

Editorial

Eventroplastia laparoscópica ambulatoria: es posible

Desde que se generalizara la colecistectomía laparoscópica sin ingreso a finales de la década de los 90, se ampliaron los márgenes y criterios de patologías subsidiarias de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de corta estancia. Parecía una quimera que enfermedades como el bocio multinodular, el cáncer de mama o incluso los procedimientos de laparoscopia avanzada, pudieran ser aceptados para este modo de tratamiento.

La eventración o hernia incisional no se escapó del que, a nuestro criterio, constituyó uno de los más revolucionarios avances quirúrgicos de nuestros días: la CMA. Como toda la patología previa, ha sido y es motivo de importante polémica entre las clásicas vertientes que apoyan las técnicas abiertas, con vigilancia durante varios días de ingreso, y las más modernas, y no por ello menos eficaces técnicas mínimamente invasivas, en régimen de cirugía sin ingreso.

Y es en este punto donde, a nuestro juicio, debemos detenernos: ¿es posible ofertar a nuestros pacientes las suficientes garantías de salud y confort operando una eventración laparoscópica y enviándoles a su domicilio en las 12 horas siguientes?

Para responder, tenemos que analizar varios puntos. El primero, es lo relativo a la laparoscopia. Es una técnica suficientemente contrastada y de amplia generalización a nivel internacional. Es segura, eficaz, sencilla, válida para el paciente, incluso recomendable, disminuye notablemente el índice global de complicaciones postoperatorias precoces y tardías y facilita una mayor rapidez de reinserción del paciente a sus actividades diarias. En definitiva, repercute a favor en su calidad de vida. Reduce además significativamente los costes en concepto de hospitalización y tratamiento posterior (1-3).

El segundo punto es lo referente a la posibilidad de complicaciones específicas inherentes a la técnica en sí: sepsis, perforación intestinal inadvertida y sangrado en el postoperatorio inmediato; y recidiva, deformidad de la pared abdominal, trastornos no corregidos de la mecánica respiratoria y la temida formación de adherencias entre asas intestinales a la malla y a los “*tackers*” o helicosuturas, tardíamente (3-5).

Y son precisamente las complicaciones precoces las que de alguna manera limitan la generalización de esta técnica en régimen ambulatorio. Pero es curiosamente aquí donde entra a jugar el tercer punto de nuestro análisis: la unidad de CMA. Por supuesto, tiene que existir una infraestructura adecuada para dar cabida a este tipo de patologías, que se considera en el apartado de cirugía laparoscópica avanzada, que incluya como requisito indispensable la adecuada selección del paciente candidato. Concretamente, debe ser de edad no avanzada, con escasa morbilidad asociada, con particular énfasis en la ausencia de patología respiratoria importante, cardiaca o de movilidad osteoarticular y obesidad. En lo referente al tipo de laparocelo, se debe seleccionar el no complicado, no magno, sin episodios de encarceración previos, preferiblemente unisacular o con sacos pequeños, en localización no distinta de la línea media, sobre todo al

Editorial

inicio, donde se prevea una cirugía con grado medio o bajo de dificultad técnica, con máxima atención en lo referente a la adhesiolisis.

En otros términos, debe existir un personal muy entrenado en cirugía laparoscópica. No es una técnica para principiantes. Requiere experiencia y, sobre todo, haber vencido con creces el primer nivel de laparoscopia básica. Es necesario conversar detenidamente con el enfermo en la consulta, explicarle con claridad acerca de la técnica, y aún más importante, de las ventajas de la ambulatorización para su recuperación, darle a conocer que va a llevar un vendaje medianamente compresivo en el abdomen durante varios días, aparte de la importancia de la movilización precoz como parte de su rehabilitación.

Requiere además, esfuerzo y empeño del personal quirúrgico, del anestesista, del cirujano y de las enfermeras, para cuidar mínimos detalles que parecen no importantes y que sin embargo, pueden ser claves en el éxito de este tratamiento. Por ejemplo, el conocimiento exacto del abdomen del paciente, saber si es globuloso de base, si tiene tendencia a la distensión para poder compararlo *a posteriori* y detectar cualquier signo centinela de complicación.

Ser muy cuidadosos con la manipulación del material protésico, seleccionar mallas bilaminares de bajo peso, de buena integración en ambas interfaces (tejido-tejido y peritoneo), seguir un protocolo único de tratamiento pre- y postoperatorio. Y luego, el cirujano ha de estar presente y participar activamente en la realización de la cura final de la herida y en la oclusión compresiva ligera, sin excesiva tensión, del o los sitios donde había sacos herniarios. Verificar que no queden pliegues en la piel cubierta por el vendaje y que este no llegue a los flancos, para que no produzca ampollas con los roces inevitables al realizar los movimientos respiratorios, que resultan molestos para el paciente y que son causa de dolor, y fiscalizar concienzudamente que el vendaje no se retire en al menos siete días (6).

Hay que realizar monitorización adecuada y ante determinados signos de alarma, no darles el alta (taquicardia, dolor abdominal importante, saturación de oxígeno menor de 90, disminución excesiva de la diuresis en las primeras horas). Es también obligado, según nuestra experiencia, que alguien del equipo quirúrgico vea al enfermo antes de enviarlo a su domicilio, sobre todo en lo referente al tema abdominal, a la palpación cuidadosa y a la ausencia de distensión importante. Es esta la clave para detectar cualquier complicación en el postoperatorio inmediato, punto que delimita finalmente el paciente subsidiario de alta precoz y el que requerirá ingreso.

Por último, el cirujano es responsable de varias revisiones en el postoperatorio. Llamada telefónica en las primeras 48 horas. No hay que olvidar que las complicaciones graves ocurren en los dos primeros días en el 90% de casos. Primera revisión en consulta a las 72-96 horas. Destape del vendaje, si no ha habido complicaciones, a los siete días, comprobar el estado de las heridas, retirar grapas y, según la magnitud del defecto en la pared, volver a colocar otra compresión menor localizada y/o acompañarlo del uso de faja abdominal durante el primer mes.

Sólo después de haber vencido estos parámetros que, a modo de resumen, incluyen buena selección e información del enfermo, impoluta técnica quirúrgica, detección de complicaciones en las primeras horas antes del alta y control postoperatorio exhaustivo fiscalizado por el cirujano responsable, entonces podremos decir que la eventroplastia laparoscópica en régimen de CMA, es posible.

J. A. Romero González

Servicio de Cirugía General B. Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Editorial

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerutti R, Bruzoni M, Iribarren C, Castagneto G, Porto E. Eventroplastia convencional versus eventroplastia laparoscópica. Análisis de recidiva y morbilidad postoperatoria. *Rev Argent Cir* 2006; 91: 21-31.
2. Moreno-Egea A, Torralba J, Girela E. Morbilidad precoz, temprana y tardía de la eventroplastia laparoscópica y tolerancia de la malla bilaminar Parietex intraabdominal. *Cir Esp* 2003; 74(5): 262-7.
3. Morales-Conde S, Abdel-Lah A, Angoso-Catalina F, Blasco F, Feliu-Pala X, Fernandez-Lobato R, et al. Técnica quirúrgica básica consensuada para el tratamiento por vía laparoscópica de las hernias ventrales. *Cir Esp* 2005; 78(4): 214-21.
4. Abdel Lah O, García Moreno FJ, Gutiérrez Romero JR, Calderón F. Experiencia inicial en la reparación de hernias incisionales/ventrales en una unidad de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia. *Cir Esp* 2005; 77(3): 153-8.
5. Moreno Egea A, Aguayo JL. Ambulatory laparoscopic repair of interior lumbar or petit haernia: a case report. *Surg Endosc* 2002; 16(7): 1107.
6. Moreno-Egea A. Cirugía laparoscópica de la eventración. *Cir Esp* 2004; 75: 214-5.