



Editorial

Algo más que herniólogos

More than herniologists



No todo dolor referido a la zona inguinal es sintomático de un proceso herniario, ni todo abultamiento de la pared anterolateral del abdomen indica la existencia de una hernia ventral. Además de la patología herniaria, en la pared abdominal pueden desarrollarse tumores, asentar infecciones y producirse hematomas. La patología que afecta a la pared del abdomen puede ser de etiología variada y, en ocasiones, compleja. En las últimas décadas, y favorecidos por la actual política sanitaria, los equipos de cirugía general se han organizado en unidades específicas para el tratamiento de la patología de determinados órganos, creándose unidades de cirugía coloproctológica, esofagogástrica, hepatobiliopancreática, endocrina y, en algunos centros hospitalarios, las unidades de cirugía de la pared abdominal.

En años anteriores las alteraciones de la pared abdominal no tenían un profesional de referencia; la mayoría de los cirujanos generales resolvía las hernias incisionales que se producían en sus pacientes tras la dehiscencia del cierre de la laparotomía realizada para acceder a la cavidad abdominal. Algunas de estas eventraciones, las más complejas, así como los defectos consecuencia de traumatismos o de la resección de tumores que afectaban la pared abdominal, eran tratadas por cirujanos especialistas en cirugía plástica, ya que era necesario reparar la pared abdominal realizando técnicas específicas de esta disciplina, con colgajos musculocutáneos, al faltar las estructuras propias de la pared abdominal destruidas por la lesión o resecaadas con ella. Otros muchos pacientes no encontraban solución quirúrgica a su lesión, y eran portadores de fajas abdominales y otros dispositivos de contención externa, situación que limitaba en gran medida su calidad de vida.

En estos últimos años los cirujanos plásticos han visto cómo los cirujanos generales de las unidades de cirugía de la pared abdominal realizamos abdominoplastias tras reparar grandes defectos herniarios con las técnicas de separación anatómica de componentes^{1,2} y reforzamos la autoplastia con diferentes materiales protésicos, con la preparación previa del paciente para la cirugía con la aplicación de procedimientos

adyuvantes como el neumoperitoneo progresivo preoperatorio³, el uso de la toxina botulínica⁴ o los expansores musculares.

Los cirujanos coloproctólogos y los urólogos nos han cedido progresivamente la reparación de las eventraciones paraestomales, debido, por un lado, a la dificultad terapéutica de una lesión poco atractiva por la paradoja que supone crear un defecto en el plano musculoaponeurótico de la pared abdominal y pretender que no desarrolle una eventración, su consecuencia natural, pero también por la presencia en su servicio de cirugía general de un grupo de cirujanos que se dedican específicamente a reparar la pared del abdomen. Es este un tema apasionante que aún nos mantiene en la búsqueda de su solución ideal.

Hemos aprendido, además, a reparar las eventraciones perineales que resultan, en ocasiones, tras una amputación abdominoperineal en el tratamiento de la neoplasia de recto⁵.

Se ha creado, en definitiva, una especialidad que exige del cirujano una vasta formación en cirugía del aparato digestivo, comprometido frecuentemente en las lesiones de la pared abdominal y en diversas técnicas quirúrgicas necesarias para adecuar la reparación de los defectos de la pared abdominal en cada caso, con el empleo y dominio añadidos de diferentes recursos como la cirugía laparoscópica y el conocimiento de una gran diversidad de materiales protésicos⁶.

Como consecuencia, se está reconociendo en el cirujano de la pared abdominal al profesional de referencia para toda la patología que pueda lesionar esta estructura dinámica, desde el abordaje de una hernia inguinal hasta el tratamiento del abdomen abierto contenido o la resolución de un laparostoma. Incluso aquellas lesiones que rara vez precisan cirugía—como son los hematomas contenidos por las vainas de los rectos, consecuencia la mayoría de ellos de la hipocoagulabilidad profiláctica buscada por hematólogos o cardiólogos—son remitidas a las unidades de cirugía de pared abdominal para su tratamiento⁷.

Podríamos decir que en solo una década el «cirujano de hernias» ha sufrido una auténtica metamorfosis, llevado de

la mano por la evolución de esta especialidad quirúrgica. Así, la cirugía de la hernia ha pasado de considerarse una patología poco apreciada por los propios cirujanos generales, relegada a los primeros pasos en la formación de futuros cirujanos, «relleno» de partes de quirófano o patología preferida en los cupos de autoconcertación, a ser una cirugía atractiva para el joven cirujano que ya no ve en ella una «vía muerta» para su desarrollo profesional, sino una especialidad en auge que exige conocimientos en múltiples técnicas quirúrgicas y procedimientos adyuvantes en continuo desarrollo para dar solución a una gran variedad de patologías y, lo que es aún más importante, en un gran número de pacientes.

Desde este punto de vista de la diversidad de las lesiones, la patología no herniaria de la pared abdominal resulta un capítulo importante en nuestra especialidad. Precisamente por su escasa incidencia y gran variabilidad en su presentación clínica, estas lesiones deberían tratarse en centros hospitalarios de referencia donde exista un equipo que acumule la experiencia suficiente para su tratamiento adecuado.

Tumores primarios de la pared abdominal poco frecuentes, como el tumor desmoide y el dermatofibrosarcoma protuberans (ambos con una pertinaz e imprevisible agresividad local), obligan a un control evolutivo estricto por un equipo multidisciplinar tras la resección quirúrgica y la correspondiente reparación del defecto en la pared del abdomen⁸.

La patología tumoral que aparece en relación con el ombligo nos lleva a un complejo diagnóstico diferencial con lesiones de procedencia diversa y que precisan, además de un tratamiento específico, la corrección del defecto que sigue a su resección. Lesiones como el endometrioma, el granuloma piogénico, el hemangioma, el granuloma por cuerpo extraño, la enfermedad de Crohn o la actinomicosis deben diferenciarse de la metástasis de un tumor de origen gastrointestinal por implante en el lugar de un trocar de una cirugía oncológica previa o por invasión espontánea, la versión actual del «nódulo de la hermana María José»,⁹ sin olvidarnos de las lesiones que surgen del remanente uracal en forma de onfalitis supurativa crónica o como una tumoración infraumbilical⁸.

Todas estas lesiones pueden requerir, además, la resección del ombligo. Este aspecto, la resección umbilical, puede originar alguna reticencia por parte del cirujano y ciertas inquietudes por parte del paciente, debido a múltiples aspectos culturales. Es difícil encontrar en nuestra anatomía otra estructura que reúna tantos vínculos místicos, mágicos, filosóficos y estéticos de nuestra cultura como la cicatriz que queda en el centro del abdomen tras el nacimiento.

Parece que junto a la patología herniaria, sin duda la más frecuente de esta especialidad, la patología tumoral no herniaria desarrollada en esta monografía y el tratamiento del abdomen abierto contenido suponen la trilogía básica de lo que hoy en día se espera encontrar en la cartera de servicios de un equipo de cirugía de la pared abdominal.

Es evidente que queda mucho por hacer en esta especialidad nuestra que aún se encuentra en fase de consolidación, pero esta evolución continua es parte de su atractivo. Quizás llegue el día en que sepamos tratar con eficacia toda la patología de la pared abdominal, manteniendo sus funciones en la dinámica de contención y prensa abdominal, estabilidad del tronco, movilidad y apoyo respiratorio. ..., pero en este

momento sabemos que tan importante como llegar a destino es disfrutar del camino que estamos haciendo juntos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramírez-Palomino ÓM. Técnicas anatómicas: operación de Ramírez. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A, editores. *Eventraciones. Otras hernias de la pared y cavidad abdominal*. 1.ª ed. Picaña (Valencia): Editorial VIMAR; 2012. pp. 419-25.
- Carbonell-Tatay F, Bonafé-Diana S. Separación anatómica de componentes (SAC), con prótesis y nuevas inserciones musculares. Técnica de Carbonell-Bonafé. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A, editores. *Eventraciones. Otras hernias de la pared y cavidad abdominal*. 1.ª ed. Picaña (Valencia): Editorial VIMAR; 2012. pp. 469-75.
- Mayagoitia-González JC. Neumoperitoneo progresivo preoperatorio y uso de la toxina botulínica para el manejo de las hernias con pérdida de dominio. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A, editores. *Eventraciones. Otras hernias de la pared y cavidad abdominal*. 1.ª ed. Picaña (Valencia): Editorial VIMAR; 2012. pp. 365-75.
- Ibarra-Hurtado TR, Nuño-Guzmán CM, Echeagaray-Herrera JE, Robles-Vélez E, de Jesús González-Jaime J. Use of botulinum toxin type a before abdominal wall hernia reconstruction. *World J Surg*. 2009;33:2553-6.
- Martijnse IS, Holman F, Nieuwenhuijzen GAP, Rutten HJT, Nienhuijs SW. Perineal hernia repair after abdominoperineal rectal excision. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:90-5.
- Bellón-Caneiro JM. Materiales protésicos en la reparación de defectos herniarios de la pared abdominal. En: Carbonell Tatay F, Moreno Egea A, editores. *Eventraciones. Otras hernias de la pared y cavidad abdominal*. 1.ª ed. Picaña (Valencia): Editorial VIMAR; 2012. pp. 231-6.
- Taibo-Asencor M, Zorraquino-González MÁ. Hematomas de la vaina de los rectos y de otras zonas de la pared abdominal. En: Morales Conde S, Barreiro Morandeira F, Hernández Granados P, Feliú Palá X, editores. *Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de la pared abdominal*. 2.ª ed. Madrid: Grupo ARÁN Ediciones S. L; 2012. pp. 541-8.
- Zorraquino-González MÁ, Taibo-Asencor M. Tumores de la pared abdominal. En: Morales Conde S, Barreiro Morandeira F, Hernández Granados P, Feliú Palá X, editores. *Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de la pared abdominal*. 2.ª ed. Madrid: Grupo ARÁN Ediciones S. L; 2012. pp. 549-61.
- Fresquet JL. Historia de la Medicina [sede web]. Valencia (España): Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia (Universidad de Valencia-CSIC); 1999. Disponible en: <http://www.historiadelamedicina.org/mariajose.html>

Ángel Zorraquino González*

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Sección de Cirugía de la Pared Abdominal y CMA, Hospital Universitario Basurto, OSI Bilbao-Basurto/Osakidetza, Bilbao, País Vasco, España

* Autor para correspondencia: Avda. Montevideo 18-20, 48012 Bilbao, Bizkaia, España.
Correo electrónico: zorrakino@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2015.04.001>
2255-2677/© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).