

REVISTA DE REVISTAS

R
R

MANEJO QUIRÚRGICO EN UNA ETAPA DE LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL EN CAMPOS CONTAMINADOS

Alaedeem, D.L. et al. *University Hospitals of Cleveland, USA. Hernia 2007; 11: 41-45.*

La hernia ventral o incisional se presenta en hasta un 20% de las laparotomías. El uso de prótesis ha revolucionado el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, reduciendo los porcentajes de recurrencia en alrededor de un 50%. Una gran mayoría de los cirujanos piensa que la presencia de contaminación contraindica el uso de prótesis permanentes. Luego de la extracción del material infectado o el tratamiento de las fístulas, el cirujano a menudo se encuentra con un gran defecto de la pared que no se puede cerrar en forma primaria. Algunos autores recomiendan el cierre en varias etapas, lo que puede llevar de 6 meses a un año; esto puede significar una mayor morbilidad y mayor costo hasta que se logre el cierre definitivo. El tratamiento quirúrgico de grandes hernias ventrales en terreno contaminado es un verdadero desafío para el cirujano.

El trabajo que se presenta se refiere a una revisión de la experiencia del Departamento de Cirugía, División de Cirugía General, Hospitales Universitarios de Cleveland, USA, en el tratamiento en una etapa, de hernias ventrales complejas, en condiciones de contaminación.

Método. Se revisó en forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes a quienes se les realizó reparación de hernia ventral con campo quirúrgico contaminado. Los detalles del estudio incluyeron: bases demográficas, técnica quirúrgica, morbilidad postoperatoria, mortalidad y recurrencia.

Resultados. Entre Diciembre de 1999 y Enero de 2006, se pesquisaron 19 pacientes con reparación de hernias ventrales en campos contaminados, 13 mujeres y 6 hombres, con una edad promedio de 61 años (40-82), ASA 3.2 (2-4), IMC de 34 kg/m² (20 a 65). Catorce pacientes tenían mallas por operaciones previas: Prolene (9), Composix (3), Goretex (1) y Alloderm (1). Causas de contaminación: infección relacionada con la malla (14), fístula enterocutánea (7), resección intestinal concomitan-

te (8), herida dehisciente crónica (2) y fasciitis necrotizante (1). Las operaciones realizadas incluyeron: reparación primaria (3), separación de los componentes sin refuerzo (2), y con refuerzo protésico (9).

En cinco pacientes la fascia no se pudo aproximar en la línea media y el defecto se cerró con malla de Surgisis (1), Marlex (1), Polipropileno liviano ubicado en el espacio retromuscular (1) y Alloderm (2). Tiempo operatorio promedio fue de 260 minutos (90 a 600 minutos). En nueve pacientes (47%), se presentaron doce complicaciones: Infección de la herida operatoria (6), falla respiratoria (1), íleo (2), hemorragia postoperatoria (1), falla renal (1) y fibrilación auricular (1). Un paciente en esta serie murió, presentó una fasciitis necrotizante, IMC de 65 kg/m², portaba severas comorbilidades cardíacas y respiratorias, y falleció 4 meses después de la reparación de su hernia. Durante el seguimiento de rutina, se detectaron dos recurrencias, mediante examen físico.

El manejo inicial de estos pacientes debe consistir en un adecuado control de la contaminación y corrección del déficit nutricional; una vez estabilizado el paciente, se explora y se reseca todo el material infectado, el defecto resultante de la pared se aproxima utilizando el método de separación de los componentes de la pared e implante de mallas biológicas.

Conclusiones. Este estudio muestra que en pacientes de tan alto riesgo, el tratamiento quirúrgico en una etapa de las hernias ventrales, en campo contaminado, se puede llevar a cabo con un bajo índice de recurrencia y aceptables niveles de morbilidad.

Comentario. Frente al problema de tener una hernia incisional complicada, contaminada, el cirujano podría optar por la reparación con malla cuando la pared no se puede cerrar en forma primaria. La clave estaría en elegir la malla adecuada.

Dr. Jorge Bezama M.¹

¹Departamento de Cirugía
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santiago, Chile



RESULTADOS PRECOCES DEL USO DE LA REPARACIÓN DE LICHTENSTEIN EN EL MANEJO DE LA HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA.

Bessa, S.S. et al. Department of General Surgery, Faculty of Medicine. University of Alexandria, Egypt. Hernia 2007; 11: 239-242.

Introducción. El uso de reparaciones con prótesis, en el manejo de hernias estranguladas ha sido muy limitado, debido al temor de una mayor incidencia de complicaciones, especialmente aquellas relacionadas con la presencia de la malla. La razón de este estudio fue determinar si el uso de la reparación de Lichtenstein en el manejo de hernias inguinales estranguladas, se asoció o no con un mayor índice de infección de la herida o complicaciones relacionadas con la malla, comparado con pacientes operados con la misma técnica, en forma electiva, es decir, no complicados.

Método. Se compararon los resultados obtenidos con el uso de la Técnica de Lichtenstein en 25 pacientes con hernia inguinal estrangulada (Grupo I), y 25 pacientes operados con la misma técnica, pero en forma electiva (Grupo II).

Resultados. En el Grupo I, un paciente presen-

tó un hematoma escrotal. No se encontraron otras complicaciones postoperatorias, relacionadas o no con la presencia de la malla. No se encontraron complicaciones en los pacientes del Grupo II. A través de los 20 meses que ha durado este estudio, no se tuvo que remover ninguna malla y no se encontró ninguna recurrencia en ninguno de los dos grupos.

Conclusión. Los buenos resultados, a corto plazo, de este estudio, en términos de ausencia de infección de la herida operatoria, complicaciones relacionadas con la malla y recurrencia, sugieren que el uso de la reparación de Lichtenstein en el manejo de la hernia inguinal estrangulada es segura y no está asociada con un mayor índice de complicaciones comparada con su uso en pacientes electivos.

Comentario. Por lo expuesto, contrario a lo que se afirma, la hernia estrangulada no constituiría en sí una contraindicación de reparar la hernia con malla.

Dr. JORGE BEZAMA M.¹

¹Departamento de Cirugía
Hospital Clínico, Universidad de Chile
Santiago, Chile