

HERNIAS EPIGÁSTRICAS RECIDIVANTES. ¿MANEJO IDEAL O SUGERIDO?¹

EPIGASTRIC RECURRENT HERNIAS. IDEAL OR SUGGESTED MANAGEMENT?

² Nayib Zurita.

³ Caterin Arévalo.

Resumen

La hernia incisional, es un defecto que aparece en una herida quirúrgica previa. Ha afectado a la salud, en cuanto al aumento de la limitación laboral y el incremento de los costos médico - quirúrgicos. Con la introducción de los nuevos materiales protésicos, se han revolucionado los conceptos del cierre de hernias de la pared abdominal, observando el advenimiento de diferentes tipos de reparaciones.

El reporte de un caso corresponde a un paciente, de género masculino, con diagnóstico de hernias epigástricas recidivantes y antecedente de alergia al Látex, en quien se reparó el defecto con separación de componentes, disecando todo el espacio subfacial y preperitoneal, de manera roma, para lograr la colocación de una malla de baja densidad, con total cobertura del

Abstract

The incisional hernia is a defect that appears in a previous surgical wound. It has affected health, in terms of increased employment limitation and medical and surgical costs. The introduction of the new prosthetic materials have revolutionized the closure management of the abdominal wall hernias observing the emergence of different types of repairs.

The report of a case is a male patient diagnosed with recurrent epigastric hernias and history of latex allergy, in whom the defect was repaired with separation component technique, dissecting all the preperitoneal and subfacial space, blunting for placing a low density mesh, with full coverage of the space from the epigastrium to the umbilicus. The patient had no intraoperative or postoperative complications. In a

Recibido el 20/03/2014

Aprobado el 23/05/2014

1. Artículo de caso realizado en el Departamento de Cirugía, Clínica Cartagena del Mar, Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia.

2. Médico Cirujano; Profesor Asistente, Departamento de Cirugía, Clínica Cartagena del Mar, Universidad del Sinú, Cartagena de

3. Médico, Residente Departamento de Cirugía, Clínica Cartagena del Mar, Universidad del Sinú, Cartagena de Indias, Colombia. cate-90@hotmail.com

espacio, desde el epigastrio hasta el ombligo. El paciente no presentó complicaciones intra ni postoperatorias. En un seguimiento a corto plazo, no se observó recidiva. Las características clínicas y patológicas de este reporte, son discutidas y comparadas con las descritas en la literatura médica consultada.

Palabras Clave: Hernia ventral, mallas quirúrgicas, pared abdominal.

short follow-up, no recurrence was observed. The clinical and pathological features of this report are discussed and compared with those described in the medical literature.

Key Words: Ventral Hernia, surgical mesh, abdominal wall.

INTRODUCCIÓN

La reparación de la pared abdominal es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados por el Cirujano General. Con la utilización de las técnicas de libre tensión en el reparo de las hernias y la colocación de mallas quirúrgicas de baja densidad, actualmente se están obteniendo mejores resultados en la recuperación, la estética y la disminución de las recidivas en los pacientes.

Múltiples estudios, han demostrado las ventajas y desventajas sobre los métodos convencionales usados tales como las reparaciones con prótesis supra e infra-aponeuróticas; por eso, el objetivo de este trabajo es comunicar, con base en nuestra experiencia, el resultado de un paciente con unas hernias epigástricas recidivantes, que fue sometido a una reparación con técnica abierta infra-aponeurótica con malla parcialmente absorbible, de baja densidad y disección digital de todo el espacio preperitoneal en la línea media subaponeurótica, con el fin de reformarla totalmente, sin abrir el peritoneo e incluyendo los dos defectos con la misma, y asimismo, hacer la revisión de la literatura respectiva.

Reporte de caso

Se presenta el caso de un paciente de 42 años, sexo masculino, que asiste a la consulta externa del Servicio de Cirugía General, por un cuadro clínico de larga evolución, consistente en la aparición de dos masas

en la línea media abdominal en la región epigástrica. Como antecedentes de importancia médicos, es alérgico al látex, y quirúrgicos, fue sometido a dos herniorrafias epigástricas realizadas 10 años atrás en otra Institución. Aproximadamente hace 3 años presentó recidiva de las hernias, con un cuadro clínico consistente en dolor exacerbado con el movimiento y el ejercicio físico, el cual cedía levemente con la administración de analgésicos comunes, sin otros síntomas asociados. Al examen físico se evidencian dos masas de localización superior en epigastrio, dolorosas a la palpación, sin secreciones ni otras características perilesionales, además se observan cicatrices lineales (verticales) superiores al defecto.

Con el diagnóstico prequirúrgico de hernias epigástricas recidivantes, la realización previa de exámenes prequirúrgicos, valoración anestésica normal y la utilización de guantes de Nitrilo, se le realizaron eventrorrafias y colocación de material quirúrgico protésico. El procedimiento se realizó sin complicaciones y la condición clínica al egreso fue satisfactoria, sin déficit sensitivo ni secuelas funcionales, con corrección de los defectos y mejoría del cuadro clínico. Se cita nuevamente a consulta externa donde se evidencia herida quirúrgica en fase de cicatrización normal (Figura 1).

Las características clínicas de este caso son discutidas y comparadas con las reportadas en la literatura médica consultada.



Figura 1. Vista frontal, con el paciente en posición decúbito supino, obsérvense las modificaciones horizontales en la línea media de las heridas quirúrgicas. (flecha). Adecuado efecto estético, paciente atlético, con perfecta delimitación de todos los grupos musculares.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La hernia incisional se define como un defecto que ocurre a través de una herida quirúrgica (1). De acuerdo a la literatura, sobrevienen con mayor frecuencia entre la quinta y sexta década de la vida más en mujeres que en hombres con una proporción de 2.4:1 (2).

Material y Método

En este paciente se utilizó un tipo de malla VYPRO II® (ETHICON, Johnson y Johnson), PVM2N3 Incolora/Violeta, multifilamento, de baja densidad, parcialmente absorbible, compuesta de Prolipropileno (PROLENE) y Poliglactina 910 (VICRYL) de 15x10 centímetros.

La particularidad del material, es la fácil manipulación, corte y colocación, asimismo, tiene una flexibilidad multidireccional y permanente estabilidad. Según estudios comparativos con otras mallas quirúrgicas, se ha obtenido una respuesta de reacción de cuerpo extraño menor del 60%. Además, con la integración de sus dos componentes, anteriormente descritos, tiene una característica parcialmente absorbible que le permite mejorar las adherencias por la disminución de la formación de tejido fibrótico en el tejido conectivo de la herida (3).

Técnica Quirúrgica

El tratamiento de la hernia epigástrica recidivante es quirúrgico y consiste en la realización de una eventrorrafia con la colocación de una prótesis. La técnica quirúrgica depende del cirujano, en este reporte, el paciente es colocado en posición supina. Se emplearon incisiones abiertas preperitoneales transversales, sobre las cicatrices que recubrían los defectos anteriores, se atraviesan capas de pared abdominal, procediéndose a la liberación de todas las adherencias y una vez identificados los sacos hemiarios, se miden los defectos para estimar el tamaño necesario de la malla.

Asimismo, se realizaron colgajos superiores e inferiores, con la finalidad de permitir un adecuada utilización de la malla con las características descritas, se coloca completa, desde la apófisis xifoides hasta el ombligo, del ancho del túnel realizado, la cual se ancla al cerrar los dos defectos con sutura absorbible en dos planos.

Posteriormente se hace la disección de los sacos herniarios con liberación adecuada y reducción de los bordes, se lleva a cabo una disección digital roma de todo el espacio preperitoneal y subfascial. En nuestra técnica, se realizó resección en forma transversa de las cicatrices anteriores, lo que permitió trabajar con mayor facilidad en el sentido de las fibras de la fascia y el entrecruzamiento de las mismas, garantizando un resultado estético favorable.

La malla (Figura 2) no es la del tamaño de la imagen, puesto que la que se utilizó fue más grande y del tamaño completo. Esto, con el fin de prevenir la aparición de más defectos herniarios en la línea media, reforzándola desde el ombligo hasta la apófisis xifoides. (Figuras 3 y 4).



Figura 2. Fotografía defectos herniarios. Se colocó una malla completa, desde el epigastrio hasta el ombligo, del ancho del túnel realizado, la cual se ancló al cerrar en dos planos los dos defectos (flechas).

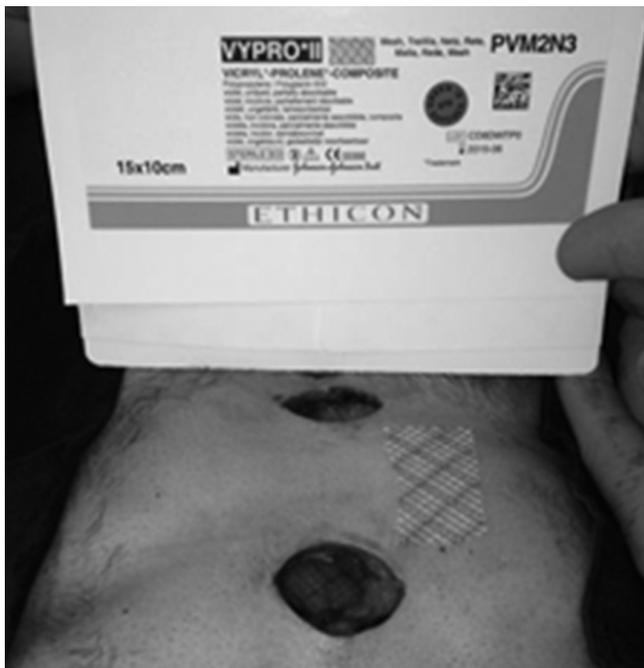


Figura 3. Fotografía de malla de baja densidad. VYPRO II® (ETHICON, Johnson y Johnson).

Lo anterior fue posible, mediante la técnica de separación de los componentes, la cual consiste en separar la hoja fascial posterior de los rectos del propio músculo. Luego, se introduce la malla al espacio preperitoneal, subfascial, previamente disecado, sin abrir el peritoneo. (Figura 4 y 5). Finalmente, se cierra la piel con puntos intradérmicos con sutura reabsorbible.



Figura 4. Esquema de la instalación y posicionamiento de la malla en relación a su posición preperitoneal y subfascial y la fijación al mismo tiempo que cerramos los defectos de las hernias recidivantes.

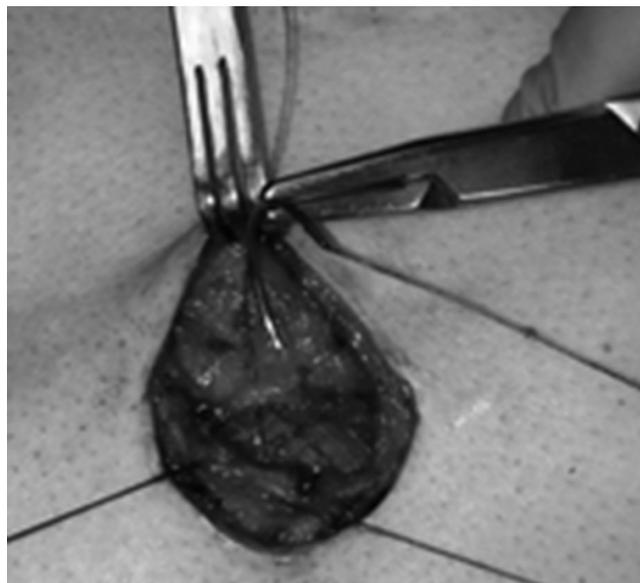


Figura 5. Técnica de separación de componentes y puntos con Vicryl® cerrando el defecto de la fascia.

DISCUSIÓN

La hernia incisional es una protrusión a través de una cicatriz quirúrgica y es una complicación grave de la cirugía abdominal. Se produce en el 11% al 23% de las laparotomías, se expande con el tiempo y puede causar complicaciones graves como dolor, obstrucción intestinal, encarceración o estrangulación y fístula enterocutánea. Además, la calidad de vida y las limitaciones laborales se reducen en estos pacientes (4).

Las hernias incisionales son causadas por el fracaso de cierre de la pared del abdomen después de una cirugía abdominal (5), el incremento de la dehiscencia de la herida en este tipo de defectos, influye en la elección del cirujano para hacer incisiones transversales, pudiendo realizarse mediante la técnica laparoscópica o abierta; en la cual, para una revisión de Cochrane no se encontraron diferencias entre el riesgo de hernia incisional al comparar incisiones de la línea media con incisiones transversales (6). Además, la cirugía abierta, también genera la posibilidad de elegir entre la realización de una hernioplastia simple o una técnica descrita por Ramirez et, al., basada en la separación anatómica de los componentes, expandiendo la superficie de la pared abdominal y separando y ascendiendo las capas musculares, permitiendo así, la reconstrucción de la pared abdominal central (7) o la reparación con malla mediante técnicas supra o infra-aponeuróticas (8).

Usualmente, el tratamiento de una hernia de la incisión permite el tiempo para una buena preparación

de la cirugía; se puede establecer la conveniencia de usar reparos protésicos insertados a través de la pared muscular abdominal, para lograr una curación adecuada de la hernias diagnosticada (9). Sin embargo, por el rápido aumento de la variedad de mallas disponibles, seleccionar una puede ser un trabajo difícil (10), sin olvidar que las tasas de recurrencia después de este tipo de reparaciones pueden ser hasta de 32 % (11) y que están condicionadas, no sólo por las enfermedades concomitantes, sino por la tensión en el cierre, que debe ser evitada o liberada por los cirujanos (12). En un estudio publicado en la *British Journal of Surgery*, se compararon dos tipos de materiales protésicos para reparar los defectos herniarios, la malla estándar y la malla de baja densidad; se encontró menor recurrencia cuando se utilizaba la malla de baja densidad (13).

Respecto a la formación de fibrosis por la colocación de material protésico, en otro estudio en ratas sobre la reparación de hernias con malla Vypro II®, se comprobó que inicialmente aumentaba la reacción fibrótica e inflamatoria; sin embargo, hacia el día 112 después de la implantación completa de la malla, la fibrosis desaparecía y era menos evidente que, incluso, en los experimentos de control (14).

Además, en otros estudios de asignación aleatoria, se encontró que con este tipo de malla se reduce la sensación de cuerpo extraño (15). Por otra parte, Schmidbauer, et al., revisaron el uso de la técnica abierta para reparar hernias de la incisión, sin encontrar evidencias clínicas ni experimentales de mayores tasas de recurrencias ni de más complicaciones (16).

CONCLUSIÓN

El manejo de las hernias de la incisión es quirúrgico. De acuerdo con los diferentes estudios revisados con base en comparaciones entre los tipos de materiales y su localización, la disminución de recurrencia de las hernias y la formación de tejido fibrótico en la herida, permiten demostrar que la colocación de malla parcialmente absorbible mediante la técnica de separación subfascial de componentes, es una buena alternativa en el manejo definitivo de este tipo de alteraciones.

Finalmente, se demuestra que, en casos de hernias en la línea media, recidivantes o no y con gran debilidad muscular, se puede colocar una malla de baja densidad, aplicando los conceptos de incisiones estéticas y creaciones de conductos en formas de túneles subfasciales preperitoneales, con lo cual se logra una pronta recuperación y una excelente evolución del paciente, sin complicaciones.

REFERENCIAS

1. Köhler L, Sauerland S. [Mesh implantation in onlay- or sublay- technique for closure of median ventral hernias: first results of a randomized clinical trial]. Póster presentado en el Congreso de la Asociación Quirúrgica Alemana. Alemania. 2005: Mar 8.
2. Liakakos T, Karanikas I. Use of marlex mesh in recurrent incisional hernia. *Br J Surg*. 1994;81:248-9.
3. Ethicon. Tissue reinforcement solutions. Livingston : Johnson & Johnson Medical Limited; 2008.
4. Cassar K. Surgical treatment of incisional hernia. *Br J Surg*. 2002;89:534-45.
5. Drenaje de la herida después de la reparación de la hernia incisional (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 12. Art. No.: CD005570. DOI: 10.1002/14651858.CD005570.
6. Brown SR. Transverse versus midline incisions for abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;4: 9-11..
7. Shestak KC, Johnson RR. The separation of anatomic components technique for the reconstruction of massive midline abdominal wall defects: Anatomy, surgical technique, applications, and limitations revisited. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:731-8.
8. Korenkov M, Sauerland S, Neugebauer E, Arndt M, Chevrel JP, Corcione F, et al. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an experts' meeting. *Langenbeck's Arch Surg*. 2001;386:65-73.
9. Stoppa RE. The treatment of complicated groin and incisional hernias. *World J Surg*. 1989;13:545-54.
10. Brown CN. Which mesh for hernia repair? *Ann R Coll Surg Engl*. 2010;92:272-8.
11. Burger JWA, Halm JA, Kleinrensink GJ, Jeekel J. Incisional hernia: Early complication of abdominal surgery. *World J Surg*. 2005;29:1608-13.
12. Carbonell FT, García PP, Gómez CI, Baquero VR. Nuevo método de operar en la eventración compleja: separación anatómica de componentes con prótesis y nuevas inserciones musculares. *Cirug Esp*. 2009; 87-93.

13. Conze J, Flament JB, Simmermacher R, Arlt G, Langer C, Schippers E, et al. Randomized clinical trial comparing lightweight composite mesh with polyester or polypropylene mesh for incisional hernia repair. *Br J Surg*. 2005;92:1488-93.
14. Rosch R, Quester R, Klinge U, Klosterhalfen B, Schumpelick V. Vypro II mesh in hernia repair: Impact of polyglactin on long-term incorporation in rats. *Eur Surg Res*. 2003;35:445-50.
15. Gao M, Tian J, Yang K. Vypro II mesh for inguinal hernia repair: A meta analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg*. 2010; 251 :838-42.
16. Trupka AW, Hallfeldt KK, Schmidbauer S, [Management of complicated incisional hernias with underlay-technique implanted polypropylene mesh. An effective technique in French hernia surgery]. *Chirurg*. 1998 Jul; 69(7):766-72.