



## CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)


## Revisión de conjunto

# Profilaxis de la hernia incisional y utilización de mallas. Revisión narrativa

Pilar Hernández-Granados<sup>a,b,\*</sup>, Manuel López-Cano<sup>b,c</sup>, Salvador Morales-Conde<sup>d,e</sup>, Filip Muysoms<sup>f</sup>, Josep García-Alamino<sup>g</sup> y José Antonio Pereira-Rodríguez<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>b</sup>Sección de Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos, España

<sup>c</sup>Unidad de Pared Abdominal, Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>d</sup>Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>e</sup>Secretaría General, European Hernia Society

<sup>f</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Maria Middelaes, Ghent, Bélgica

<sup>g</sup>Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, Reino Unido

<sup>h</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva, Parc de Salut Mar, Hospital del Mar. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 27 de agosto de 2017

Aceptado el 8 de enero de 2018

On-line el xxx

## Palabras clave:

Hernia incisional

Eventración

Prevención

Profilaxis

Prótesis

Malla profiláctica

## RESUMEN

La hernia incisional es una patología muy común cuya incidencia se estima en torno al 15-20% de todas las laparotomías. La evisceración es otro problema importante, con una incidencia menor (2,5-3%) pero con graves consecuencias para el paciente. Por todo ello, la prevención de ambas complicaciones surge como un objetivo fundamental para el tratamiento correcto de los pacientes, por la mejora de la calidad de vida y por el ahorro de costes que supondría.

Esta revisión narrativa pretende realizar una puesta al día en la prevención de la hernia incisional y la evisceración. Se analizan los criterios actuales para el cierre correcto de la pared abdominal, seguido de la posibilidad de añadir refuerzos protésicos en aquellos pacientes o casos que así lo requieran. Eventraciones especiales, como las originadas tras la inserción de trócares de laparoscopia o las secundarias a la realización de un estoma, se incluyen también en este trabajo.

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pilar.mphernandez@gmail.com](mailto:pilar.mphernandez@gmail.com) (P. Hernández-Granados).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.01.003>

0009-739X/© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Incisional hernia prevention and use of mesh. A narrative review

### ABSTRACT

#### Keywords:

Incisional hernia  
Eventration  
Prevention  
Prophylaxis  
Prosthesis  
Prophylactic mesh

Incisional hernias are a very common problem, with an estimated incidence around 15-20% of all laparotomies. Evisceration is another important problem, with a lower rate (2.5-3%) but severe consequences for patients. Prevention of both complications is an essential objective of correct patient treatment due to the improved quality of life and cost savings.

This narrative review intends to provide an update on incisional hernia and evisceration prevention. We analyze the current criteria for proper abdominal wall closure and the possibility to add prosthetic reinforcement in certain cases requiring it. Parastomal, trocar-site hernias and hernias developed after stoma closure are included in this review.

© 2018 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La hernia incisional (HI) es una de las patologías más comunes que se intervienen en un Servicio de Cirugía General. La incidencia de HI se sitúa en torno al 15-20%, pudiendo llegar al 50% en algunos contextos<sup>1</sup>. Esto supone un gran número de pacientes a tratar, con el elevado consumo de recursos correspondiente. Por ejemplo, en Estados Unidos se realizan dos millones de laparotomías cada año<sup>2</sup>, y se intervienen más de 100.000 hernias incisionales. Además, un porcentaje no despreciable pueden presentar complicaciones graves, como la encarceración, la estrangulación o la obstrucción intestinal que precisarán cirugía urgente. La evisceración es otro problema grave que puede surgir tras una laparotomía, con una incidencia aproximada del 2,5-3%<sup>3</sup> pero con una mortalidad del 45% y una morbilidad elevadísima, cercana al 75%.

Todas las incisiones que se realizan para acceder a la cavidad abdominal, ya sean laparotomías medias o incisiones de introducción de trócares en los abordajes laparoscópicos, pueden potencialmente desarrollar una HI. Además, existen unos factores de riesgo bien conocidos<sup>4</sup> que aumentan las posibilidades de que el paciente presente una HI, como son la obesidad, la cirugía urgente, el tabaquismo, los aneurismas de aorta abdominal o la aparición de infección de herida postoperatoria. Por todo ello, la prevención del desarrollo de la HI surge como un objetivo fundamental para el tratamiento correcto de los pacientes, por la mejora de la calidad de vida y por el ahorro de costes que supondría.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión narrativa de la prevención de la HI y de la evisceración. Primero se describen los aspectos relacionados con el cierre correcto de la pared abdominal seguido de la posibilidad de añadir refuerzos protésicos en aquellos pacientes o casos que así lo requieran. Eventraciones especiales, como las originadas tras la inserción de trócares de laparoscopia o las secundarias a la realización de un estoma, están también contempladas en este trabajo.

## Cierre correcto de la pared abdominal

La tasa de HI en una laparotomía media se estima en torno al 15-20% (50% en algunos grupos de riesgo) y la tasa de

evisceración en torno al 3%, por lo que supone un problema de primera magnitud<sup>1,3</sup>. En los últimos 20 años se han publicado estudios clínicos, experimentales y metaanálisis para determinar cuáles eran los mejores materiales y métodos para el cierre de la pared abdominal<sup>1,5</sup>.

Las recomendaciones elaboradas a partir de estos estudios establecían que el cierre correcto debía realizarse con sutura continua, en un solo plano y con material de absorción lenta<sup>1,5</sup>. Además, otros estudios clínicos y experimentales<sup>6,7</sup> han demostrado que para mayor efectividad de una sutura continua esta se debe realizar con una relación longitud de la sutura/longitud de la incisión (LS/LI) de 4:1 o superior, tal y como describió Jenkins<sup>6</sup> y que se conoce en la literatura como «regla 4:1».

La relación LS/LI menor de 4:1 se ha mostrado como uno de los principales factores técnicos asociados a la aparición de HI, e incluso algunos autores recomiendan rehacer la sutura si no se cumple la proporción sutura/incisión adecuada<sup>7,8</sup>. Esta «regla» es sencilla de aplicar: solo se necesita una cinta métrica y unos cálculos muy simples<sup>8</sup>.

La siguiente evolución en el cierre de pared abdominal fue el cambio del calibre de la sutura y de la distancia entre sí de los puntos. En los estudios previos el cierre se realizaba con suturas de calibre grueso (0/1), separando los puntos entre sí 1 cm y con una distancia al borde aponeurótico también de 1 cm (llamada técnica de puntos o «bocados grandes» (*large stitches* o *large bites*), consiguiendo de esta manera la relación LS/LI mayor de 4:1<sup>7</sup>. El grupo de Israelsson describe la realización del cierre con puntos más pequeños, separados entre sí 5 mm y con una distancia al borde de 5-8 mm, empleando un calibre de sutura menor (2/0) con aguja pequeña<sup>9</sup>. Con este cambio se asegura la consecución de la relación 4:1 o superior, y además se demuestra una menor incidencia de HI y una menor tasa de infección de herida que con la técnica de puntos grandes<sup>9</sup>. Esta técnica se ha denominado de «puntos pequeños» (*short stitches*) o de «pequeños bocados» (*small bites*).

Los resultados de este primer estudio<sup>9</sup> se han confirmado en el ensayo STITCH<sup>10</sup>, en el que se compara el cierre con polidioxanona de lazo (*loop*) de calibre 1 montado en aguja de 48 mm, usando la técnica de puntos grandes, con polidioxanona de calibre 2/0 montada en aguja de 31 mm siguiendo la técnica de puntos pequeños, encontrando una tasa significativamente menor de HI con esta última.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8826367>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8826367>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)