



Revista Hispanoamericana de Hernia

www.elsevier.es/rehah



Editorial

Anatomía, hernia y calidad de vida



Anatomy, hernia and quality of life

Cualquier avance en la cirugía de la pared abdominal ha venido ligado a una mejor comprensión de la anatomía humana. Siempre. De hecho no se puede ni se debe entender la «especialidad de la pared abdominal» sin una completa y precisa formación en anatomía topográfica. Sin embargo, en los últimos años, se está difundiendo una corriente que intenta separar ambas ciencias, algo que debemos impedir lo antes posible. Cirujanos de reconocido prestigio y de habla inglesa han aconsejado evitar la disección anatómica de la ingle en la operación de las hernias¹. Esta nueva costumbre de utilizar una única técnica sin apenas disección para todos los casos de hernia, independientemente del tipo de paciente y de defecto parietal, se expande como la pólvora entre nuestros residentes. Esta nueva tendencia conlleva asociada una falta de aprendizaje en recursos y pericias y, evidentemente, una ausencia de necesidad en «saber anatomía». Con el tiempo, vamos a tener generaciones de cirujanos noveles que solo sabrán hacer una operación (un supuesto Lichtenstein), y esta situación nunca va a conseguir mejorar la morbilidad y la calidad de vida de nuestros pacientes. Si nuestro objetivo es disminuir al mínimo las complicaciones, obtener la mejor eficiencia y ofrecer una alta calidad de vida, solo una formación adecuada en técnica quirúrgica y en anatomía regional lo conseguirá.

La especialidad de la pared abdominal no consiste solo en reparar hernias. El contenido de esta disciplina es tan amplio que apenas se puede recoger en un libro (véase el tamaño del tratado del Dr. Carbonell)². Y en esta especialidad, la comprensión de la anatomía es crítica para asegurar el éxito: una reparación permanente, devolviendo a la pared abdominal su forma y función, y con la mínima morbilidad. El uso de las mallas (justificado de forma científica por el Dr. Bellón)³ ha simplificado muchas técnicas, pero ha llevado a muchos cirujanos a reproducir la cirugía sin prestar atención a la formación anatómica, a no valorar la singularidad tisular de cada caso, anomalías, variaciones, etc. En contraste con esta situación general, los cirujanos dedicados a la pared abdominal actualmente prestan más atención a la anatomía clínica de la

pared abdominal como base para una correcta reconstrucción, respetando sus diversos planos y calidad. Así lo demuestra el enorme auge que están alcanzando las técnicas de separación de componentes, procedimiento basado en una adecuada comprensión de la anatomía y originariamente sugerido por cirujanos latinoamericanos. La pared abdominal no solo es el canal inguinal, y la cirugía compleja de otras regiones será menos frecuente, pero cuando es necesaria, las opciones quirúrgicas son más difíciles y menos gratificantes y, de igual forma, estos defectos deben ser reparados buscando reproducir la pared abdominal normal (esa que el Dr. Herszage consideraba como una arquitectura perfecta y no mejorable). Nuestra misión, finalmente, debe ser siempre intentar volver a conseguir una pared que contenga todas las vísceras abdominales, que asegure una buena función respiratoria y que mantenga todos sus planos y espesor.

Las grandes controversias pendientes, como la difusión del abordaje posterior en el tratamiento de la hernia inguinal (defendida con eterna honestidad por el Dr. Dávila)⁴, el tratamiento correcto de los nervios inguinales (sección o no), la fijación adecuada de una malla (ósea o muscular, suturas o pegamento), la disección de planos en la pared abdominal posterior y lateral, la conveniencia de asociar una abdominoplastia, el alcance de una tasa de cero recidivas y evitar el dolor crónico o aumentar la calidad de vida global del paciente operado nunca se podrán responder si no parten de un adecuado conocimiento anatómico. Solo con la cirugía algunos pacientes obtendrán la reparación de su hernia, pero a costa de unas posibles secuelas que mermarán su calidad de vida. Con una detallada técnica y con una correcta formación anatómica se puede llegar a conseguir una pared abdominal funcional sin secuelas. La cirugía de las hernias nunca es rutina (ya nos decía el Dr. Koontz que la operación debía diseñarse para el paciente y no forzar el paciente a la operación)⁵. La pared abdominal presenta tantos problemas y retos que merecen nuestro esfuerzo y el respeto del resto. El futuro de esta cirugía solo puede entenderse ligado al de la anatomía topográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rutkow IM, Robbins AW. Tension-free inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the mesh plug technique. *Surgery*. 1993;114:3-8.
2. Carbonell F. Eventraciones. Hernias de pared y cavidad abdominal. Carbonell F y Moreno-Egea A. Picanya: Ed. Vimar; 2012.
3. Bellón JM. Revisión de una clasificación de materiales protésicos destinados a la reparación herniaria: correlación entre estructura y comportamiento en los tejidos receptores. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014;2:49-57.
4. Dávila D. La técnica de Nyhus y su repercusión en la evolución de la cirugía de la hernia inguinal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014;2:35-9.
5. Koontz AR. Views on the choice of operation for inguinal hernia repair. *Ann Surg*. 1956;143:868-80.

Alfredo Moreno Egea ^{a,b,*}^a Clínica Hernia, Hospital La Vega, Murcia, España^b Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio (UCAM), Murcia, España* Autor para correspondencia. Avenida Primo de Rivera 7-5D.
30008, Murcia, España.Correo electrónico: morenoegeaalfredo@gmail.com2255-2677/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2016.09.001>