

# RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INCISIONALES CON LA TECNICA RIVES-STOPPA EN LA II CATEDRA DE CLINICA QUIRURGICA

## RESULTS OF THE TREATMENT OF INCISIONAL HERNIA WITH THE RIVES-STOPPA TECHNIQUE AT THE II SERVICE OF SURGICAL CLINIC

Cuenca Osmar<sup>1</sup>, Ferreira Rosa<sup>2</sup>, Escobar Evelyn<sup>3</sup>, Pederzoli Rodrigo<sup>4</sup>,  
Ever Sosa<sup>5</sup>, Jazmín Coronel<sup>5</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** La reparación de la hernia incisional utilizando la técnica de Rives-Stoppa es una técnica, con bajos índices de recidivas (3 a 12 %) y complicaciones (15 %). **Objetivo:** Describir los resultados en la aplicación de la Técnica de Rives-Stoppa en el tratamiento de las hernias incisionales. **Pacientes y método:** estudio, observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con muestreo no probabilístico, de casos consecutivos, desde enero 2010 a diciembre 2015. **Resultados:** n: 38 pacientes, siendo mujeres 33 (86,8 %) y varones 5 (13,2 %). La edad promedio 52,5 años (20 - 78). Las patologías de base: 33 (86,8 %). Localización de hernias incisionales, 36 (94,7%) de la línea media y 2 ventrolaterales. Antecedentes quirúrgicos, el más frecuente Cesárea 13 (34,2 %). Promedio tiempo quirúrgico 116,7 minutos. Tuvimos 1 (2,6 %) complicación local, sangrado tejido celular. Estancia hospitalaria promedio 2,3 días. **Conclusión:** En la reconstrucción y refuncionalización de la pared abdominal es una opción efectiva.

**Palabras clave:** Hernia incisional, técnica de Rives-Stoppa.

### SUMMARY

**Introduction:** the repair of incisional hernia using Rives-Stoppa technique is a technique, with low rates of recurrence (3 to 12 %) and complications (15 %). **Objective:** To describe the results in the application of the Rives-Stoppa technique in the treatment of incisional hernias. **Patients and methods:** study, observational, descriptive, retrospective, cross-sectional, with sampling non-probability, of consecutive cases, from January 2010 to December 2015. **Results:** n: 38 patients, being 33 (86.8 %) women and men 5 (13.2 %). The age average 52.5 years (20-78). The pathologies... The underlying pathologies: 33 (86.8 %). Location of incisional hernias, 36 (94.7 %) of the middle line and ventrolateral 2. Surgical history, the most frequent cesarean section 13 (34.2 %). Average operative time 116.7 minutes. We had 1 (2.6 %) local complications, bleeding tissue cell. Hospital stay average 2.3 days. **Conclusion:** In the reconstruction and reorganization of the abdominal wall is an effective option.

**Key words:** Incisional Hernia, Rives-Stoppa technique.

### INTRODUCCIÓN

Durante la etapa en la que se efectuaban exclusivamente hernioplastias con tejido autólogo, las hernias ventrales de pared muy grandes (umbilicales, lumbares, de Spiegel y epigástricas) y las hernias incisionales eran las que obtenían los peores resultados, puesto que en la literatura mundial se reporta un índice de recurrencias de 40 a 50 %, en comparación con los resultados moderadamente aceptables de las hernias inguinales con cierres con tensión, cuyas recurrencias iban de 15 a 20%<sup>1-3</sup>.

El riesgo de una evisceración posterior a una laparotomía es de 0,24 a 5,8% y la frecuencia de hernias incisionales se ha calculado entre 10 y 12% (rango de 3 a 19%) de los pacientes que son sometidos a cirugía abdominal en la cual se incide la aponeurosis<sup>3-7</sup>. Hasta el 80% de estas hernias aparecen dentro del primer año de la operación. Entre las causas que predisponen a la aparición de una hernia posterior a una laparorrafia se encuentran los factores sistémicos, los locales y los técnicos<sup>1</sup>.

En 1973 Jeans Rives y René Stoppa, en Francia, y Lichtenstein, Amid y Shulman, en EUA, describieron los principios y lineamientos básicos de las plastias sin tensión para las hernias de pared<sup>8</sup>, con los cuales se lograron índices de recurrencia sorprendentemente bajos en hernias inguinales (menores al 1%) y en hernias incisionales (de 2 a 5%). Estos principios se basan en la colocación de grandes fragmentos de material protésico en el espacio preperitoneal o retromuscular. Para lograr un efecto de tapón en lugar de un simple parche, se endurece el peritoneo para que no sea distensible, y con su gran tamaño se redistribuye la presión abdominal sobre el anillo herniario. Los nombres con que se conoce este

II Cátedra de Clínica Quirúrgica FCM-UNA. Hospital de clínicas. San Lorenzo-Paraguay

1. Prof. Dr. Titular de Clínica Quirúrgica
2. Jefe de sala
3. Residente de Mastología
4. Jefe de Residentes e Internos
5. Residentes de Cirugía General

Autor correspondiente: Dra. Rosa Ferreira Acosta - Correo electrónico: rferreirapederzoli@gmail.com

Fecha de recepción: 15/07/17 - Fecha de aceptación: 10/08/17

método de reparación son técnica de Stoppa, cuando se efectúa en la región inguinal, y técnica de Rives cuando se usa para hernias incisionales o de pared<sup>3</sup>. Gráfico 1.

Por su alta incidencia, las hernias de la pared abdominal, en general y las incisionales, en particular, representan un problema de salud en todo el mundo<sup>9</sup>. Por tipo de hernia, la incisional ocupa el tercer lugar en frecuencia después de la inguinal y la umbilical y la segunda causa más común de consulta en cirugía general y se considera el fracaso de la reconstrucción de la pared abdominal de una operación anterior. Se presentan entre 12 y 15 % de todas las laparotomías convencionales y entre 3 y 8 % de las practicadas a través de los puertos laparoscópicos<sup>10</sup>.

Debido a la alta prevalencia de las afecciones de la pared abdominal y de los excelentes resultados obtenidos por la técnica de Rives-Stoppa en el tratamiento de las mismas, nuestro objetivo es describir los resultados en la aplicación de la Técnica de Rives-Stoppa en el tratamiento de las hernias incisionales de la pared abdominal en la ICCCQ del Hospital de Clínicas de San Lorenzo.

## PACIENTES Y MÉTODO

Es un estudio con diseño observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con muestreo no probabilístico, de casos consecutivos.

Se revisaron 38 historias de Pacientes con diagnóstico de hernia incisional tratados con la técnica de Rives-Stoppa, en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, desde enero del 2010 a diciembre 2015.

Las variables del estudio fueron: Sexo, Edad, Patología de base, Tipo de Hernia incisional, Antecedente quirúrgico que originó la hernia Tamaño del defecto, Tiempo quirúrgico, Cirujano interviniente, Procedimiento quirúrgico asociado, Complicaciones, Estancia hospitalaria

Los datos recolectados serán introducidos en una planilla electrónica Excel, y posteriormente analizados empleando estadística descriptiva tales como porcentaje, distribución de frecuencias para variables categóricas y media, mediana, desvío standard y percentiles para las variables numéricas o continuas.

## RESULTADOS

En la realización de esta investigación 38 (n) pacientes reunían los criterios de inclusión y se constituyeron en la muestra de este trabajo. De los cuales 33 (86,8 %) eran del género femenino, 5 (13,2 %) del género masculino.

Los pacientes presentaron un promedio de edad de 52,5 años (entre 20 y 78 años).

Los pacientes que presentaron patologías de base fueron 33 (86,8 %), algunos presentaban más de una, no presentaron ninguna patología de base 5 (13,2 %). Padecían Hipertensión Arterial (HTA): 20 (52,6 %) pacientes, Diabetes Mellitus tipo II (DM tipo II): 6 (15,8 %) pacientes, Dislipidemia: 4 (10,5 %), Insuficiencia Cardíaca (IC): 1 (2,6 %) paciente, Artrosis: 1 (2,6 %) y Enfermedad de Chagas: 1 (2,6 %). **Tabla 1.**

En cuanto a la localización de las hernias incisionales, 36 (94,7 %) fueron de la línea media: supraumbilicales, 3 (7,8 %); yuxtaumbilicales, 1 (2,6 %); infraumbilicales, 27 (71 %); xifopubiana, 5 (13 %) y 2 fueron ventrolaterales: Kocher subcostal, 1 (2,6 %) y Mc Burney, 1 (2,6 %). **Tabla 2.**

Los antecedentes quirúrgicos que originaron las hernias incisionales fueron: Cesárea, 13 (34,2 %); laparotomía por peritonitis aguda de origen apendicular, 8 (21%); histerectomía, 7 (18,4 %); colecistectomía videolaparoscópica, 2 (5,2%); restitución del tránsito intestinal, 2 (5,2 %); laparotomía por ruptura de embarazo ectópico, 1 (2,6 %); ooforectomía abierta por quiste de ovario hemorrágico, 1 (2,6 %); adenomectomía abierta, 1 (2,6 %); nefrectomía abierta, 1 (2,6 %); colecistectomía abierta, 1 (2,6 %) y apendicectomía abierta, 1 (2,6 %). **Tabla 3.**

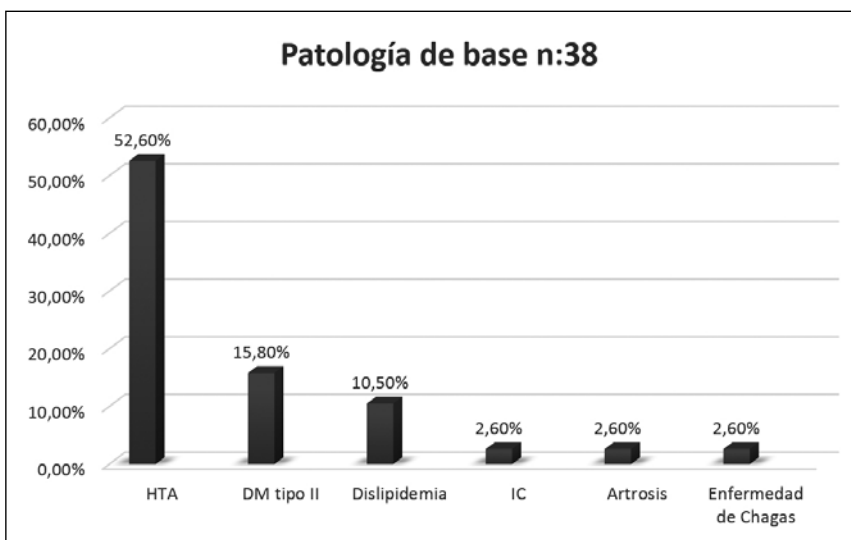
La clasificación según el tamaño fue: menores a 5 cm, 8 (21%); de 5 a 10 cm 23 (60,5 %); de 10 a 15 cm, 6 (15,7 %) y mayor de 15 cm, 1 (2,6 %). **Tabla 4**

El promedio de tiempo quirúrgico fue de 116,7 minutos; 30 (79 %) de las cirugías fueron realizadas por residentes y 8 (21 %) por especialistas en pared abdominal.

Los procedimientos quirúrgicos asociados a la reparación de pared fueron: dermolipectomía, 2 (5,2 %); colecistectomía: 8 (21 %) y restitución del tránsito intestinal: 1 (2,6 %).

Solo se registró 1 (2,6 %) complicación local, correspondiente a un sangrado de tejido celular subcutáneo.

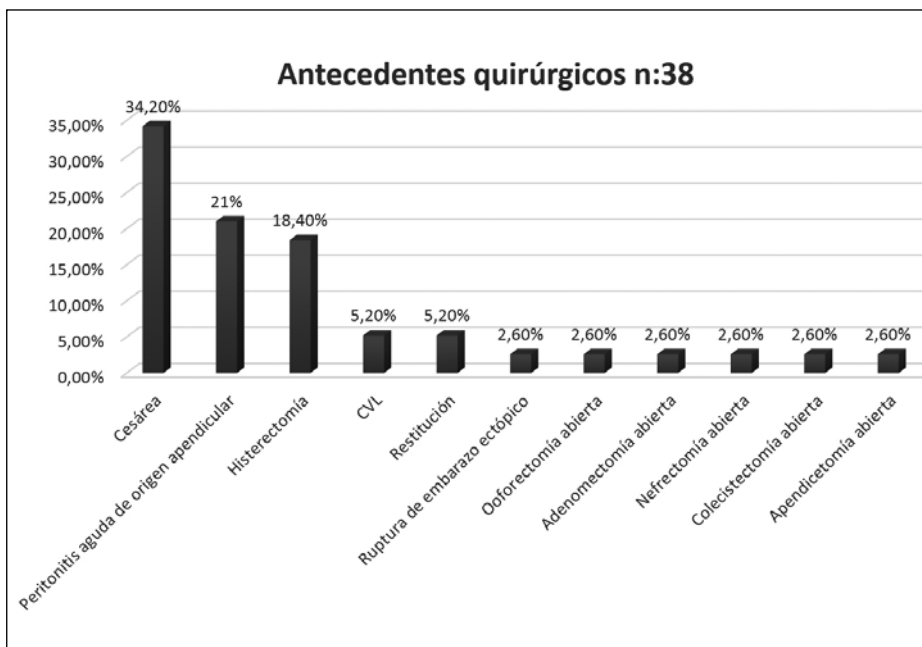
La estancia hospitalaria promedio fue de 2,3 días.



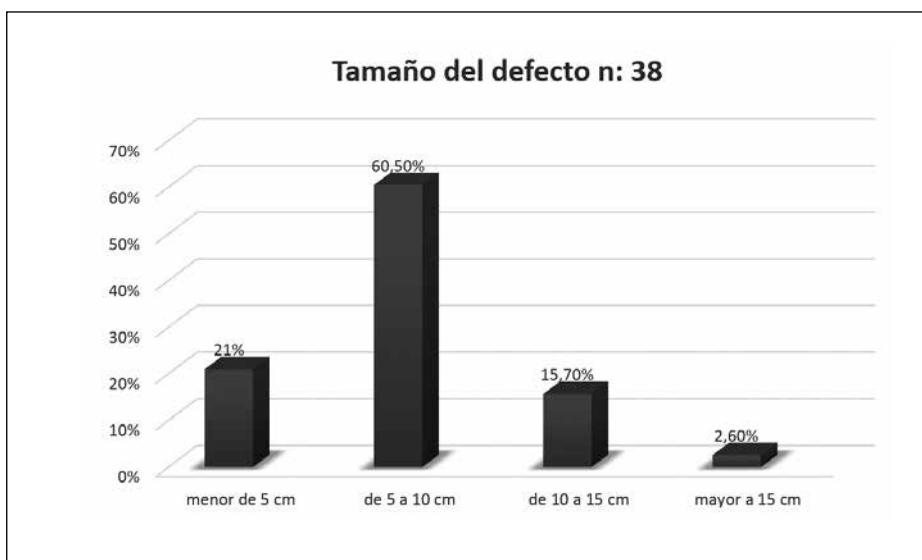
**Tabla 1.** Patología de base. Archivo del Hospital de Clínicas-San Lorenzo.

**Tabla 2**

Hernias Incisionales	Localización	%
Infraumbilicales	27	71%
Supraumbilicales	3	7.8%
Yuxtaumbilicales	1	2,6%
Xifopubiana	5	13%
Ventrolaterales	2	2,6%
	38	100%



**Tabla 3.** Antecedentes quirúrgicos que originaron la hernia incisional. Archivo del Hospital de Clínicas-San Lorenzo.



**Tabla 4.** Tamaño del defecto. Archivo del Hospital de Clínicas-San Lorenzo.

## DISCUSIÓN

La reparación de la hernia incisional utilizando la técnica de Rives-Stoppa ha sido durante casi 40 años la técnica más popular en todo el mundo, con bajos índices de recidivas (3 a 12% en diferentes series) y de complicaciones (15%)<sup>11,12</sup>. Con el cambio de algunos conceptos generales a todas las reparaciones, como sería la reconstrucción y refuncionalización de la línea media (cierre o aproximación máxima del defecto herniario)<sup>13,14</sup>, el uso de la técnica de separación de componentes<sup>15</sup> y la técnica de infiltración de toxina botulínica<sup>16</sup>, la efectividad de la técnica de Rives aumentó.

En un trabajo realizado por los doctores: Juan Carlos Mayagoitia González, Héctor Armando Cisneros Muñoz y Daniel Suárez Flores titulado Hernioplastia de la pared abdominal con técnica de Rives en junio del 2002, en un periodo de un poco más de 5 años contaban con 100 pacientes intervenidos con esta técnica. En el trabajo de los doctores Alberto Acevedo, Juan Carlos Justiniano y Juan Lombardi publicado en la revista chilena de cirugía en abril del 2004, en un periodo de 7 años contaban con 64 casos. En nuestro trabajo en un periodo de 6 años, contamos con 38 pacientes. En cuanto a la distribución según el género, los tres trabajos presentan predominancia del género femenino. Los primeros encontraron con 77%, los segundos 75% y nosotros 86,8%.

En el estudio de Mayagoitia y colaboradores, los pacien-

tes presentaron edades entre 31 y 84 años, en el trabajo del Dr. Acevedo y colaboradores entre 45 y 72 años y en el presente trabajo iban de 20 y 78 años.

En cuanto a las morbilidades encontradas el 26% padecían HTA en la primera serie, 25% en la segunda comparados con los 52,6% pacientes de nuestra serie, DM tipo II, 13% los primeros, 9,3% los segundos, en comparación con los 15,8% de nuestros pacientes.

En cuanto a la localización de las hernias incisionales, En el trabajo de Mayagoitia y cols. 81 % fueron de la línea media, en el de Acevedo y cols. 100%, en comparación con nuestra serie donde encontramos 94,7% y el resto ventrolaterales.

Los antecedentes quirúrgicos que originaron las hernias incisionales disienten con el trabajo de Mayagoitia, Cesárea, 21% ellos, 34,2%, nosotros; histerectomía: 5% ellos, 18,4% nosotros; nefrectomía abierta: 2% ellos, 2,6% nosotros; colecistectomía abierta, 10% ellos, 2,6% nosotros.

Se presentaron complicaciones tempranas en 13% en la serie del Dr. Mayagoitia y col., 6,25% en la serie del Dr. Acevedo y Solo 2,6% en nuestra serie, correspondiente a un sangrado de tejido celular subcutáneo.

No se registra ningún óbito, en ninguna de las series.

La estancia hospitalaria promedio fue similar con la serie de Mayagoitia 2,1 días en la de ellos y de 2,3 días en la nuestra, menores que en la serie de Acevedo de 3,9 días.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rath A M: The healing of laparotomies; a bibliographic study. Part Two: Technical aspects. *Hernia* 2000; 4:41-48.
2. Mayagoitia G J C: Acceso anterior para hernioplastia lumbar pos incisional. *Cir Gen* 2001; 23(1):40-43.
3. Stoppa R, Ralaimiamanana F, Henry X, Verhaeghe P: Evolution of large ventral incisional hernia repair. French contribution to a difficult problem. *Hernia* 1999;3:1-3.
4. Stoppa R, Henry X, Abet D, Largueche S, Verhague P et al.: Que faire devant une éventration post-opératoire? *Cah Méd* 1979;(4)30:2051-32061.
5. Morales G M I, Pérez M A, Rivera A R: Hernias incisionales operadas por cirujanos adscritos y residentes de cirugía. *Cir* 1998;66:130-134.
6. Abye B, Luna G: Incidence of abdominal wall hernia in aortic surgery. *Am J Surg* 1998;175(5):400-402.
7. Morris, Stif fG, Cooles G, Moore R, Jurewicz A, Lord R: Abdominal wall hernia in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Br J Surg* 1997;84(5):615-617.
8. Stoppa R, Abourachid H, Duclaye C, Henry X, Petit J: Plastiedes hernies de l'aine. L'interpositions ansfixation de tuile de Dacron par voie médiane sous-péritonéale. *Nov Presse Med* 1973;2:1949-1951.
9. Álvarez Quintero R, Mayagoitia GJC. Cirujano de hernias. Mito o realidad. *Cir Gral* 2004; 27:261-2.
10. Burger JW, Luijendijk RW, Hop WC. Long term follow-up of a randomized controlled trial of suture versus mesh repair of incisional hernia. *Ann Surg* 2004; 240(4): 578-585.
11. Mayagoitia GJC, Cisneros MHA, Suárez FD. Hernioplastia de la pared abdominal con técnica de Rives. *Cir Gral* 2003; 25: 19-24.
12. Mayagoitia GJC, López HJA, Suárez FD, Cisneros MHA. Fijación transcutánea de la malla en hernioplastia incisional para disminuir complicaciones tempranas. *Cir Gral* 2004; 26: 248-251.
13. Muysims FE, Cathenis KK, Claeys DA. "Suture Hernia": identification of a new type of hernia prerseting as a recurrence after laparoscopic ventral hernia repair. *Hernia* 2007; 11: 199-201.
14. Chelala E, Thoma M, Tatete B, Lemye AC, Dessily M, Alle JL. The suturing concept for laparoscopic mesh fixation in ventral and incisional hernia repair-Mid-term analysis of 400 cases. *Surg Endosc* 2007; 21: 391-395.
15. Ramírez OM, Ruas E, Dellon AL. "Component separation" method of closure of abdominal-wall defects: an anatomic and clinical study. *Plastic Reconstr Surg* 1990; 86: 519-526.
16. Ibarra-Hurtado TR, Nuño-Guzmán CM, Echeagaray-Herrera JE, Robles Véles E, de Jesús González-Jaime J. Use of botulinum toxin type A before abdominal wall reconstruction. *World J Surg* 2009; 33: 2553-2556.