

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Técnica de Chevrel

Chevrel open hernioplasty technique

A. Curado-Soriano, B. Bascuas-Rodrigo, J.R. Naranjo-Fernández, R. Jurado-Marchena, Z. Valera-Sánchez, L. Sánchez-Moreno, R. Pérez-Huertas, E. Navarrete-de Cárcer

Unidad de Pared Abdominal y CMA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN

En la reparación de Chevrel incidimos en la aponeurosis anterior del recto y la desdoblamos suturándola a la línea media, además de anclar una malla al borde lateral de la aponeurosis que hemos incidido (*flap* de 2-3 cm). La técnica de Chevrel está indicada cuando no podemos realizar una reparación retromuscular. Debemos tener en cuenta que tiene mayor tasa de recidiva y de infección que las reparaciones retromusculares, y la complicación más grave es la necrosis del colgajo, por lo que deberemos preservar en la medida de lo posible los vasos perforantes.

Palabras clave: Chevrel, eventraciones línea media.

ABSTRACT

In the repair of Chevrel, the anterior aponeurosis of the rectum is incised and we unfold it by suturing it to the midline; a mesh is sutured to the lateral edges of the incised aponeurosis (*flap* 2-3 cm). It is indicated when we can not perform a retromuscular repair. It has a higher rate of recurrence and infection than retromuscular repairs, and the most serious complication is flap necrosis, therefore it is necessary to preserve inferior epigastric perforator vessels.

Keywords: Chevrel, midline hernias.

TIPO DE TÉCNICA, DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA PASO A PASO.

La reparación de Chevrel como la conocemos hoy día es una adaptación de la reparación anatómica de Welti-Eudel en la que se realizaba una incisión lateral de la vaina anterior de los rectos con sutura a la línea media del colgajo aponeurótico, aproximando los

CITA ESTE TRABAJO

Curado Soriano A, Bascuas Rodrigo B, Naranjo Fernández JR, Jurado Marchena R, Valera Sánchez Z, Sánchez Moreno L, Pérez Huertas R, Navarrete de Cárcer E. Técnica de Chevrel. Cir Andal. 2018;29(2):185-187

XREF

vientres musculares. J.P. Chevrel modifica la técnica suturando una malla al borde de sección lateral de la vaina¹.

Descripción de la técnica²

1. Preparación del campo quirúrgico realizando lavado con antiséptico previo al inicio de la incisión, marcado de los rebordes óseos, del defecto y su relación con la línea media.
2. Incisión de línea media, disección del saco separándolo del tejido celular subcutáneo y exponiendo la aponeurosis anterior de los rectos ampliamente desde el reborde costal hasta la cresta iliaca.
3. Tallado del orificio herniario y apertura del saco realizando adhesiolisis. Cierre del defecto con el saco o si es posible mediante la aproximación de la aponeurosis posterior a la línea media.
4. Incisión en la aponeurosis anterior de los rectos y liberación del colgajo aponeurótico lateral creando un bolsillo de unos 2-3 cm.
5. Aproximación a la línea media del colgajo medial aponeurótico y sutura de los mismos. Existe una modificación en la que se superponen los colgajos a modo de solapa con puntos de ida y vuelta en U.
6. Adaptación de la malla al reborde lateral seccionado, sutura al mismo mediante cuatro puntos cardinales y sutura continua a lo largo de toda su extensión.
7. Colocación de drenaje(s) aspirativo(s) y cierre del tejido celular subcutáneo y la piel.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La técnica de Chevrel tiene como indicación aquellas eventraciones de línea media en las que no es posible el cierre del plano aponeurótico y no se puede llevar a cabo una técnica de Rives Stoppa³.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

La técnica de Chevrel proporciona una reparación anatómica con movilización a la línea media de los vientres musculares y una malla pre-muscular. Se trata de una técnica sin tensión y que en caso de dehiscencia del plano posterior evitaría el contacto de la malla con las vísceras.

También en caso de infección, la malla de polipropileno, permite controlar la misma con lavados sin necesidad de retirarla de manera inmediata.

Aunque hay series que describen su uso como una técnica de cierre primario de un abdomen abierto, actualmente con el uso de dispositivos de terapia negativa combinados con malla, contamos

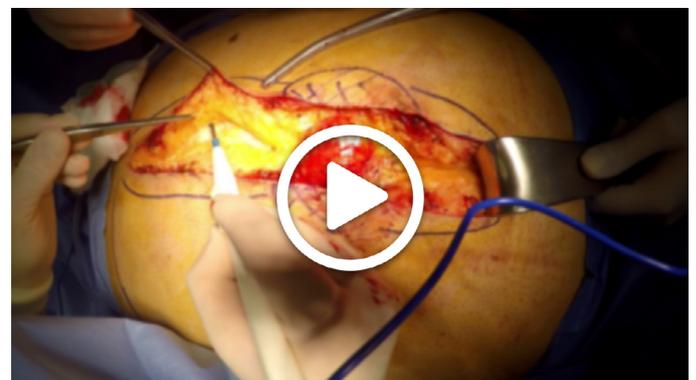
con una herramienta que nos sirve de puente para una reparación definitiva, y la reparación de Chevrel habría pasado a un segundo plano en estos casos.

En cuanto a las complicaciones, según las series pueden llegar hasta el 25%. Las más frecuentes son la formación de seromas y hematomas, precisando durante la cirugía una hemostasia extensa y el uso de drenajes. Como complicaciones graves cabe mencionar la necrosis de los colgajos cutáneos en las disecciones extensas. En menor medida también puede haber dehiscencia de los bordes de la herida, infección y contaminación a la malla, que deberíamos tratar con curas diarias usando una irrigación de antisépticos y si no se puede estabilizar o controlar la infección, llevar a cabo el explante de la malla. Como complicaciones a largo plazo, cabe señalar el dolor de tipo crónico en la sutura continua o en los puntos cardinales de fijación de la malla, así como la recidiva lateral o superior^{4,5}.

BREVE DISCUSIÓN SOBRE LA TÉCNICA DESCRITA

La técnica descrita actualmente está aceptada para aquellas eventraciones en las que es necesario reforzar la línea media después de un cierre primario, así como aquellas en las que no es posible realizar el cierre del plano aponeurótico y en los abdómenes abiertos. El uso de esta técnica en eventraciones de línea media debe ser realizado cuando no podemos usar el espacio retromuscular para colocar la malla. En el caso del abdomen abierto, dependerá de la disponibilidad de recursos con los que contemos en nuestro centro, existiendo actualmente diversos dispositivos que nos permiten un cierre diferido manteniendo la tracción de las aponeurosis una vez pasado el proceso agudo⁶.

Es importante a la hora de la ejecución de la técnica tener en cuenta que vamos a precisar de una disección amplia del tejido celular subcutáneo y en la medida de lo posible debemos mantener los vasos perforantes que podamos; asimismo, es muy importante ser exhaustivos con la hemostasia. El tamaño de la malla debe sobrepasar el borde lateral aponeurótico y si es posible la fijación de la misma debe realizarse con monofilamento reabsorbible. Aunque no hay evidencia estadística se usan de manera generalizada drenajes aspirativos y faja compresiva¹.



[Acceder al vídeo](#)

CONCLUSIONES

La técnica de Chevrel es un recurso que debemos dominar para la reparación de aquellas eventraciones en las que el plano posterior no puede usarse por estar alterado por cirugías previas o por atrofia de la pared abdominal.

Es una técnica que permite el restablecimiento funcional de la pared abdominal, con movilización de los músculos rectos a la línea media y la colocación de una malla en una situación segura para evitar problemas intraabdominales.

Pero debemos tener en cuenta que podemos tener complicaciones graves si no tenemos en cuenta mantener la vascularización de la piel del colgajo creado, ser muy exigentes con la manipulación de la malla y el lavado de la piel previo para evitar colonizaciones y posteriores infecciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chevrel JP, Dilin C, Morquette H. Traitement des éventrations abdominales médianes par autoplastie musculaire et prothèse pré-musculo-aponévrotique. *Chirurgie*. 1986;112(9):616–622.
2. Hernández Bartolomé MA, Carabias Hernández A, Limones Esteban M, Técnica de Chevrel. Capítulo 35, Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Asociación Española de Cirujanos, 2012 de la 1ª Edición. ISBN: 978-84-695-3754-1.
3. Holihan JL, Nguyen DH, Nguyen MT, Mo J, Kao LS, Liang MK. Mesh Location in Open Ventral Hernia Repair: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *World J Surg*. 2016;40(1):89-99. [DOI: 10.1007/s00268-015-3252-9].
4. Mommers EHH, Leenders BJM, Leclercq WKG, de Vries Reilingh TS, Charbon JA. A modified Chevrel technique for ventral hernia repair: long-term results of a single centre cohort. *Hernia*. 2017;21(4):591-600. [DOI: 10.1007/s10029-017-1602-2].
5. Hodgman EI, Watson MJ. Revisiting the Anterior Rectus Sheath Repair for Incisional Hernia: A 10-Year Experience *World J Surg*. 2017;41:713. [DOI: 10.1007/s00268-016-3774-9].
6. Asociación Mexicana de la Hernia. Capítulo 18: Posición de la Malla. Guías de Práctica Clínica de Hernias de Pared abdominal. 2015.