CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):722

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-554 - HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) SIN FIJACIÓN, SIN SUTURA PERITONEAL: EXPERIENCIA INICIAL

Paz Yáñez, Alejandro; Bretcha Boix, Pedro; Duarte Llanos, Maritza Zulema; Farré Alegre, José

Hospital Quironsalud Torrevieja, Torrevieja.

Resumen

Introducción: Desde que Arregui publicó la primera serie de hernioplastias laparoscópicas TAPP en 1992, dicho abordaje se ha ido convirtiendo en uno de los tratamientos estándar, principalmente para hernias inguinales bilaterales y hernias recidivadas reparadas vía anterior. Nuestro grupo se inició en el abordaje TAPP con 3 puertos (1 de 11 mm umbilical y 2 de 5 mm, flanco izquierdo y derecho), malla de polipropileno (PPL) fijada con tackers metálicos y cierre peritoneal con sutura continua. Tras una breve experiencia con el abordaje totalmente extraperitoneal (TEP) para evitar el cierre peritoneal y disminuir el dolor debido a la fijación metálica, se volvió al abordaje TAPP optándose por el uso de por prótesis PPL titanizadas (Timesh™, pfmmedical) fijadas con tackers reabsorbibles (Absorbatack™, Medtronic). Finalmente, con el propósito de abandonar definitivamente el uso de tackers (y sus posibles complicaciones), comenzamos a utilizar una malla autoadhesiva (Progrip™ malla autofijable laparoscópica, Covidien) y, por otro lado, desarrollamos la idea de realizar un sellado de la apertura peritoneal mediante coagulación bipolar de los bordes, evitando así la sutura y facilitando un cierre rápido del mismo.

Métodos: Análisis prospectivo de pacientes intervenidos de mediante abordaje TAPP según la técnica arriba descrita desde su introducción en mayo 2016 hasta abril 2017. Se han analizado las características de los pacientes, hernias y resultados a corto-medio plazo.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 41 hernioplastias (19 bilaterales, 2 izquierdas y 1 derecha) en 22 pacientes, de las cuales 5 hernias (22,7%) eran recidivadas (1 bilateral, 1 derecha, 2 izquierdas). La relación de V:M fue de 10:1, con medianas de edad de 59 e IMC 27. No hubo complicaciones intraoperatorias ni complicaciones postoperatorias mayores ni ninguna infección herida quirúrgica. 5 pacientes (22,7%) presentaron complicaciones postoperatorias menores: 3 hematomas inguinales/testiculares (13,6%, 9,7% total hernioplastias; 1 bilateral, 2 derechos), 2 hematomas puertos (9%; umbilical y flanco derecho), 1 infección de orina (4,5%). 3 pacientes (13,6%; 7,3% total hernioplastias) presentaron molestias inguinales unilaterales (1/10, 3/10, 3/10; 0 = no dolor/10 = máximo dolor experimentado; todos sin necesidad de tratamiento analgésico y con desempeño normal de las actividades diarias) y ningún paciente con molestias a nivel de los puertos. Con una mediana seguimiento de 7 meses, 1 paciente (4,5%; 2,4% total hernioplastias) ha presentado una recidiva inguinal derecha debido a la colocación excesivamente lateral de la malla. Ningún paciente desarrolló una eventración de los puertos ni sintomatología suboclusiva/alteración del ritmo intestinal.

Conclusiones: La técnica ha demostrado con buenos resultados a corto-medio plazo (mediana seguimiento 7 meses) con una tasa de recidiva del 4,5% (2,4% total hernioplastias). Una vez dominado el manejo intraabdominal de la malla, es una técnica de muy fácil implementación. El sellado peritoneal mediante energía bipolar nos permite ahorro de tiempo quirúrgico y de costes, evitando de igual forma el contacto de la malla con las vísceras.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados