



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Cirugía mínimamente invasiva de la pared abdominal y beneficio clínicamente significativo. ¿De qué estamos hablando?



Minimally Invasive Surgery of the Abdominal Wall and Clinically Meaningful Benefit. What Are We Talking About?

Excluyendo las hernias inguinales, la reparación de los defectos de la pared abdominal con una malla utilizando un abordaje mínimamente invasivo (MI) ha experimentado una revolución en la última década. El perfeccionamiento en el conocimiento de la técnica y de la anatomía hacen que no solo se contemple el abordaje intraperitoneal (i.e., laparoscópico), sino que también se ha introducido el abordaje extraperitoneal (i.e., endoscópico). En el contexto previo, un cirujano dispone en su arsenal terapéutico MI, por un lado, de los abordajes intraperitoneales como la técnica IPOM¹, la técnica IPOM plus², la técnica preperitoneal transabdominal³, la técnica transperitoneal retrorrectal (Rives-Stoppa)⁴, la técnica LIRA⁵ o la técnica TAR⁶, y por otro lado, de los abordajes extraperitoneales como la técnica eTEP-RS (Rives-Stoppa)⁷, la técnica MILOS⁸, eTEP-TAR⁹, la técnica SCOLA¹⁰, la técnica ELAR¹¹ o la separación endoscópica de componentes¹². Además, si se dispone de la plataforma robótica Da Vinci® (Intuitive), con ella se pueden realizar la inmensa mayoría de los procedimientos previamente mencionados, tanto los intraperitoneales como los extraperitoneales. No es de extrañar entonces que ante esta «oleada» de técnicas un cirujano que quiera realizar un abordaje MI de la pared abdominal pueda tener dudas respecto a la selección más adecuada de una técnica para su paciente y pueda pensar si todas tienen un «beneficio clínicamente significativo». Es difícil enfocar y definir qué significa «beneficio clínicamente significativo»: ¿algo visto desde la perspectiva de un cirujano?, ¿desde la perspectiva de un cirujano individual o de un grupo de cirujanos?, ¿desde la perspectiva del paciente?, ¿desde la perspectiva de un paciente individual o de un grupo de pacientes?, ¿desde la perspectiva del gestor?, ¿desde la perspectiva del político?, o ¿desde la perspectiva de otros

grupos profesionales que intervienen en el cuidado del paciente, como enfermería o anestesiistas? No es mi intención debatir aquí sobre estas últimas cuestiones. Otros han intentado aclarar previamente¹³ qué significa «beneficio clínicamente significativo» resaltando que, entre las complejidades en torno a la noción de esta idea, una confusión fundamental es la fusión de dos diferentes e igualmente importantes tipos de cambio significativo. Por un lado, el concepto de cambio que sea *perceptible* para el paciente o cuidador y por otro lado el concepto de cambio que sea considerado *valioso* por el paciente o el cuidador. En el contexto de la cirugía MI de la pared abdominal (no olvidar que esta cirugía en su abrumadora mayoría se realiza en entornos de «benignidad», con lo que esto comporta para el paciente, cirujano y sociedad) un cambio *perceptible* es algo apreciable (desaparición del «bulto», mejora estética, mejora funcional, desaparición de los síntomas), un cambio *valioso* es algo útil, que «mereció la pena» (menores complicaciones a corto y largo plazo, menor estancia hospitalaria, menor dolor agudo o crónico) o quizá simplemente que el paciente lo perciba como «mejor» o más «eficaz» respecto a intervenciones previas. En mi opinión, el «beneficio clínicamente significativo» de la cirugía de la pared puede que esté inevitablemente ligado a un cambio *perceptible*, pero sobre todo es imprescindible y quizás obligatorio que esté ligado a un cambio *valioso* para el paciente. En cualquier caso y desde nuestro punto de vista, esta «reflexión» acerca del «beneficio clínicamente significativo» no es más que «opinar» desde otra perspectiva de la cirugía basada en la evidencia, la cual, conviene recordar aquí, se fundamenta en su definición en tres columnas básicas: la primera, los datos presentes en la literatura de un tema específico; la segunda, el conocimiento

del cirujano de esos datos combinado con su propia experiencia del tema en cuestión (en este caso la cirugía MI de la pared abdominal), y la tercera, los valores y preferencias del paciente respecto al problema de pared que presenta para tratar.

Todas las nuevas técnicas MI de las que se dispone en la actualidad en la cirugía de la pared abdominal deben recopilar datos sobre sus resultados a corto, medio y largo plazo, ya que el cirujano debe conocer las técnicas con sus resultados para que finalmente, tras una «discusión» con el paciente donde se le informe de las características de su proceso y se le expongan los potenciales beneficios y perjuicios de las diferentes opciones terapéuticas, este último pueda «escoger» de acuerdo a sus valores y preferencias en el contexto de una decisión compartida¹⁴. La decisión compartida puede considerarse como un mecanismo para aplicar evidencia con un paciente individual a través de la personalización de la decisión clínica y puede verse como un continuo a lo largo del cual la medida en que el paciente o el cirujano toman la responsabilidad de los procesos de la toma de decisiones varía: en los extremos estarán las decisiones dirigidas por los cirujanos y las decisiones dirigidas por los pacientes, con muchos otros enfoques posibles en el medio.

En mi opinión, la mejor manera de llevar a cabo lo previamente expuesto (i.e., cirugía MI de la pared abdominal basada en la evidencia) es hacerlo en el contexto de unidades especializadas¹⁵, las cuales deberían estar acreditadas o certificadas por una sociedad interesada en los problemas de la pared abdominal (a nivel nacional o internacional), deberían realizar un mayor volumen de casos en todos los tipos de cirugía de pared en comparación con un departamento de cirugía general promedio de su país, deberían estar compuestas por cirujanos de pared abdominal experimentados para todos los tipos de cirugía de pared recomendados en las guías al respecto, y además estos cirujanos deberían ser los responsables de la educación y capacitación en la cirugía de pared en su departamento, deberían tratar a los pacientes de acuerdo con las pautas actuales y recomendaciones científicas, deberían documentar cada caso de forma prospectiva en un registro o base de datos de control de calidad y, por supuesto, deberían realizar un seguimiento de sus pacientes para comparar sus propios resultados con los datos de referencia con el objetivo de una mejora continua de sus tratamientos y así garantizar su contribución a la investigación en la terapéutica de los problemas de la pared abdominal. Puede que algún cirujano al leer estas líneas piense que en su hospital no se pueden «organizar» unidades especializadas dadas las características «asistenciales» particulares, y que la cirugía de la pared en su hospital solo la harán cirujanos con «especial interés»; sin embargo, aun en estos casos esos cirujanos con «especial interés» deberían estar acreditados, formados y tener una cultura de registro de datos. Es probable que todavía quede camino por recorrer en todos estos aspectos de la cirugía de la pared abdominal. Aun así, creo que solo de esta manera se podrá dar respuesta a que técnicas MI tienen un «beneficio clínicamente significativo» en la cirugía de la pared abdominal con un efecto *perceptible*, por supuesto, pero sobre todo *valioso* para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. LeBlanc K, Booth W. Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: Preliminary findings. *Surg Laparosc Endosc.* 1993;3:39-41.
2. Chelala E, Baraké H, Estievenart J, Dessily M, Charara F, Allé JL. Long-term outcomes of 1326 laparoscopic incisional and ventral hernia repair with the routine suturing concept: A single institution experience. *Hernia.* 2016;20:101-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-015-1397-y>.
3. Prasad P, Tantia O, Patle NM, Khanna S, Sen B. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair of ventral hernia: A step towards physiological repair. *Indian J Surg.* 2011;73:403-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s12262-011-0366-7>.
4. Schroeder AD, Debus ES, Schroeder M, Reinbold WM. Laparoscopic transperitoneal sublay mesh repair: A new technique for the cure of ventral and incisional hernias. *Surg Endosc.* 2013;27:648-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-012-2508-9>.
5. Gómez-Menchero J, Guadalajara Jurado JF, Suárez Grau JM, Bellido Luque JA, García Moreno JL, Alarcón del Agua I, et al. Laparoscopic intracorporeal rectus aponeuroplasty (LIRA technique): A step forward in minimally invasive abdominal wall reconstruction for ventral hernia repair (LVHR). *Surg Endosc.* 2018;32:3502-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-018-6070-y>.
6. Belyansky I, Zahiri HR, Park A. Laparoscopic transversus abdominis release, a novel minimally invasive approach to complex abdominal wall reconstruction. *Surg Innov.* 2016;23:134-41. <http://dx.doi.org/10.1177/1553350615618290>.
7. Belyansky I, Daes J, Radu VG, Balasubramanian R, Reza Zahiri H, Weltz AS, et al. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair. *Surg Endosc.* 2018;32:1525-32. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-017-5840-2>.
8. Reinbold W, Schröder M, Schröder A, Berger C, Nehls J, Stoltenberg W, et al. Minimally invasive sublay mesh repair of incisional and primary abdominal wall hernias using the MILoS technique. *Eur Surg.* 2017;49:59-64.
9. Baig SJ, Priya P. Extended totally extraperitoneal repair (eTEP) for ventral hernias: Short-term results from a single centre. *J Minim Access Surg.* 2019;15:198-203. http://dx.doi.org/10.4103/jmas.JMAS_29_18.
10. Claus CMP, Malcher F, Cavazzola LT, Furtado M, Morrell A, Azevedo M, et al. Subcutaneous onlay laparoscopic approach (SCOLA) for ventral hernia and rectus abdominis diastasis repair: Technical description and initial results. *Arq Bras Cir Dig.* 2018;31:e1399. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020180001e1399>.
11. Köckerling F, Botsinis MD, Rohde C, Reinbold W, Schug-Pass C. Endoscopic-assisted linea alba reconstruction: New technique for treatment of symptomatic umbilical, trocar, and/or epigastric hernias with concomitant rectus abdominis diastasis. *Eur Surg.* 2017;49:71-5. <http://dx.doi.org/10.1007/s10353-017-0473-1>.
12. Lowe JB, Garza JR, Bowman JL, Rohrich RJ, Strodel WE. Endoscopically assisted "components separation" for closure of abdominal wall defects. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:720.
13. Weinfurt KP. Clarifying the meaning of clinically meaningful benefit in clinical research: Noticeable change vs valuable change. *JAMA.* 2019;322:2381-2. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.18496>.
14. Ubbink DT, Hageman MG, Legemate DA. Shared decision-making in surgery. *Surg Technol Int.* 2015;26:31-6.

15. Köckerling F, Sheen AJ, Berrevoet F, Campanelli G, Cuccurullo D, Fortelny R, et al. Accreditation and certification requirements for hernia centers and surgeons: The ACCESS project. *Hernia*. 2019;23:185-203. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-018-1873-2>.

Manuel López Cano^{a,b,c}

^aProfesor Titular de Cirugía, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^bCoordinador de la Unidad de Cirugía de la Pared Abdominal, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^cCoordinador de la Sección de Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), España

Correo electrónico: mlpezcano@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.01.008>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.