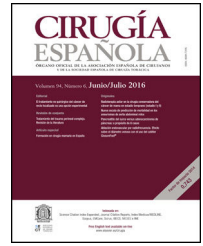




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

El cierre de laparotomía media basado en la evidencia y la evidencia de su uso

Evidence-based midline laparotomy closure and evidence of its use



«Cuiusvis hominis est errare: nullius nisi insipientis, perseverare in errore.»

CICERÓN (Filípicas XII)

La ciencia avanza de forma acelerada y a veces es difícil distinguir «el grano de la paja». En otras ocasiones la dificultad estriba en la capacitación técnica o tecnológica para implementar los cambios. Este no es el caso del cierre de una laparotomía media, que actualmente dispone de evidencias científicas de suficiente calidad¹⁻³ como para justificar la permuta a una técnica de cierre preferente. Así lo recomiendan las guías de la EHS⁴. Para su implementación se requieren «herramientas» tan sencillas como: una regla para medir la longitud de la incisión y la longitud de hilo usado; realizar una sutura continua con un hilo de absorción lenta de calibre 2/0 montado en una aguja de pequeño tamaño, y una calculadora para comprobar que la relación longitud de la sutura/longitud de la herida de incisión (LS/LH) sea superior a 4/1⁵.

Los cirujanos usamos laparotomías para poder tratar de forma directa la enfermedad. Puede resultar poco justificable que el paciente tenga complicaciones relacionadas con un gesto técnico que el cirujano debe «controlar» al 100% si sigue las recomendaciones de estudios de calidad. Puede ser aún menos justificable cuando el tratamiento de las complicaciones (p.ej., hernia incisional [HI]) requiere una nueva intervención quirúrgica, en ocasiones más compleja que la inicial. En otros tiempos en los que primaba salvar la vida del paciente pese a las posibles complicaciones puede que la aparición de una HI se considerara un «mal menor». Hoy en día, esto resulta insuficiente. No resulta razonable «conmutar la pena» de la enfermedad, por la «penalización» de una HI.

Aunque la implementación de la evidencia es lenta y puede depender de diversos factores⁶, llama la atención que, pese a la existencia de dos estudios aleatorizados²⁻³ que incluyen a casi 1.300 pacientes y que demuestran que la técnica de «puntos cortos» (*short stitch* o *small bites*) es efectiva para la prevención

de HI e incluso para la de la infección de herida (ISQ), esta técnica no se haya generalizado^{7,8}.

Incluso cuando se establecen sistemas de aprendizaje y medidas de control⁸, un gran número de cirujanos no cumplen con las recomendaciones (solo el 31% realizaron el cierre siguiendo correctamente el protocolo), pese a reconocer conocimiento suficiente de la técnica y la evidencia científica asociada (el 95% conocían la técnica de puntos cortos y el 98% la importancia de la relación LS/LH, el 82% afirmaban usar la técnica de puntos cortos, pero solo el 53% medían sistemáticamente la relación LS/LH). De forma interesante, en este estudio se produjeron menos HI y evisceraciones cuando se cumplieron las recomendaciones.

De hecho, si comparamos los resultados de los pacientes incluidos en estos tres estudios^{2,3,8}, que suman un total de 1.401 pacientes (719 vs. 682), la técnica de puntos cortos fue significativamente más efectiva tanto para la prevención de HI (OR: 2,184; IC 95%: 1,530-3,115; $p = 0,0001$) como para de la ISQ (OR: 1,516; IC 95%: 1,109-2,072; $p = 0,009$).

Las redes sociales pueden ser un «termómetro» de opinión del «pensamiento» de la comunidad quirúrgica al respecto. Así, se pueden leer comentarios inopinados, como «*When I use 0 o 0 loyp I sleep much better*»⁹, o en encuestas como la realizada por la revista *Diseases of Colon and Rectum*¹⁰, en la que el 63% de un total de 254 cirujanos afirmaron usar una sutura de polidioxanona de n.º 1 montada en una aguja grande para el cierre de una laparotomía media. Por otra parte, resulta inverosímil que algunos cirujanos sigan usando suturas con lazo, o hayan comenzado a usar suturas barbadas para el cierre de la pared abdominal, pese a que la evidencia es como mínimo controvertida, de baja calidad o en algunos estudios comparativos se ha demostrado inferior¹¹⁻¹³.

Probablemente, para un cirujano que trate patología intraabdominal (sea cual sea la especialización), abrir y cerrar el abdomen será la maniobra más frecuentemente realizada durante toda su vida profesional; por ello, cabe suponer que la

técnica que se utilice sea la que disponga de mayor soporte científico sin tener en cuenta otros parámetros, como la facilidad o la rapidez de ejecución. Por la trascendencia de las complicaciones asociadas y las repercusiones que estas tienen en el paciente, no creemos que nadie se sorprenda si afirmamos que el cierre de una laparotomía debe tener una relevancia equivalente a la de una sutura intestinal o a la de cualquier sistema utilizado para la hemostasia. Los cirujanos deben ser conscientes que no solo tienen que curar la enfermedad del paciente, sino que deben además procurar que se produzca con las mínimas complicaciones relacionadas con su actuación.

Conscientes de todo ello, la Sección de Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos ha puesto en marcha cursos teóricos y prácticos para residentes en los últimos seis años. Los cirujanos en formación son muy sensibles a estas iniciativas, pero en encuestas realizadas durante dichos cursos solo el 35% conocían y comprobaban sistemáticamente la relación LS/LH, el 12% la conocían pero no se la dejaban usar, el 54% afirmaban que la técnica de puntos cortos se usaba habitualmente en su hospital, el 31% no sabían lo que era y el 15% la conocían pero no la usaban.

Todo ello no afecta únicamente a la cirugía digestiva, sino que se debería difundir y utilizar en cualquier especialidad que utilice una laparotomía para conseguir sus fines terapéuticos. En nuestra opinión, es obligación de las jefaturas de servicio, las sociedades científicas y los dirigentes sanitarios asegurar que los cirujanos estén capacitados y realicen de forma adecuada el cierre de las laparotomías. Las circunstancias técnicas deberían registrarse de forma adecuada en las hojas operatorias e incluso en un registro nacional que permita auditar que se realice de forma adecuada. Los cirujanos deberían controlar sus resultados y estar dispuestos a cambiar. Ante la evidencia científica sólida, es evidente que debemos renovar nuestras ideas y modificar nuestra práctica.

«To change is difficult, not to change is fatal.»

WILLIAM G. POLLARD (1911-1989)

BIBLIOGRAFÍA

1. Harlaar JJ, van Ramshorst GH, Nieuwenhuizen J, ten Brinke JG, Hop WC, Kleinrensink GJ, et al. Small stitches with small suture distances increase laparotomy closure strength. *Am J Surg*. 2009;198:392-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2008.10.018>.
2. Deerenberg EB, Harlaar JJ, Steyerberg EW, Lont HE, van Doorn HC, Heisterkamp J, et al. Small bites versus large bites for closure of abdominal midline incisions (STITCH): A double-blind, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386:1254-60. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60459-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60459-7).
3. Millbourn D, Cengiz Y, Israelsson LA. Effect of stitch length on wound complications after closure of midline incisions: A randomized controlled trial. *Arch Surg*. 2009;144:1056-9. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2009.189>.
4. Muysoms FE, Antoniou SA, Bury K, Campanelli G, Conze J, Cuccurullo D, et al. European Hernia Society. European Hernia Society guidelines on the closure of abdominal wall

- incisions. *Hernia*. 2015;19:1-24. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-014-1342-5>.
5. Israelsson LA, Millbourn D. Prevention of incisional hernias: How to close a midline incision. *Surg Clin North Am*. 2013;93:1027-40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2013.06.009>.
6. Yheulon C, Davis SS Jr. Adopting the STITCH trial: Crossing the chasm from publication to practice. *JAMA Surg*. 2019;154:1087-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2019.3358>.
7. Bloemen A, de Kleijn RJCME, van Steensel S, Aarts F, Schreinemacher MHF, Bouvy ND. Laparotomy closure techniques: Do surgeons follow the latest guidelines? Results of a questionnaire. *Int J Surg*. 2019;71:110-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2019.09.024>.
8. Pereira Rodríguez JA, Amador-Gil S, Bravo-Salva A, Montcusí-Ventura B, Sancho-Insenser JJ, Pera-Román M, et al. Small bites technique for midline laparotomy closure: From theory to practice: Still a long way to go. *Surgery*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2020.12.007>.
9. Consultado 25 Ene 2021. Disponible en: <https://www.facebook.com/groups/herniacollab>.
10. Consultado 25 Ene 2021. Disponible en: <https://twitter.com/DCRjournal/status/1326968347762765824>
11. Cengiz Y, Månsson P, Israelsson LA. Conventional running suture and continuous double loop closure: An experimental study of wound strength. *Eur J Surg*. 2000;166:647-9. <http://dx.doi.org/10.1080/110241500750008321>.
12. Guitarte C, Grant J, Zhao H, Wang S, Ferriss JS, Hernandez E. Incisional hernia formation and associated risk factors on a gynecologic oncology service: An exploratory analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;294:805-11. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-016-4100-3>.
13. Bellón JM, Pérez-López P, Simón-Allue R, Sotomayor S, Pérez-Köhler B, Peña E, et al. New suture materials for midline laparotomy closure: An experimental study. *BMC Surg*. 2014;14:70. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-14-70>.

José Antonio Pereira Rodríguez^{a,b,c,*} y Manuel López Cano^{d,e,f}

^aDepartamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^bSecretario de la Sección de Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos

^cDepartamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^dDepartamento de Cirugía, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^eUnidad de Cirugía de la Pared Abdominal, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

^fCoordinador de la Sección de Pared Abdominal de la Asociación Española de Cirujanos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpereira@parcdesalutmar.cat
(J.A. Pereira Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.03.013>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.