



Técnicas de cirugía laparoscópica versus técnicas abiertas
para la reparación de la hernia ventral o incisional

Stefan Sauerland, Maren Walgenbach, Brigitte Habermalz, Christoph M Seiler, Marc Miserez

Cómo citar la revisión:

Sauerland S, Walgenbach M, Habermalz B, Seiler C, Miserez M.

Técnicas de cirugía laparoscópica versus técnicas abiertas para la reparación de la hernia ventral o incisional (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 3. Art. No.: CD007781. DOI: 10.1002/14651858.CD007781

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd. Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.

Resumen

Antecedentes

Hay muchas técnicas diferentes actualmente en uso para la reparación de la hernia ventral e incisional. Las técnicas laparoscópicas se han tornado más frecuentes en los años recientes, aunque las pruebas son escasas.

Objetivos

Comparar la reparación laparoscópica con la reparación abierta en pacientes con hernia ventral (primaria) o incisional.

Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE, EMBASE, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), metaRegister of Controlled Trials. Las últimas búsquedas se realizaron en julio 2010. Además, se realizó una búsqueda manual en los resúmenes de congresos.

Criterios de selección

Se seleccionaron los estudios controlados con asignación aleatoria (ECAs), que compararon las dos técnicas en pacientes con hernia ventral o incisional. Se incluyeron los estudios, independientemente del idioma, el estado de publicación o el tamaño de muestra. No se incluyeron ensayos con asignación cuasialeatoria.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos de forma independiente. Los resultados metanalíticos se expresan como riesgos relativos (RR) o diferencia de medias ponderada (DMP).

Resultados principales

Se incluyeron diez ECAs con un número total de 880 pacientes que sufrían principalmente de hernia ventral primaria o incisional. No se identificaron ensayos sobre hernia umbilical o paraestomal. La tasa de recurrencia no difirió entre la cirugía laparoscópica y la cirugía abierta (RR 1,22, IC del 95%: 0,62 a 2,38; $I^2 = 0\%$), pero los pacientes tuvieron un seguimiento inferior a dos años en la mitad de los ensayos. Los resultados del tiempo operatorio fueron demasiado heterogéneos como para ser agrupados. El riesgo de enterotomía intraoperatoria fue algo mayor en la reparación de hernia laparoscópica (OR de Peto 2,33; IC del 95%: 0,53 a 10,35), pero este resultado proviene de sólo siete casos con lesión intestinal (5 versus 2). El resultado más claro y consistente fue que la cirugía laparoscópica redujo el riesgo de infección de la herida (RR 0,26, IC del 95%: 0,15 a 0,46; $I^2 = 0\%$). La cirugía laparoscópica acortó de forma significativa la estancia hospitalaria en seis de nueve ensayos, pero nuevamente los datos fueron heterogéneos. Debido al escaso número de ensayos, no fue posible detectar diferencias en la intensidad del dolor, tanto en la evaluación a corto plazo como a largo plazo. A parecer, la reparación laparoscópica dio lugar a costes hospitalarios mucho mayores.

Conclusiones de los autores

Los resultados a corto plazo de la reparación laparoscópica en la hernia ventral son alentadores. A pesar de los riesgos de adherenciotomía, la técnica es segura. No obstante, se necesita seguimiento a largo plazo para dilucidar si la reparación laparoscópica de la hernia ventral/incisional es eficaz.

Resumen en términos sencillos

Reparación de un defecto de la pared abdominal anterior con una técnica mínimamente invasiva (laparoscópica) o convencional (abierta)

Se denomina hernia a un defecto de la pared abdominal a través del cual pueden sobresalir órganos. Las hernias pueden producirse espontáneamente (hernia primaria) o en el sitio de una incisión quirúrgica anterior (hernia incisional). Una hernia se reconoce generalmente como una protuberancia o desgarro bajo la piel abdominal. En ocasiones no causa ningún malestar para el paciente pero puede haber dolor al levantar objetos pesados, toser o evacuar el intestino. También puede causar mucho malestar después de un largo período sentado o parado.

Muchas técnicas quirúrgicas diferentes se hallan en uso para la reparación de estas hernias. La técnica convencional es la técnica abierta, en la cual el defecto de la pared abdominal se cierra con sutura o una malla protésica. Una malla protésica es un material sintético que refuerza el tejido o zanja el defecto. Por otro lado, la reparación laparoscópica de hernia es una técnica para reparar el defecto de la pared abdominal también con una malla pero mediante incisiones pequeñas y un laparoscopio. En este caso, la malla siempre se coloca en la cavidad abdominal. Esta revisión analizó los ensayos controlados con asignación aleatoria que comparaban la técnica convencional abierta con la técnica laparoscópica.

Sobre la base de los resultados de casi 1 000 pacientes adultos, la técnica laparoscópica parece ser efectiva al menos en la evaluación a corto plazo. Dado que la cirugía laparoscópica requiere incisiones más pequeñas que la cirugía abierta, la infección de la herida fue cuatro veces menos probable en los pacientes con reparación laparoscópica. Sin embargo, hay un riesgo poco frecuente pero teóricamente mayor de que los órganos intraabdominales tengan mayor probabilidad de ser dañados durante un procedimiento laparoscópico. Se encontró que la duración de la estancia hospitalaria después de la reparación de hernia laparoscópica fue más corta en la mayoría de los ensayos. Como la mayoría de los estudios tuvieron sólo un seguimiento de uno o dos años, todavía no se dispone de datos sobre la efectividad a largo plazo. Lo que es más importante, los riesgos de que vuelva a aparecer la hernia (es decir, la recurrencia) son relativamente desconocidos.

Por consiguiente, los autores de la revisión creen que se requieren estudios adicionales antes de que la reparación laparoscópica pueda considerarse un procedimiento estándar para la reparación de la hernia ventral primaria o la hernia incisional. Los resultados a corto plazo, sin embargo, son alentadores.

Antecedentes

Descripción de la condición

Una hernia de la pared abdominal es la protrusión de tejido u órganos intraabdominales a través de un defecto en la pared abdominal. Las hernias de la pared abdominal pueden clasificarse en hernia ventral primaria e incisional (Kingsnorth 2003). Existen cuatro tipos diferentes de hernias ventrales primarias: umbilical, paraumbilical, epigástrica y de Spiegel (Sajid 2009). Las hernias incisionales se producen en el sitio de una cirugía previa, donde la pared abdominal no logró cicatrizar. En principio, cada acceso quirúrgico al abdomen conlleva el riesgo de una hernia incisional. Según la técnica de acceso de la cirugía primaria (laparoscópica o abierta), hasta un 15% de todos los pacientes contraen hernia incisional (Franchi

2001; Sorensen 2005). La mayoría de estas hernias se agrandan con el transcurso del tiempo y pueden tornarse muy grandes. Las hernias pueden causar dolor y malestar y pueden dar lugar a graves complicaciones como la incarceration intestinal. En consecuencia, idealmente todas las hernias de la pared abdominal deberían ser corregidas por medios quirúrgicos (Cassar 2002). Se estima que se reparan alrededor de 300 000 hernias incisionales en Europa por año. El número respectivo de los EE.UU. asciende a cerca de 400 000 procedimientos.

Descripción de la intervención

Hay muchas técnicas diferentes actualmente en uso para la reparación de la hernia ventral e incisional (Korenkov 2001). Las técnicas tradicionales de sutura abierta han mostrado tasas de recurrencia inadmisiblemente altas de hasta un 54% en la reparación de la hernia incisional (Paul 1998; Luijendijk 2000). Las técnicas de sutura abierta ya no se consideran apropiadas, salvo en las hernias muy pequeñas. Las mallas quirúrgicas han ganado popularidad, ya que ayudan a reforzar o zanjar el defecto de la hernia. Las mallas protésicas pueden colocarse entre el tejido graso subcutáneo y la fascia abdominal (reparación epifascial u "onlay"), dentro de la vaina rectal posterior (reparación retromuscular o "sublay") o dentro de la cavidad abdominal (reparación con malla intraperitoneal onlay, IPOM según sus siglas en inglés, intraperitoneal onlay mesh repair). Actualmente, la reparación protésica retromuscular abierta (técnicas de Rives-Stoppa) con malla de polipropileno o de poliéster no reabsorbible es el tratamiento más aceptado para la mayoría de las hernias incisionales y para algunas hernias ventrales primarias (Kingsnorth 2003; Conze 2005; Israelsson 2006; Bisgaard 2009). Las técnicas abiertas que utilizan mallas han bajado las tasas de recurrencia de un 15% a un 30% (Burger 2004; Korenkov 2002; den Hartog 2008; Luijendijk 2000). Sin embargo, hay inconvenientes potenciales específicos, tales como seroma, hematoma, infección a causa de la malla, dolor crónico y rigidez de la pared abdominal (Korenkov 2002; Klinge 2005; Tsereteli 2008).

Cómo podría funcionar la intervención

En la técnica laparoscópica, se inserta una malla protésica en la cavidad abdominal a través de un trócar y se fija contra la pared abdominal (LeBlanc 1993; LeBlanc 2000; Morales-Conde 2002). Después de reducir los contenidos de la hernia, el saco herniario no es resecaado y la mayoría de los cirujanos no coloca suturas adicionales para cerrar el orificio de la hernia. Un riesgo específico de la reparación de hernia laparoscópica reside en la liberación de adherencias entre la pared intestinal y abdominal, que puede dar lugar a una perforación intestinal (a veces no reconocida) (LeBlanc 2007a; Turner 2008a). La malla debe recubrir el orificio de la hernia por al menos 5 cm (LeBlanc 2003) y se fija a la pared abdominal con grapas, suturas transfasciales o una combinación de los dos métodos (LeBlanc 2007b). Como un lado de la malla está de frente a la pared abdominal, mientras que el otro lado está en contacto con el intestino, la reparación de hernia laparoscópica requiere que la malla sea de materiales antiadherentes o de dos lados (es decir compuestos) (Eriksen 2007).

Por qué es importante realizar esta revisión

La técnica laparoscópica podría mejorar los resultados a corto plazo (menos complicaciones de la herida, estancia hospitalaria más corta, etc.) y dar lugar a tasas de recurrencia similares a las de las técnicas de malla abiertas (Heniford 2000; Franklin 2004; Lomanto 2006; Rudmik 2006; Sains 2006; Stickel 2007; Hwang 2009). No obstante, se requieren ensayos controlados con asignación aleatoria (ECAs) con un seguimiento

de al menos tres a cinco años para determinar la efectividad a largo plazo del procedimiento. Por lo tanto, es de vital importancia examinar de forma sistemática los resultados de los ensayos disponibles para comparar la cirugía abierta y laparoscópica. El gran número de revisiones sistemáticas anteriores (Forbes 2009; Goodney 2002; Kapischke 2008; Müller-Riemenschneider 2007; Pham 2009; Sajid 2009) subraya la importancia de una revisión y metanálisis de alta calidad sobre este tema.

Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es comparar las medidas de resultado clínicas de las técnicas quirúrgicas laparoscópicas versus abiertas para la reparación de las hernias ventrales primarias o las hernias incisionales.

Métodos

Criterios para la inclusión de los estudios para esta revisión

Tipos de estudios

Se incluyeron todos los estudios controlados con asignación aleatoria que comparan la reparación laparoscópica con la reparación abierta en pacientes con hernia ventral o incisional. Se incluyeron los estudios, independientemente del idioma, el estado de publicación o el tamaño de muestra. Se excluyeron los ensayos con asignación cuasialeatoria (p.ej. con asignación por número de historia clínica o fecha de nacimiento).

Tipos de participantes

Se incluyeron los estudios sobre adultos que sufrían de hernia incisional o hernia ventral primaria. Se consideraron todos los tipos de hernias (es decir, incisional, paraestomal, epigástrica, umbilical y de Spiegel), pero sólo se agruparon todos estos tipos si los datos eran los suficientemente homogéneos (es decir, $I^2 < 75\%$).

Tipos de intervenciones

Se incluyeron los ensayos que comparan la técnica laparoscópica con cualquiera de las técnicas abiertas (sutura o malla). Los estudios se incluyeron independientemente del tipo de malla, colocación de la malla en el grupo control (onlay, sublay, etc.), o método de fijación de la malla (sutura, grapas, ambas, etc.). No se excluyeron los estudios que compararon diferentes materiales de mallas utilizando el mismo enfoque.

Tipos de medida de resultado

Medidas de resultado principales

La recurrencia de la hernia fue seleccionada como medida de resultado primaria. Se utilizaron los datos sobre el número de recurrencias tal como se definieron en los estudios incluidos. El diagnóstico de una recurrencia puede establecerse por métodos clínicos, ecográficos u otros métodos. Debido a las diferentes duraciones de seguimiento de los estudios incluidos, fue necesario subdividir los resultados entre los estudios con seguimiento a corto (< 1 año), medio (1-3 años) y largo plazo (> 3 años). Sólo se consideraron los datos del seguimiento más largo de un determinado ensayo.

Medidas de resultado secundarias

Se analizaron los siguientes resultados secundarios:

- Duración de la cirugía (o la anestesia, si la duración de la cirugía no fue informada).
- Enterotomía (reconocida o no reconocida) con o sin peritonitis (con exclusión del desgarro de la serosa).
- Hematoma o seroma local (tal como fueron definidos en los estudios primarios;
- Infección local (de ser posible subdividida en infecciones con o sin afectación de la malla).
- Reintervención.
- Dolor agudo (en el día 1, 2 y 3 después de la cirugía) según lo medido con una escala de calificación numérica o analógica visual.
- Duración de la estancia hospitalaria (total o postoperatoria).
- Necesidad y duración de estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) después de la cirugía.
- Tiempo transcurrido hasta el retorno a las actividades normales o el trabajo.
- Calidad de vida.
- Dolor crónico (>6 meses después de la cirugía).
- Satisfacción del paciente y apariencia estética
- Costes del tratamiento (con o sin costes extrahospitalarios).

Resultados y Discusión

Dado que la reparación laparoscópica de la hernia ventral es una técnica quirúrgica relativamente nueva, con posibilidad de complicaciones graves, los resultados de esta revisión están muy limitados por el pequeño tamaño de las muestras y el corto seguimiento de los estudios primarios disponibles. Aunque se halló que la técnica laparoscópica ofrecía buenos resultados a corto plazo (especialmente con respecto a las infecciones locales de la herida), cualquier evaluación definitiva requiere una evaluación minuciosa de las tasas de recurrencia. Es posible que algunos de los ensayos actualmente disponibles continúen informando los resultados a largo plazo. Además, están en curso algunos ensayos multicéntricos amplios, que sin duda contribuirán a esta revisión en un futuro cercano (Estudios en curso).

Resumen de los resultados principales

Los datos presentes sobre la recurrencia no permiten realizar estimaciones precisas todavía. El número total de pacientes es sin duda todavía muy pequeño, dado que el cumplimiento del seguimiento en general está lejos del 100% en los ensayos a largo plazo. Un problema más importante es la breve duración del seguimiento, que puede fácilmente reconocerse a partir del número total de recurrencias en los pacientes del grupo control: 5% (15 de 326). Esta cifra es claramente inferior a la que sería razonable esperar (Burger 2004). Teóricamente, hay argumentos en contra y a favor de las recurrencias después de la reparación laparoscópica. Si la exploración laparoscópica permite inspeccionar toda la incisión previa y cubrirla con una malla, este hecho probablemente reduce la posibilidad de una nueva hernia. Por otro lado, la reparación laparoscópica en general no incluye el cierre del orificio de la hernia y por lo tanto depende por completo de la fuerza de la malla y su fijación. Sólo los estudios futuros pueden aclarar esta importante cuestión.

El menor riesgo de infección de la herida después de la reparación laparoscópica de la hernia ventral está plenamente en concordancia con otras técnicas laparoscópicas, como la colecistectomía o la apendicectomía. Dado que la duración total de las incisiones es más corta en la cirugía laparoscópica que en la cirugía abierta, es menos probable que las bacterias tengan acceso al espacio subcutáneo. Considerando la posición de la

malla en la cirugía abierta, la infección de la herida después de la cirugía abierta puede tornarse clínicamente problemática, ya que puede requerir la extracción de una malla infectada.

Por otro lado, las complicaciones intraabdominales son teóricamente más frecuentes después de la cirugía laparoscópica (Berger 2002; LeBlanc 2007a), porque la necesidad de colocar la malla contra la pared abdominal requiere la disección extensa de todas las adherencias de esta área. La presente revisión no detectó diferencias en las tasas de enterotomía. Si esta revisión hubiera contado también los desgarros de la serosa como lesiones intestinales (tal como se hizo en la revisión de Forbes 2009), se habría obtenido una tasa de lesiones intestinales significativamente mayor. Además, también el ensayo cuasialeatorio (Manigrasso 2009) que fue excluido tenía un caso de lesión intestinal no reconocida. Sin embargo, los desgarros de la serosa simples no entran dentro del espectro de esta complicación y es probable que sea mejor considerarlos como un criterio de valoración indirecto de la enterotomía. La gravedad y las consecuencias de la lesión intestinal dependen del tipo de intestino afectado (delgado o grueso), la cantidad de encopresis y el momento del diagnóstico y tratamiento (primario o retardado). Es importante mencionar que en uno de los estudios (Barbaros 2006) una enterotomía no reconocida dio lugar a una peritonitis, que requirió tratamiento abdominal abierto. Evidentemente, no puede negarse el rol de la pericia quirúrgica en este contexto, y se requieren estudios más amplios para una evaluación válida de esta complicación infrecuente.

Los resultados no significativos sobre la formación seroma deben interpretarse con cautela, debido a la heterogeneidad estadística de los resultados agrupados. Esta heterogeneidad puede atribuirse a la ausencia de una definición de consenso de seroma. Además, se sabe que la incidencia de seroma depende en gran medida de la técnica quirúrgica, tanto en la cirugía abierta (p.ej. la colocación de un drenaje) como en la cirugía laparoscópica (p.ej. el tipo de malla, el tratamiento del saco herniario). Por lo tanto, es importante que los ensayos futuros encuentren mejores maneras i) de prevenir seromas lo más posible tanto en la cirugía abierta como laparoscópica y ii) de discernir entre seroma asintomático y clínicamente significativo.

El hecho de que el dolor postoperatorio sea muy similar después de la reparación laparoscópica y abierta de la hernia ventral/incisional difiere de los resultados de otros procedimientos laparoscópicos, p.ej. la colecistectomía o funduplicatura. Se cree que las suturas transfasciales requeridas para la fijación de la malla son las responsables del dolor local después de la reparación de hernia laparoscópica. La anestesia local puede ayudar a controlar este problema. (Bellows 2006). Además del dolor, los pacientes a veces se quejan acerca de la presencia de protrusión abdominal postoperatoria, que puede ser estéticamente insatisfactoria. La base anatómica de este problema reside en que ni el orificio de la hernia ni la diástasis del recto (de estar presente) se cierran durante la reparación de hernia laparoscópica. Estos temas que son relevantes principalmente en las hernias grandes deben tratarse con el paciente antes de la operación.

Exhaustividad y aplicabilidad de la evidencia

Muchas diferencias con respecto a los tipos y tamaños de hernia elegibles, las técnicas quirúrgicas y las definiciones de los resultados pueden plantear dudas acerca de si el agrupamiento de los datos estaba justificado en el presente metanálisis. Un tema crítico es la mezcla entre hernia ventral primaria, incisional y de Spiegel, pero también entre hernia incisional primaria y recurrente. Un segundo tema es el uso de reparación con malla sublay y onlay como tratamientos de comparación. Las

pruebas actuales, sin embargo, indican que no hay gran diferencia entre estas dos técnicas abiertas (den Hartog 2008) y los análisis de sensibilidad de la presente revisión coinciden con este resultado. En tercer lugar, los tipos de malla y las técnicas de fijación de la malla variaron entre los ensayos. Aunque las suturas transfasciales pueden prolongar la duración de la cirugía y causar dolor después de la reparación de hernia laparoscópica (Carbonell 2003; Wassenaar 2008; Bellows 2006), otros estudios informaron que los niveles de dolor y las tasas de recurrencia fueron similares después de la fijación con suturas y grapas (Nguyen 2008; Greenstein 2008). Se espera que los estudios futuros ayuden a determinar el material de la malla (incluido el posible papel de los materiales biológicos) y la técnica de fijación óptimos.

El hecho de que no se encontraran ensayos sobre la hernia umbilical o paraestomal no indica que la reparación laparoscópica de estas hernias sea menos común o incluso está contraindicada (Huguet 2007; Israelsson 2008). Más bien, la ausencia de ensayos refleja la prevalencia inferior de estas hernias y las dificultades para realizar estudios en pacientes frágiles y de edad avanzada, como los que padecen hernia paraestomal. Sólo el ensayo de Barbaros 2006 incluyó algunas hernias paraestomales. Los pacientes con hernia umbilical -especialmente cuando son obesos- son considerados por muchos cirujanos como buenos candidatos para la cirugía laparoscópica, pero las pruebas sobre este subgrupo son limitadas. En los estudios comparativos no aleatorios realizados sobre hernia umbilical se informó menos dolor, menos infecciones de la herida y estancia hospitalaria más corta (Wright 2002; Gonzalez 2003; Lau 2003).

Calidad de la evidencia

A fin de proporcionar una imagen completa del conocimiento actual, esta revisión también incluyó un estudio en curso, del cual sólo se presentaron hasta el presente informes a congresos (Buunen 2010). Sin embargo, la decisión de incluir tales pruebas preliminares también debilita la revisión, ya que la evaluación de la calidad de este estudio se basa en poco más que la publicación de un resumen. Por lo tanto, se intentó establecer contacto con la mayoría de los autores de los estudios y se pudo verificar que se aplicaron métodos correctos de asignación al azar en este ensayo y algunos otros ensayos incluidos.

Aunque la importancia de la experiencia y la pericia del cirujano en este campo es indiscutida, la misma es difícil de cuantificar o describir. Los informes de la mayoría de los ensayos incluidos indican que las operaciones en estos ensayos fueron realizadas sólo por cirujanos experimentados, pero no está claro qué constituye una experiencia suficiente. Incluso el único ensayo que usó con frecuencia la videograbación de la cirugía laparoscópica como una medida de control de la calidad quirúrgica (Itani 2010) fue criticado por la posible "falta relativa de experiencia o pericia en la reparación laparoscópica de hernias de la pared abdominal" (Birkmeyer 2010). Es digno de mención que la mayoría de los datos que contiene la presente revisión provienen de hospitales pequeños no académicos, lo cual apoya la generalizabilidad de los resultados. No obstante, la reparación laparoscópica de la hernia ventral/incisional no debe ser realizada por cirujanos sin la suficiente capacitación en la técnica laparoscópica.

Sesgos potenciales en el proceso de revisión

La posible influencia de sesgo de publicación en los resultados de esta revisión puede considerarse pequeña. Debido a la extensa búsqueda de bibliografía, es improbable que no se identificaran ensayos importantes. La heterogeneidad estadística fue un problema importante en muchas de las comparaciones

y la mayoría de esta heterogeneidad no puede deberse a las características de los estudios. No obstante, es muy probable que las diferencias en las circunstancias locales y la pericia quirúrgica fueran responsables de la heterogeneidad. Además, puede ser posible que ciertos subgrupos sean más apropiados para la cirugía laparoscópica que la cirugía abierta (hernias no localizadas en la línea media, pacientes con obesidad mórbida, etc.), aunque las pruebas actuales derivadas de ensayos controlados con asignación aleatoria no permiten definir ningún subgrupo específico. Sin embargo, parece apropiado aquí hacer una advertencia con respecto a la dificultad para fijar la malla en la hernia suprapúbica y subxifoidal, donde la disección extraperitoneal es a menudo inevitable (Berger 2002; Carbonell 2005; Conze 2005a). A su vez, la cirugía laparoscópica debe utilizarse sólo con cuidado en las hernias más grandes (> 10 cm de ancho), en las cuales podría ser apropiado el cierre fascial adicional.

Acuerdos y desacuerdos con otros estudios o revisiones

Hay muchos otros metanálisis, pero muchos de ellos se publicaron hace algunos años y por lo tanto no incluían los ensayos primarios más recientes (Müller-Riemenschneider 2007; Goodney 2002). Cabe mencionar que un metanálisis publicado recientemente (Sajid 2009) contenía algunos errores en la extracción de datos. En ese metanálisis, la duración media de la cirugía laparoscópica en el ensayo de Carbajo 1999 se extrajo como de 155 minutos, aunque la cifra real fue de 115 minutos. Además, se informó que el número de complicaciones en el brazo laparoscópico del ensayo de Barbaros 2006 fue de cuatro (descritas como seroma e infección en ese metanálisis), pero en realidad un total de ocho complicaciones se informaron en el artículo primario (incluido el rechazo de la malla y hematoma).

En general, otras revisiones sistemáticas publicadas recientemente sobre este tema (Forbes 2009; Pham 2009; Sajid 2009) están de acuerdo con la conclusión de que se requieren datos consistentes sobre la recurrencia de la hernia antes de que puedan hacerse recomendaciones definitivas. La presente revisión pudo incluir más estudios primarios (Itani 2010), lo cual permitió hacer estimaciones más precisas del tratamiento. Sin embargo, como es evidente que se necesitan más ensayos sobre este tema y actualmente existen ensayos en curso, la presente revisión requerirá actualización frecuente tan pronto como se disponga de nuevas pruebas.

Conclusiones de los autores

Implicaciones para la práctica

Aunque la reparación laparoscópica de la hernia de la pared abdominal reduce la infección de la herida y puede dar lugar a una recuperación más rápida, el riesgo potencialmente mayor de lesión intestinal y la incierta efectividad a largo plazo de la técnica laparoscópica hacen que sean necesarios más estudios, con mayor número de participantes y seguimiento adecuado, antes de que puedan establecerse conclusiones definitivas sobre el verdadero valor de este procedimiento.

Implicaciones para la investigación

La principal inquietud de un paciente con hernia es eliminar la hernia y evitar la recurrencia. Dado que las pruebas actualmente disponibles se ven limitadas por la breve duración del seguimiento en los ensayos primarios, no puede descartarse ni la superioridad ni la inferioridad de la cirugía laparoscópica con respecto a las tasas de recurrencia. En general, hay con-

senso en que es necesario un seguimiento de al menos tres años para detectar la mayoría de las recurrencias.

Una segunda deficiencia del actual metanálisis es el número relativamente escaso de pacientes incluidos. Se estima que es necesario que varios cientos de pacientes sean asignados al azar y tratados dentro de los protocolos clínicos estandarizados para probar (o excluir) una diferencia del 5% en las tasas de recurrencia. El tamaño de la muestra es también un tema fundamental en la evaluación de resultados infrecuentes pero importantes, tal como la lesión intestinal. Ensayos más amplios también permitirían análisis por separado de la hernia ventral e incisional. Además, la influencia de la pericia del ci-

rujano y las características de la malla podrían ser evaluables. Aunque la superposición de la malla fue entre 3 y 5 cm en algunos de los estudios incluidos, en la actualidad la mayoría de los expertos recomienda una superposición mínima de 5 cm, la cual debe implementarse en los protocolos de los futuros estudios.

Finalmente, se necesitan más datos sobre la calidad de vida y el dolor, así como sobre los resultados económicos. Una vez más, no sólo deben registrarse los datos a corto plazo, ya que el dolor crónico no es un evento infrecuente después de la reparación de hernia.