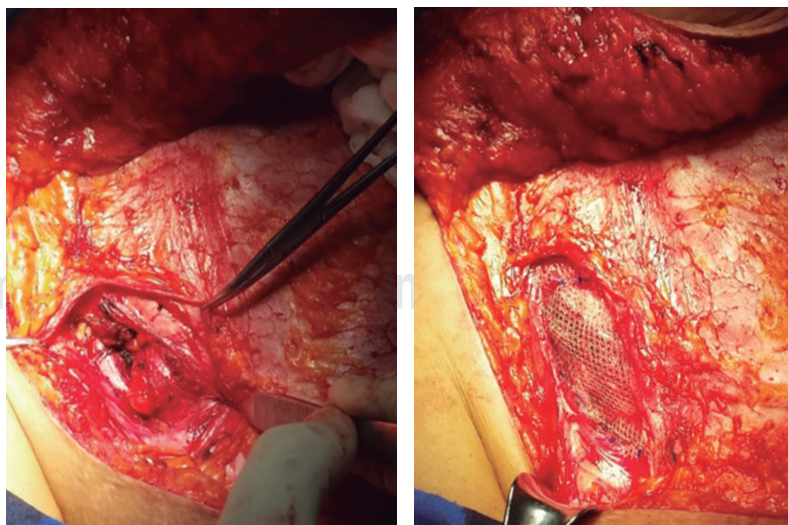


Figura 7.

En el contexto de la abdominoplastia, una incisión transversa baja permite exponer la pared abdominal a nivel inguinal bilateral suprapúbico.



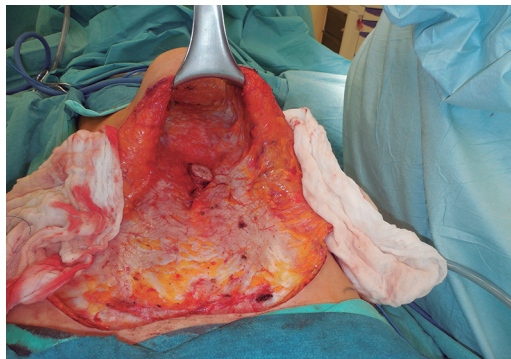


Figura 8. En el contexto de la abdominoplastia, una incisión transversal baja permite exponer toda la pared abdominal anterior

se encuentra desde el apéndice xifoides hasta el pubis, se puede exponer a partir de una incisión transversal baja (Figura 8). Esto permite tener acceso a defectos herniarios incisionales y tratarlos. En este momento se considera que los mejores resultados en términos de morbilidad y recurrencia postoperatoria se obtienen cuando se cierra el defecto por completo y se agrega una malla sintética en una ubicación posterior a la pared abdominal.⁷ En presencia de defectos pequeños no complejos, esto se puede obtener cerrando las vainas posteriores de los músculos rectos abdominales y las fascias transversales, colocando una malla sintética retromuscular cerrando los músculos rectos abdominales y

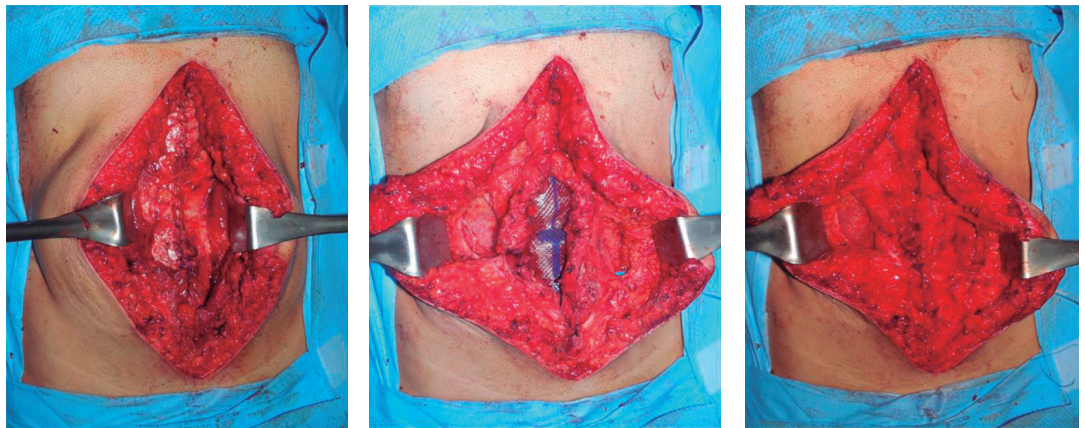
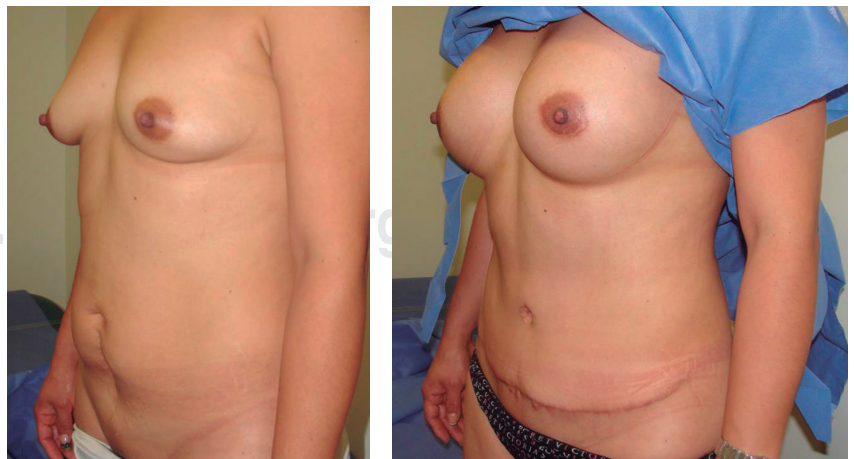


Figura 9. Las vainas posteriores de los músculos rectos han sido aproximadas. Nótese los músculos rectos abdominales siendo retraídos por los separadores (izquierda). Se coloca una malla posterior a los músculos rectos abdominales y anterior a las vainas posteriores ya aproximadas (centro). Los músculos rectos abdominales se aproximan entre sí reconstruyendo la pared abdominal (derecha).

Figura 10.

Aspecto antes (izquierda) y dos meses después de la cirugía (derecha) en mujer con una hernia incisional simple en la mitad inferior del abdomen, dermatocalasia y lipodistrofia abdominales, sometida a hernioplastia incisional, refuerzo con malla retromuscular, liposucción y abdominoplastia. La ropa se descendió para exponer la cicatriz. Nótese también la presencia de implantes mamarios.



sus vainas anteriores, manejo que se conoce como la técnica de Rives-Stoppa (*Figura 9*). Por otra parte, existe evidencia que muestra que la realización de una abdominoplastia tradicional concomitantemente al tratamiento de una hernia incisional se asocia a un riesgo incrementado de complicaciones de la herida, reoperaciones no planeadas y tromboembolia pulmonar, particularmente en pacientes obesas, fumadoras, diabéticas, neumópatas y en el contexto de cirugías contaminadas.^{8,9} Por ello, en el grupo de pacientes que no cursan con estos factores de riesgo existen beneficios en términos funcionales y estéticos de someterse no solamente a una hernioplastia incisional en

forma aislada, sino a reconstrucción de toda la pared abdominal, incluyendo a la unidad dermograsa. La *figura 10* muestra una paciente sometida a abdominoplastia y tratamiento de una hernia incisional no compleja.

Hernia incisional compleja en paciente sometida a cualquier tipo de abdominoplastia

Existen diversas situaciones que indican que una hernia incisional se considere compleja. Algunas de ellas implican escenarios clínicos que no son ideales para la realización de una abdominoplastia, tales como la presencia de contaminación en el campo quirúrgico (infección activa, fístulas, estomas), condiciones personales del paciente (obesidad, desnutrición, neumopatía crónica), o del procedimiento quirúrgico en sí (cirugía de urgencia, necesidad de resección intestinal).¹⁰ No obstante, existen condiciones definitorias de complejidad de una hernia incisional, cuyo tratamiento no implica una limitante para la realización concomitante de abdominoplastia y obtención de resultados adecuados, tales como la dimensión transversa de la hernia igual o mayor a 10 cm, «pérdida de derecho a domicilio» igual o mayor a 20%, hernias en localizaciones laterales (subcostal, flanco lumbar, lumbar), múltiples hernias, necesidad de separación de componentes para cerrar el defecto, historia de infecciones de pared abdominal en el pasado y necesidad de retiro de mallas intraabdominales.¹⁰ Se sabe que en mujeres obesas, fumadoras, diabéticas

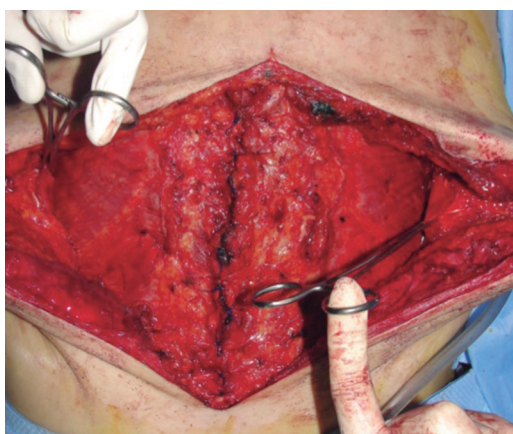
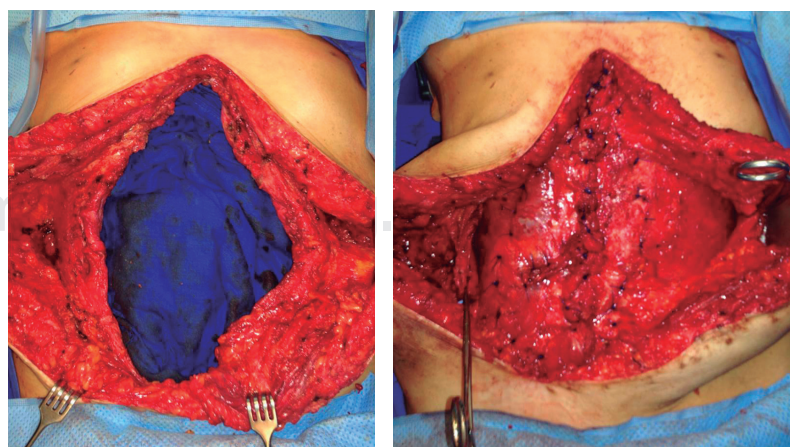


Figura 11. La técnica de separación de componentes implica la desinserción medial y posterior de los músculos oblicuos externos (sujetados con pinzas Allis), así como la separación de las vainas posteriores de los músculos rectos.

Figura 12.

Aspecto de la superficie muscular de la pared abdominal antes (izquierda) e inmediatamente después (derecha) de reconstruir una hernia incisional de 25 × 15 cm con la técnica de separación de componentes.



y neumópatas existe una mayor frecuencia de complicaciones de la herida, reoperaciones no planeadas y tromboembolia pulmonar, cuando concomitantemente se efectúa el tratamiento de una hernia incisional y una abdominoplastia tradicional.^{8,9} Por tanto, en ausencia de estas condiciones y de los escenarios clínicos que de suyo no son propicios para la realización de una abdominoplastia estética, se puede realizar la reconstrucción total de la pared abdominal, dando tratamiento en forma concomitante al defecto muscular y al exceso de piel y grasa subcutánea. En presencia de defectos múltiples de la línea media que son pequeños y en los casos laterales también pequeños, se podrá

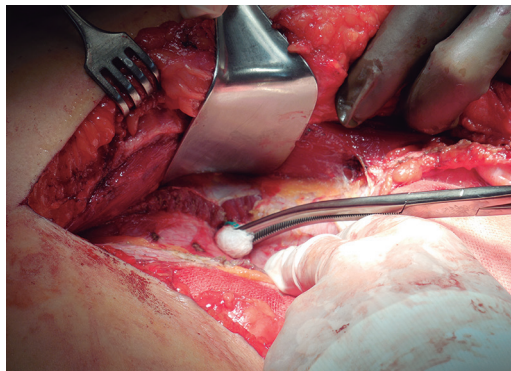
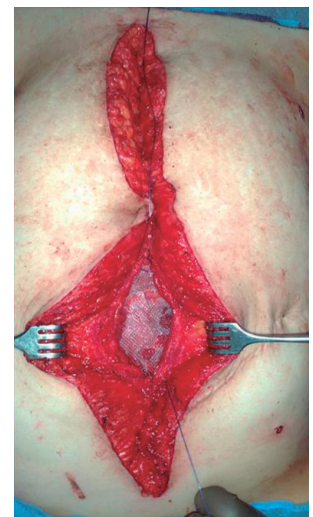
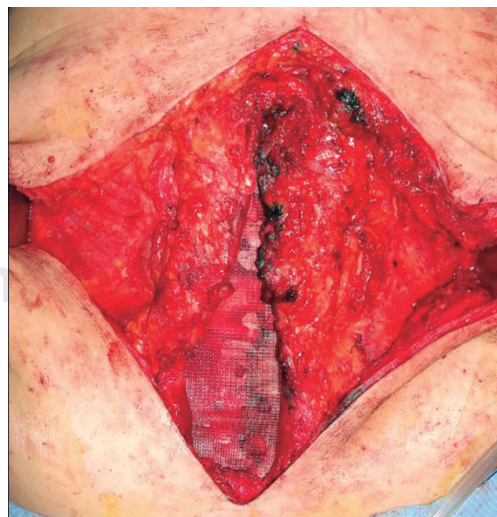


Figura 13. El músculo transverso del abdomen está siendo separado de la fascia transversal con técnica roma. Nótese el músculo recto abdominal siendo retraído con un separador.

efectuar una hernioplastia con cierre de las vainas posteriores de los músculos rectos abdominales y de las fascias transversas, colocación de malla sintética retromuscular y cierre de los músculos rectos abdominales y sus vainas anteriores. No obstante, en los pacientes que cursan con defectos medianos y grandes que no logran cerrarse mediante aproximación de sus bordes después de realizar la disección subcutánea alrededor del defecto, es necesario emplear técnicas adyuvantes que favorezcan el cierre muscular y así dar continuidad mioaponeurótica de la pared abdominal con tejido autólogo bien vascularizado y dinámico. A lo largo de los últimos 25 años, la técnica que más popularidad y reproducibilidad ha mostrado alrededor de todo el mundo es la separación de componentes anterior, descrita por Oscar Ramírez en el Hospital Johns Hopkins.^{7,11} Este procedimiento consiste en separar los músculos oblicuos externos de los músculos rectos abdominales y de los oblicuos internos, así como separar los músculos rectos abdominales de sus vainas posteriores (Figura 11). De esta forma se pueden cerrar defectos de unos 20 cm en el eje transverso de la parte central del abdomen (Figura 12). Al planear este tratamiento completo de los defectos de la pared abdominal, es prudente tomar en cuenta cierto grado de desvascularización que sufre la piel en los pacientes que se someten a este tipo de procedimientos. Recientemente, Yuri Novitsky describió la técnica de separación de compo-

Figura 14.

Colocación de malla posterior en pacientes sometidas a reconstrucción de pared abdominal mediante la técnica anterior de separación de componentes (izquierda) y la técnica posterior mediante liberación de los músculos transversos abdominales (derecha). Las fotografías han captado el momento previo al cierre muscular total para que se aprecie la presencia de las mallas.



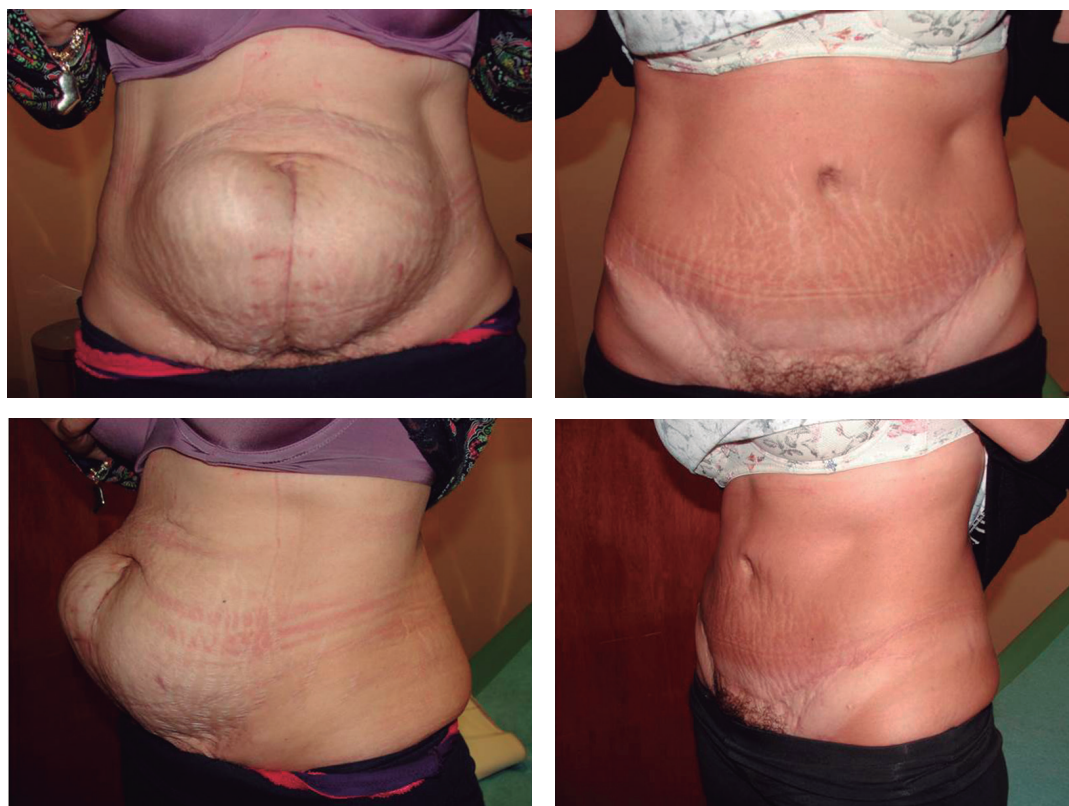


Figura 15. Apariencia antes (izquierda arriba y abajo) y un año después de la cirugía (derecha arriba y abajo) en mujer con hernia incisional compleja en la mitad inferior del abdomen, dermatocalasia y lipodistrofia abdominales, a quien se le reconstruyó la pared abdominal con la técnica de separación de componentes, refuerzo con malla posterior y abdominoplastia.

nentes posterior mediante la liberación de los músculos transversos abdominales (TAR-por sus siglas en inglés), que tiene por objeto movilizar medialmente los músculos de la pared abdominal sin realizar disecciones subcutáneas (Figura 13).¹² En términos de recurrencia de la hernia, los mejores resultados ocurren cuando además de cerrar el defecto muscular se coloca una malla sintética en localización posterior a la pared abdominal.^{7,13} Dependiendo de las dimensiones del defecto, del tipo de separación de componentes empleado y de la disponibilidad de materiales protésicos, esta malla se puede colocar en forma retromuscular o intraabdominal (Figura 14). La figura 15 muestra un caso en el que se ha efectuado concomitantemente una reconstrucción total de pared abdominal con colocación de malla sintética intraabdominal, cierre muscular mediante separación de componentes y abdominoplastia total.

REFERENCIAS

1. Park AE, Roth JS, Kavic SM. Abdominal wall hernia. *Curr Probl Surg.* 2006; 46: 326-375.
2. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle GT. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep.* 2011; 2: 5.
3. Kulhanek J, Mestak O. Treatment of umbilical hernia and recti muscles diastasis without a periumbilical incision. *Hernia.* 2013; 17: 527-530.
4. Christoffersen MW, Heigstrand F, Rosenberg J, Kehlet H, Bisgaard T. Lower reoperation rate for recurrence after mesh versus sutured elective repair in small umbilical and epigastric hernias: a nationwide register study. *World J Surg.* 2013; 37: 2548-2552.
5. Espinosa-de-los-Monteros A, De la Torre JJ, Ahumada LA et al. Reconstruction of the abdominal wall for incisional hernia repair. *Am J Surg.* 2006; 191: 173-177.
6. Borud LJ, Grunwaldt L, Janz B et al. Components separation combined with abdominal wall plication for repair of large abdominal wall hernias following bariatric surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 119: 1792-1798.
7. Breuing K, Butler CE, Ferzoco S et al. Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations

- regarding the grading and technique of repair. *Surgery*. 2010; 148: 544-558.
8. Fischer JP, Tuggle CT, Wes AM, Kovach SJ. Concurrent panniculectomy with open ventral hernia repair has added risk versus ventral hernia repair: an analysis of the ACS-NSQIP database. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014; 67: 693-701.
 9. Fischer JP, Basta MN, Wink JD, Wes AM, Kovach SJ. Optimizing patient selection in ventral hernia repair with concurrent panniculectomy: an analysis of 1,974 patients from the ACS-NSQIP datasets. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014; 67:1532-1540.
 10. Slater NJ, Montgomery A, Berrevoet F et al. Criteria for definition of a complex abdominal wall hernia. *Hernia*. 2014; 18: 7-17.
 11. Ramirez OM, Ruas E, Dellon AL. "Components separation" method for closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plast Reconstr Surg*. 1990; 86: 519-526.
 12. Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am J Surg*. 2012; 204: 709-716.
 13. Albino FP, Patel KM, Nahabedian MY, Sosin M, Attinger CE, Bhanot P. Does mesh location matter in abdominal wall reconstruction?: a systematic review of the literature and a summary of recommendations. *Plast Reconstr Surg*. 2013; 132: 1295-1304.

Correspondencia:

Dr. Antonio Espinosa-de-los-Monteros

Vasco de Quiroga Núm. 15,

Colonia Sección 16, 14000,

Tlalpan, Ciudad de México.

Tel: 54870900, ext. 2133

E-mail: aedlms@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx