

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia


Carta científica

Las mallas no suplen una técnica correcta, y pueden convertir un proceso sencillo en una enfermedad compleja de difícil solución

Mesh does not substitute for a correct technique, and can turn a simple procedure into a complex disease with a difficult solution

En la última década las mallas se han impuesto como el método ideal para reparar cualquier hernia. Al incorporarlas de forma rutinaria, se ha ido cambiando el proceso quirúrgico, de manera que la malla va asumiendo todo el protagonismo de la intervención y se van minimizando, incluso olvidando, otros muchos gestos que se habían consolidado durante años de experiencia y se consideraban esenciales para evitar las recurrencias (identificación y disección clara del ligamento inguinal, pubis y piso posterior, tratamiento del saco, valorar el anillo inguinal interno, tratamiento del cremaster, valorar deslizamientos sobre el pubis, etc.)¹⁻³.

Para ilustrar la situación que planteamos, les presento el caso de un varón de 65 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, ni factores de riesgo para una deficiente cicatrización o alteración inmunitaria (no era obeso, ni diabético, ni padecía aneurisma, no era fumador, no estaba desnutrido, no tenía insuficiencia hepática ni renal, etc.), que nos consulta después de «8 intervenciones de hernia inguinal y 12 mallas implantadas» en su pared abdominal. El paciente llevaba 6 años, sin descanso, padeciendo intervención tras intervención, sin poder llevar una vida normal. Lo que empezó siendo una hernia inguinal unilateral pequeña, se convirtió en una recidiva, en un seroma crónico, en una fístula, en una eventración púbica, en una eventración infraumbilical y, finalmente, en una eventración ilíaca y una pared fibrótica, leñosa, insensible y deforme (fig. 1). El paciente fue controlado hasta el cierre de su infección cutánea, se le obligó a deambular una hora al día y se le realizó una tomografía con reconstrucción de su pared abdominal (defecto de 10 × 12 cm sobre espina ilíaca con contenido intestinal). Tras verificar el estado de la «pared abdominal completa», se le intervino encontrando múltiples restos de mallas y cavidades con rechazo de otras 2 mallas enteras de 20 cm sobre tejido necrótico, una premuscular en toda la línea media y otra retromuscular sobre área inguinal alta, totalmente arrugada y

sin signos de integración ninguna (fig. 2). Se retiraron, se limpiaron los tejidos afectados y, a pesar de la situación, se decidió realizar en el mismo tiempo quirúrgico una plastia de contención de todo el hemiabdomen derecho con una malla de baja densidad (24 g/m²) de polipropileno y poro grande (3 mm) revestida de titanio (TiMesh[®], PdF, Alemania). A las 24 h se retiró el drenaje retromuscular, a las 48 el superficial y al 3.º día se fue de alta sin complicaciones. Actualmente permanece asintomático y sin complicaciones ni recidiva.

Este caso nos permite reflexionar sobre el uso que estamos dando a las mallas dentro de la cirugía de pared abdominal. Las mallas no evitan las recidivas, enmascaran una técnica

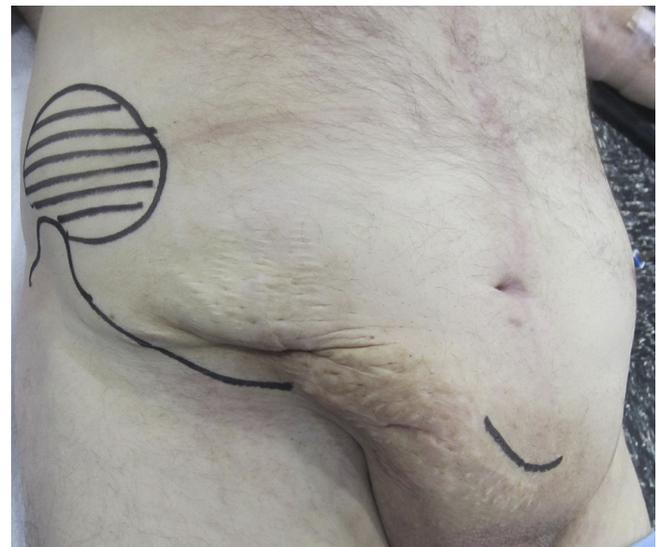


Figura 1 – Exploración física del paciente. Se dibujan los límites óseos de la cresta ilíaca y el defecto. Piel deforme y engrosada con alteraciones tróficas.

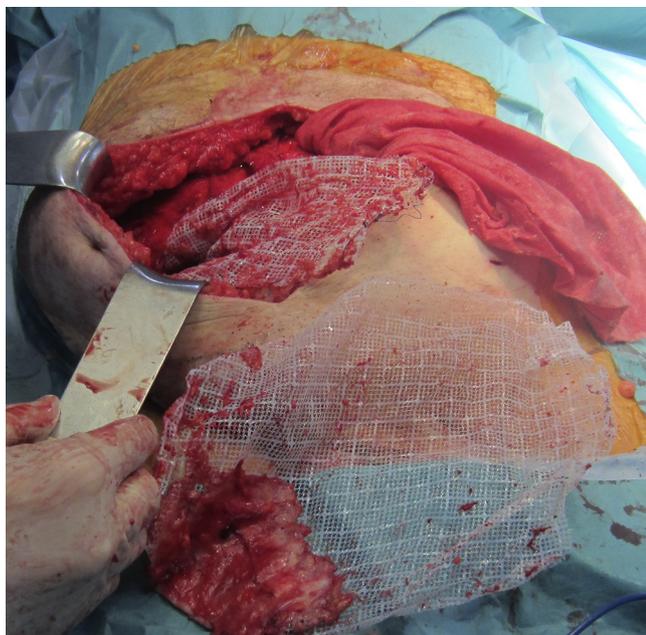


Figura 2 – Detalle de la pared abdominal. Se ha realizado el colgajo subcutáneo derecho y se muestra el lecho de rechazo premuscular y la malla arrugada sin integración.

insuficiente por un cirujano no adecuadamente formado. Hay que volver a recordar que la malla es solo un recurso que debe ser correctamente usado, no la técnica en sí. Para evitar las recidivas no hay que olvidarse de identificar bien el espacio inguinal completo, realizar una cuidadosa disección anatómica e identificar y tratar bien todas las zonas débiles, lipomas y sacos herniarios del espacio miopectíneo³⁻⁵. Las técnicas de reparación faciales se han olvidado, pero el problema es que con ellas, también se ha olvidado la necesidad de realizar una correcta disección regional, antes de confiar en que una malla, sea cual sea, pueda solucionar todos los problemas. Posiblemente en

los próximos años veamos un incremento de casos muy complejos de pacientes con hernias multirrecidivadas y tendremos que estar preparados para poder darles una solución. De este caso podemos aprender 2 cosas: 1) la necesidad de un correcto manejo de las técnicas con malla, indicaciones y adecuado conocimiento de las propiedades de la malla que usamos; y 2) la necesidad de una formación y aprendizaje continuados en los problemas de la pared abdominal, para lo cual parece prudente valorar la posibilidad de una especialización quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell-Tatay F, Moreno-Egea A, editores. *Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal* Picanya: Ed. Vimar. 2012.
2. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: Inguinal and incisional. *Lancet*. 2003;362:1561–71.
3. Rehman S, Khan S, Pervaiz A, Perry EP. Recurrence of inguinal herniae following removal of infected prosthetic meshes: A review of the literature. *Hernia*. 2012;16:123–6.
4. Itani KM, Fitzgibbons Jr R, Awad SS, Duh QY, Ferzli GS. Management of recurrent inguinal hernias. *J Am Coll Surg*. 2009;209:653–8.
5. Baumann DP, Butler CE. Lateral abdominal wall reconstruction. *Semin Plast Surg*. 2012;26:40–8.

Alfredo Moreno-Egea

Unidad de Pared Abdominal, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

Correo electrónico: morenoegeaalfredo@gmail.com

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.12.006>