CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):6

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-011 - SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES TIPO TAR (TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE) POR VÍA LAPAROSCÓPICA CON MODIFICACIÓN "DOWN TO UP"

Morales-Conde, Salvador; Senent-Boza, Ana; Pino, Verónica; Marchal Santiago, Amando; Barranco Moreno, Antonio; Socas Macías, María; Tallón Aguilar, Luis; Alarcón del Agua, Isaías

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La separación posterior de componentes mediante liberación del músculo transverso (TAR) con abordaje laparoscópico permite una reconstrucción anatomo-funcional en defectos complejos de pared abdominal con menores tasas de complicación que por vía abierta. No obstante, es un procedimiento de alta exigencia técnica. Presentamos una modificación técnica con objeto de simplificarlo.

Caso clínico: Mujer de 62 años con IMC de 36,73 kg/m^2, intervenida de hernioplastia umbilical y posteriormente de recidiva de la misma en 3 ocasiones. Presenta una nueva recidiva herniaria con episodios ocasionales de incarceración, con anillo herniario de 75 × 77 mm objetivado mediante TC (M2-3 W2 R4). Se coloca al paciente en decúbito supino con los brazos en abducción. Tras realizar el neumoperitoneo, se colocan tres trócares de 5 mm en flanco izquierdo utilizando una óptica de 5 mm 30°. Tras delimitar el defecto, que se dibuja sobre la piel del paciente con visión intrabdominal y ayuda de una aguja intramuscular, se procede a la apertura longitudinal de la fascia posterior en su borde medial. A nivel caudal, se identifican la línea arqueada de Douglas y los vasos epigástricos, que se preservan adheridos al músculo recto. Desde ese punto se identifica la fascia del músculo transverso, que se secciona longitudinalmente en sentido craneal a un centímetro aproximadamente de la línea semilunar, lo que permite la preservación de los pedículos neurovasculares que llegan al músculo recto a nivel lateral. Dado que a nivel supraumbilical el músculo transverso avanza por detrás del músculo recto, a partir de este punto se seccionan sus fibras musculares, permitiendo la disección por debajo de las costillas. La disección lateral de este espacio en función de las necesidades permite el cierre sin tensión de ambas fascias del recto a nivel medial. Tras repetir el procedimiento en el lado contralateral utilizando dos trócares de 5 mm y uno de 12 mm colocados en flanco derecho, se realiza una sutura continua de la fascia posterior con sutura barbada del número 1 y una sutura continua de la fascia anterior con monofilamento de absorción lenta tipo loop del número 1. Finalmente, se coloca una malla de polipropileno de doble capa a nivel retromuscular, la cual se fija con cola de fibrina, sin suturas traumáticas, no siendo preciso colocar un drenaje.

Discusión: Esta modificación de la técnica TAR original seccionando el plano aponeurótico desde el punto marcado por la línea arqueada de Douglas permite realizar una disección más precisa del plano retromuscular del transverso sin que sea necesaria la sección de sus fibras musculares salvo

en su extremo craneal, preservando además la inervación y vascularización de la pared abdominal. Este gesto técnico pretende simplificar un procedimiento complejo y permitir su estandarización por vía laparoscópica.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados