

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Cirugía mínimamente invasiva para la reconstrucción de la pared abdominal. Una nueva era en el tratamiento de las hernias complejas de la pared abdominal

Minimally invasive surgical approach for abdominal wall reconstruction.
A new era in treatment of complex abdominal wall hernias

Youri Mnouskin

Head of Advanced Laparoscopy Unit, Assuta Ashdod Public Hospital, Ben-Gurion University of the Negev; Ashdod, Israel.

Este artículo tiene como objetivo familiarizar a la comunidad médica en general con la historia de la evolución y la amplia gama de nuevos métodos mini-invasivos de tratamiento quirúrgico para las hernias de la pared abdominal. Se discutirán las indicaciones, ventajas, desventajas y posibles perspectivas de futuro.

Desde la antigüedad, el tratamiento de las hernias de la pared abdominal ha preocupado a los cirujanos. La amplia gama de métodos quirúrgicos, propuestos a su debido tiempo, refleja la diversidad en las tradiciones de varias escuelas quirúrgicas y la falta de comprensión de la fisiología y anatomía de la pared abdominal. Durante la segunda mitad del siglo pasado, la cirugía de la pared abdominal ha dado un importante paso adelante. Esto fue facilitado por la introducción

de prótesis de malla sintética y una comprensión fundamental de la anatomía de la pared abdominal. Estos avances fueron posibles principalmente gracias a la experiencia adquirida durante la reparación de las hernias inguinales.

En este sentido, la contribución más significativa al desarrollo de la cirugía moderna de la pared abdominal está asociada con los nombres de tres destacados cirujanos franceses que se adelantaron a su tiempo. Solo con el desarrollo de la técnica laparoscópica, la comunidad quirúrgica general se dio cuenta del verdadero valor de su herencia. El primero de ellos, Henri Rene Fruchaud, publicó dos libros en 1956, en los que describía la presencia de una zona débil en la ingle y la denominó orificio miopectíneo. El segundo, Rene Stoppa, describió en 1965 la reparación de hernias inguinales

Palabras clave: procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos; pared abdominal; hernia incisional; reconstrucción.

Keywords: minimally invasive surgical procedures; abdominal wall; incisional hernia; reconstruction.

Fecha de recibido: 10/01/2021 - Fecha de aceptación: 25/01/2021 - Fecha de publicación en línea: 30/03/2021

Correspondencia: Youri Mnouskin, MD; Head of Advanced Laparoscopy Unit, Assuta Ashdod Hospital Public Hospital, 7 HaRefu'ah St., 7747629 Ashdod, Israel. Teléfono: 08-3004100. Correo electrónico: drmanos90@yahoo.com

Citar como: Mnouskin Y. Cirugía mínimamente invasiva para la reconstrucción de la pared abdominal. Una nueva era en el tratamiento de las hernias complejas de la pared abdominal. Rev Colomb Cir. 2021;36:397-403. <https://doi.org/10.30944/20117582.881>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

bilaterales, escrotales grandes e inguinales recurrentes. La técnica de Stoppa incluía colocar una malla protésica en el plano preperitoneal sobre el orificio miopectíneo de Fruchaud, permitiendo así el refuerzo de la pared abdominal de la región inguinal. Por último, Jean Rives en 1966 introdujo el concepto de *Reparación de Malla Retro-Rectus*. Rives realizó su trabajo de forma independiente de Stoppa y utilizó una incisión vertical en la parte inferior del abdomen para llegar a las regiones de la ingle, en contraste con Stoppa, que utilizó una incisión suprapúbica horizontal. Así, pudo aislar el espacio retromuscular en toda su longitud, lo que permitió utilizar este método para tratar las hernias de la línea media. Su método todavía se utiliza hoy en día como el estándar de oro para la reparación de las hernias de la línea media y se ha denominado *Reparación de Rives-Stoppa* (RSR por su nombre en inglés).

Con el avance de la laparoscopia en la década de 1980, la cirugía de hernias se convirtió en una de sus primeras áreas de aplicación. En 1993 se presentaron dos abordajes laparoscópicos para el tratamiento de las hernias inguinales. El primero es el abordaje transabdominal, que consiste en abrir la vaina peritoneal en la región de la ingle a través de la cavidad peritoneal para aislar el orificio miopectíneo. Este abordaje se denominó *Trans-Abdominal Pre-Peritoneal* (TAPP). El segundo es el abordaje preperitoneal, que permite llegar a las mismas zonas, pero sin entrar en la cavidad peritoneal, por lo que se denomina *Totalmente Extra-Peritoneal* (TEP). Estos dos procedimientos comparten un mecanismo de reparación común: incorporar una malla sintética según los principios desarrollados por Rene Stoppa. Cada uno de estos procedimientos tiene sus ventajas y desventajas, así como sus indicaciones específicas de uso. Además, debido a la sustancial variabilidad de los diferentes defectos de la pared abdominal e inguinal, el cirujano de hernias debe dominar ambas técnicas para el tratamiento exitoso de cualquier posible variante patológica.

Los primeros intentos de tratamiento laparoscópico de las hernias de la pared abdominal anterior también se realizaron a principios de los

noventa. El principio de la operación fue liberar el contenido herniario y cubrir el orificio de la hernia con una malla, que se instaló debajo de la hoja parietal del peritoneo como un parche que repara un pinchazo de un neumático. El lado interno de la malla estaba en contacto directo con el contenido abdominal, y la malla se fijaba a la pared abdominal mediante dispositivos especialmente diseñados con un clip de autofijación, llamados *tackers*. El procedimiento recibió el acrónimo *Intra-Peritoneal Onlay Mesh* (IPOM), a pesar de la designación incorrecta de la ubicación de la malla (*onlay* implica la ubicación sobre algo, mientras que en realidad la malla se encuentra debajo). Según la nomenclatura moderna, tal disposición de la malla se llama *underlay* o Intra Peritoneal. Debido a su relativa simplicidad y facilidad técnica, el procedimiento IPOM ganó rápidamente popularidad entre los cirujanos de todo el mundo.

Sin embargo, los aspectos desfavorables del IPOM se revelaron desde el principio. La malla insuficientemente asegurada tendía a encogerse y abultarse en el área del defecto, lo que provocó una rápida recurrencia. La mala fijación de la malla también resultó en el atrapamiento del intestino entre la malla y la pared abdominal, lo que resultó en obstrucción intestinal con necrosis subsiguiente. Además, la ubicación intraperitoneal de la malla permitió la adhesión del contenido abdominal a la malla, con posteriores erosiones intestinales, que llevaron a la formación de fístulas enterocutáneas. Esta terrible complicación causó gran preocupación tanto en los cirujanos como en los pacientes. Estas fallas en la técnica IPOM fueron causadas por múltiples factores: la imperfección de la técnica operatoria, la falta de mallas adecuadas y la falta de materiales de fijación apropiados.

Numerosas complicaciones asociadas con las mallas condujeron a una mayor demanda de desarrollo de nuevas mallas y materiales de recubrimiento. La prevención de las complicaciones relacionadas con la malla requirió la implantación adecuada de la misma en los tejidos adyacentes en el lado externo y la ausencia total de adherencias entre la malla y los órganos abdominales en el lado

interno. Como resultado, muchas mallas han sido desarrolladas para estos fines por compañías farmacéuticas, con una amplia gama de propiedades y costos, que pueden variar de cientos a miles de dólares por unidad. Desafortunadamente, ninguna de las empresas logró crear una malla IPOM perfecta. La mayoría de los productos ofrecidos fueron discontinuados. El desarrollo de nuevos tipos de materiales IPOM está actualmente suspendido en la mayoría de las empresas debido a la aparición de métodos más progresivos en el tratamiento quirúrgico de las hernias de la pared abdominal.

Sin embargo, se ha acumulado una gran experiencia y comprensión de la fisiología del uso de implantes de malla en el cuerpo humano. En la actualidad, los materiales disponibles para las reparaciones de IPOM han superado la mayoría de los defectos de las primeras mallas. Son relativamente seguros de usar y su principal desventaja es su precio elevado.

Se ha producido una evolución similar con la producción de dispositivos de fijación de mallas. Para una correcta fijación, se propuso el principio de una “doble corona” con la distribución de tachuelas tanto a lo largo del perímetro exterior como interior de la malla que cubre el defecto. Esto requirió una gran cantidad de elementos de fijación para una operación, cada uno de los cuales podría ser un eslabón débil que conduzca a un resultado negativo de toda la operación. A pesar de algunas de las desventajas, el problema principal con los dispositivos de fijación es la lesión tisular, con un síndrome de dolor severo, tanto en el período postoperatorio temprano como tardío.

En cuanto a la técnica operatoria, para reducir la deformación de la malla, se propuso remover la capa de grasa preperitoneal en el área de implantación de la malla, figurativamente hablando, para preparar la zona de aterrizaje. Estas primeras experiencias con reparaciones laparoscópicas de la pared abdominal permitieron una comprensión más profunda de la fisiopatología de la recurrencia de la hernia. Esta nueva comprensión llevó al cierre obligatorio de los defectos con sutura y al paso de suturas de fijación adicionales, que sostienen

la malla a través de todo el espesor de la pared abdominal, con el riesgo de desarrollar dolor en el lugar de la sutura. La tasa de recurrencia se acercó a cifras aceptables. Las innovaciones introducidas se combinaron en una única técnica denominada *IPOM-plus*. La vieja técnica para una mayor separación a veces se denomina *IPOM-bridge*. Los problemas con el *IPOM-plus* moderno siguen siendo el alto costo, el dolor agudo y crónico y el proceso de adhesión casi inevitable.

Desde finales de los ochenta, los cirujanos se enfrentan a otra cuestión pendiente. El desarrollo de la tecnología y la ciencia quirúrgicas ha llevado a un aumento generalizado del número de intervenciones quirúrgicas a través de la pared abdominal y, como resultado, a un aumento masivo del número de pacientes con grandes defectos abdominales. El uso de nuevas tácticas quirúrgicas, dirigidas al tratamiento de pacientes con traumatismos mayores o con condiciones críticas de los órganos abdominales, requirió que los cirujanos manejaran a los pacientes sin cerrar la pared abdominal durante mucho tiempo y contribuyó a la aparición de un nuevo tipo de patología de la pared abdominal, conocido en el pasado solo por raros ejemplos de hernias no tratadas o desatendidas. Esta condición, denominada pérdida de dominio, ocurre cuando la mayor parte del contenido de la cavidad abdominal se encuentra en el saco herniario; es decir, la pared abdominal no puede mantener el contenido adentro. La pérdida de dominio conduce a una discapacidad grave y, hasta hace poco, se consideraba prácticamente inoperable. Las hernias de la línea media se complicaron aún más por diversas condiciones, como la extracción de estomas a través de la pared abdominal después de una cirugía general o urológica.

Ninguno de los métodos desarrollados, por vía abierta o laparoscópica, permitió la reparación adecuada de defectos de ocho centímetros o más de diámetro. Incluso, la RSR no permitió una reconstrucción eficaz de la pared abdominal con defectos grandes y complejos. Esta operación, como cualquier otra, tiene sus limitaciones anatómicas. La fascinación por los procedimientos menos invasivos, incluidos los laparoscópicos,

dificultó la difusión generalizada de esta técnica progresiva. Se han propuesto varios métodos para resolver el problema a la antigua, con la implantación de mallas de soporte inadecuadas y la falta de aproximación completa de los márgenes del defecto. Tales técnicas condujeron a una rápida recurrencia en porcentajes inaceptables de casos. Los intentos de aproximar los límites de la hernia, a cualquier costo, a menudo conducen a un aumento de la presión intraabdominal después de la cirugía, con el desarrollo de afecciones concomitantes que requieren una intervención de emergencia. Los pacientes con sobrepeso con grandes defectos de la pared abdominal se consideraron inoperables. Los cirujanos, debido al riesgo de elegir una forma quirúrgica de tratar tales hernias, presentaron a sus pacientes demandas inalcanzables de pérdida de peso y limitación de la actividad física a largo plazo en el período postoperatorio.

Los cirujanos plásticos participaron en la solución del problema de la reconstrucción de la pared abdominal. Así, en 1990, Oscar Ramírez y colaboradores propusieron una técnica denominada *separación de componentes*. Esta técnica quirúrgica se basa en incisión en línea media, disección lateral subcutánea, fasciotomía lateral del músculo recto del abdomen y disección en el plano entre los músculos oblicuos externo e interno, con avance medial del bloque que incluye el músculo recto y su fascia. Esta liberación permite el avance medial de la fascia y el cierre de defectos de hasta 20 cm de ancho en el área de la línea media. La principal desventaja de esta técnica es la disección extendida de los colgajos cutáneos, lo que provoca isquemia y otras complicaciones de la herida. Esta técnica ha conservado su relevancia hoy en día, siendo a veces el único acceso posible después de varios intentos fallidos de reparar la pared abdominal por otros métodos. La separación muscular se puede realizar hoy en día con un enfoque mínimamente invasivo para reducir las complicaciones de la herida. Queda el problema de que el único plano posible para su instalación resultó ser sobre la fascia anterior, como una reparación *onlay* según la nomenclatura moderna.

Con este abordaje, la malla era más propensa a infecciones debido a su proximidad a la piel, y la extensión lateral de la malla está limitada por el nivel de disección de la capa cutánea.

Sin embargo, los descubrimientos de Ramírez allanaron el camino para un gran avance en la cirugía de la pared abdominal al separar el elemento lateral de la pared abdominal para aproximar mejor el bloque central. Los investigadores centraron su atención en el método RSR, que implicaba la disección entre los músculos rectos y la fascia posterior hasta la línea semilunar. Inicialmente, se sugirió continuar la disección más al mismo nivel. La estructura anatómica de las fascias parecía permitir la separación solo entre los músculos oblicuo interno y transversos. Colocar la malla en este plano se denomina por la nomenclatura moderna retro-oblicuo y se ha abandonado. Este tipo de procedimiento se denominó separación de componentes posterior (*Posterior Component Separation, PCS*), mientras que la operación de Ramírez recibió el nombre de separación de componentes anterior (*Anterior Component Separation, ACS*).

Pronto surgió el principal inconveniente de este procedimiento. Para la disección entre los músculos oblicuo interno y transversos, fue necesario atravesar las ramas vasculares y nerviosas que alimentan el músculo recto, lo que provocó su atrofia. La operación se acompañaba de un sangrado extenso debido a la estrecha fusión entre estos dos músculos, que no permitía una aproximación suficiente del bloque central. La búsqueda parecía haber llevado a un callejón sin salida.

Se requirieron nuevas investigaciones en el campo de la anatomía y fisiología. Se volvió a estudiar la anatomía de los elementos individuales de la pared abdominal y el funcionamiento de la pared abdominal como un órgano completo. Como resultado, se propusieron nuevas intervenciones quirúrgicas, abriendo una nueva era en la reconstrucción de la pared abdominal. El conocimiento y la experiencia acumulados por generaciones y enormemente potenciados por la aparición de nuevas tecnologías han propiciado en la última década una auténtica explosión en el campo de

la cirugía de la pared abdominal, como un nuevo Cábriico. En 2012, Yuri Novitsky y sus colegas presentaron un nuevo procedimiento, la liberación del transverso del abdomen (*Transversus Abdominis Release*, TAR). Los investigadores basaron su técnica en el hallazgo de que el músculo transverso del abdomen se extiende medialmente debajo del músculo recto en el tercio superior del abdomen. La división del transverso del abdomen y la disección entre éste y el músculo oblicuo interno, en un plano sin sangre y desprovisto de nervios, permite el cierre de grandes defectos. Eso hizo posible instalar grandes mallas para sostener el compartimento visceral abdominal. Este procedimiento resultó ser una extensión lógica del RSR. La ubicación de la malla lejos de la piel redujo la probabilidad de complicaciones infecciosas y la falta de contacto entre la malla y las vísceras excluyó la formación de adherencias, lo que hizo posible el uso de mallas económicas. Según la nomenclatura moderna, muchos cirujanos consideran esta ubicación de la malla retro-muscular como el plano predeterminado por Dios para la colocación de la malla.

Por lo tanto, una gran cirugía con la ayuda de la antepasada, la cirugía reconstructiva, resolvió el problema de las grandes hernias. Sin embargo, el uso de operaciones tan complejas y a gran escala parecía injustificado para el tratamiento de hernias no complicadas medianas y pequeñas de la pared abdominal. ¿Cómo adaptar la preferencia por los procedimientos mínimamente invasivos a las nuevas técnicas de reconstrucción de la pared abdominal? A fines de la década de 2010, los cirujanos tenían dificultades para dominar la técnica de acceso mínimo, quedando significativamente por detrás de los métodos tradicionales, tanto en resultados como en popularidad entre los cirujanos.

Entonces ocurrió un verdadero milagro. En 2012, Jorge Daes presentó una modificación del abordaje totalmente extraperitoneal (TEP) para el tratamiento de hernias inguinales grandes y complicadas, con mejor visibilidad y ergonomía. Hasta este punto, el acceso extraperitoneal se consideraba difícil, con inconvenientes como espacio

de trabajo limitado, mala visibilidad y golpes entre instrumentos. TEP se mantuvo en la órbita de los expertos. La modificación de Daes consistió en el acceso y disección del espacio retromuscular mucho más alto que el nivel umbilical y lateral a la línea alba, con la división de sus límites naturales (línea arqueada) si fuera necesario y un puerto flexible configurado. Esta modificación proporcionó un acceso casi ilimitado a la zona del orificio miopectíneo y al espacio extraperitoneal de la parte inferior del abdomen, un gran espacio de trabajo, y la posibilidad de una buena triangulación de la cámara y los instrumentos. Daes realizó la maniobra sugerida por Rives para usar el acceso de Stoppa para las hernias abdominales inferiores de la línea media. Daes agregó una letra e cursiva al nombre de acceso estándar, que significa mejorado (*enhanced*) o extendido. La historia ha completado otra ronda de medio siglo y ha elevado la cirugía de la pared abdominal a un nuevo nivel.

En 2015, Igor Belyansky había progresado en el eTEP y lo utilizó para desarrollar un abordaje endoscópico para la reparación de Rives-Stoppa retro-rectus y PCS-TAR. Belyansky enfrentó brillantemente las posibles dificultades técnicas de tales reparaciones, describiendo el cruce entre las cavidades retromusculares sin dañar el peritoneo, la transacción precisa de los músculos transversos y una compleja sutura intracorpórea. Los nuevos procedimientos se denominaron eTEP RS (Rives-Stoppa) y eTEP TAR.

Los pioneros de eTEP incluyeron cinco cirujanos de cuatro continentes: Jorge Daes, Igor Belyansky, Yuri Novitsky, Victor Radu y Ramana Balasubramaniam. También son exitosos promotores del nuevo método.

El eTEP permitió la reparación de hernias ventrales complejas utilizando los principios modernos de la reconstrucción de la pared abdominal (*Abdominal Wall Reconstruction*, AWR) y permitió a los cirujanos comprender mejor los límites de disección del espacio extraperitoneal, incluido el orificio miopectíneo. Recientemente, Edward Felix junto con Jorge Daes, describieron la Vista Crítica del Orificio Miopectíneo (*Critical View of the Myopectineal Orifice*) o las reglas de

oro para un acceso seguro y mínimamente invasivo para el tratamiento de las hernias inguinales, basándose en la mejor evidencia disponible. Estas reglas hacen que el acceso mínimamente invasivo a la reparación de la hernia inguinal sea más fácil de aprender y esté disponible para los cirujanos desde el principio. Hoy en día, se está trabajando con éxito para capacitar a los residentes en el segundo o tercer año de residencia, lo que antes se consideraba imposible e inconveniente.

Los fanáticos del abordaje transabdominal no se han quedado inactivos y han desarrollado aún más la técnica IPOM. Este desarrollo implicó la disección de la hoja parietal del peritoneo y el establecimiento de la malla en el plano preperitoneal, lo que permitió afrontar prácticamente la fijación de la malla y evitar su contacto con las vísceras. Anteriormente, esto se consideraba impracticable debido a la fragilidad de la capa peritoneal y su estrecha fusión con la fascia. Los nuevos tipos de operaciones recibieron el nombre tradicional TAPP, que hoy se refiere no solo a las hernias inguinales sino también a las hernias de la pared abdominal anterior y refleja el abordaje transabdominal y la ubicación preperitoneal de la malla.

Los entusiastas de la robótica han jugado un papel importante en el desarrollo de técnicas preperitoneales, demostrando con aparente facilidad los tipos más complejos de disecciones para el tratamiento de las hernias de la pared abdominal en cualquier localización, incluidas las hernias paraostomales. Hoy en día, los cirujanos robóticos están dominando con éxito el espacio retromuscular mediante el acceso transabdominal y eTEP. Las tecnologías robóticas permiten realizar disecciones y suturas con precisión de filigrana en áreas que a veces están limitadas por el método laparoscópico tradicional. Muchos cirujanos también reconocen que trabajar con un robot es más ergonómico, lo cual es especialmente importante cuando se realizan reconstrucciones complejas de la pared abdominal, que a veces requieren muchas horas de arduo trabajo. La tecnología robótica no es solo una técnica de moda, sino también un campo independiente en la cirugía mínimamen-

te invasiva de la patología de la pared abdominal. Para denotar operaciones robóticas, se agrega una letra cursiva r al nombre tradicional de cada procedimiento. Entre los cirujanos destacados que popularizan la robótica para tratar la patología de la pared abdominal se pueden distinguir Karl A. LeBlanc, Filip Muysoms y Conrad Ballecer.

De forma continua, cada año aparecen nuevos tipos de acceso y operaciones. El abordaje mínimamente invasivo se utiliza con éxito para tratar la diástasis sintomática de los músculos rectos con un abordaje subcutáneo y una malla superpuesta; los enfoques híbridos combinados pueden hacer frente con éxito a las variantes de patología de la pared abdominal. Desafortunadamente, también hay intentos de hacer pasar variantes de técnicas ya conocidas como descubrimientos. Sin embargo, las comunidades quirúrgicas masivas creadas a partir de las redes sociales diferencian con éxito cada una de las contribuciones de los investigadores en este apasionante y progresivo campo de la cirugía. Las redes sociales también ayudan a popularizar nuevos métodos progresivos. El éxito y el fracaso se analizan casi en línea, lo que los hace insustituibles en la ciencia quirúrgica moderna. Entre los grupos cerrados más populares y autorizados, se pueden destacar las páginas de Facebook de *International Hernia Collaboration* y *The AWR Surgeons Community*.

Hoy, por primera vez desde los albores de la cirugía de la pared abdominal, los cirujanos no confían en nuevas tecnologías y materiales costosos de la industria médica para tratar adecuadamente los defectos de la pared abdominal. Por el contrario, se está trabajando sistemáticamente para simplificar y reducir el costo de los métodos de tratamiento quirúrgico, mejorando al mismo tiempo los excelentes resultados ya existentes. Utilizamos las herramientas y los materiales más sencillos, prácticamente abandonamos los costosos dispositivos de fijación y utilizamos mallas y suturas disponibles. Quizás en un futuro cercano, también abandonemos el uso de implantes por completo en muchas áreas. Hoy en día se lleva a cabo con éxito el desarrollo de plastias del

anillo inguinal interno mediante acceso mínimamente invasivo sin mallas. Nuestros instrumentos de hoy son un conocimiento profundo de la anatomía y fisiología de la pared abdominal, donados por los cirujanos destacados de nuestro tiempo. La excelente óptica y la artesanía convierten cada operación en un fascinante recorrido anatómico, a diferencia de los demás.

Hemos aprendido a utilizar estrategias para preparar a los pacientes con hernias complicadas a medida que la terapia neoadyuvante convierte los tumores inoperables en operables. El uso de toxina botulínica y el método de neumoperitoneo progresivo permiten operar con éxito a pacientes con pérdida de dominio y producir un acceso mínimamente invasivo para hernias que antes se consideraban disponibles solo para cirugía abierta. Hoy contamos con un arsenal de herramientas suficiente para resolver casi cualquiera de los problemas más desafiantes en el campo de la cirugía de la pared abdominal. Se está trabajando sistemáticamente para estudiar y solucionar el dolor crónico en la ingle, tanto posoperatorio como asociado a la actividad física.

Las nuevas tecnologías, a pesar de los resultados prometedores, requieren una cuidadosa prueba de tiempo. Para una evaluación adecuada, es necesario crear una base de datos única, realizar investigaciones integrales con la participación de un gran número de centros internacionales de

hernias. Ha madurado la necesidad de crear tales centros, en cada clínica académica, para el trabajo planificado de estudio e implementación de nuevas tecnologías en el tratamiento de la patología de la pared abdominal. A pesar de la complejidad de las tareas que se están resolviendo, hasta el día de hoy, tanto en la mente del público como entre los colegas, la cirugía de hernias sigue siendo un campo simple de la cirugía, a veces menospreciado por profesiones quirúrgicas como la cirugía cardíaca, la cirugía de trasplantes, la oncología quirúrgica y otras. Sin embargo, para los cirujanos que se enfrentan a diario con el tratamiento de patologías complejas de la pared abdominal, es evidente la necesidad de especialización, un estudio profundo de todos los aspectos de la teoría para la correcta toma de decisiones y el dominio de la técnica operatoria más compleja. La amplia variedad de patologías encontradas requiere un extenso arsenal teórico y práctico. Esperamos con ansias el futuro, donde la cirugía de la pared abdominal ocupará el lugar que le corresponde entre iguales.

La tarea más importante en esta etapa es popularizar los métodos más progresivos, seguros y efectivos, y aplicarlos en todo el mundo. Estamos comprometidos a ponerlos a disposición de cirujanos de todos los niveles. Esta tarea se hace posible con la participación de métodos de enseñanza y formación progresivos.