



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-153 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EXTRAPERITONEAL DE HERNIA INGUINAL VESICO- ESCROTAL GIGANTE

Espinoza, Sofia; Ginesta, Cesar; Fondevila, Constantino

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La reparación de la hernia inguinal es el procedimiento más realizado en cirugía general. El riesgo de aparición es del 27% en hombres y 3% en mujeres. La técnica hernioplastia inguinal laparoscópica (TEP) es una intervención mínimamente invasiva que permite la exploración, disección y reducción del saco herniario y su contenido, y colocar la malla sin entrar en la cavidad abdominal. Procedimiento efectivo confirmado en varios estudios, aunque se considera técnicamente exigente. Ventajas: menor riesgo de lesión de órganos abdominales (acceso invasivo mínimo sin la necesidad de abrir el peritoneo), menor tiempo de recuperación, menor dolor postoperatorio y minimiza los costos. Objetivo: mejorar resultados en pacientes con hernias inguinales mediante aplicación de procedimientos avanzados mínimamente invasivos.

Caso clínico: Acude a la clínica ambulatoria hombre de 66 años quejándose de dificultad para orinar, sensación de vaciado incompleto y frecuencia urinaria. Características: fumador activo, antecedentes de hipertensión, dislipidemia, cardiopatía isquémica y obesidad (IMC de 32). Pruebas complementarias indican hidronefrosis del uréter izquierdo por gran hernia de vejiga inguinal escrotal izquierda. Se realiza escáner abdominal: la hernia continúa la vejiga y el meato ureteral izquierdo y condiciona el uréter de hidronefrosis ipsilateral severa por compresión del meato al nivel del canal inguinal. Engrosamiento de la apariencia edematosa difusa de la pared de la vejiga herniada. Sin presencia de saco peritoneal, lo que facilita la intervención quirúrgica por vía extraperitoneal. Se decide realizar intervención TEP. Decidimos realizar la TEP por 3 trócares de 12 mm. Pequeña incisión a 2 cm debajo del ombligo. Retraemos los músculos rectos y creamos espacio entre el peritoneo, con disección roma con el trocar y el globo expansor. Colocamos dos puertos adicionales en la línea media entre la sínfisis del ombligo y pubis. Para minimizar el riesgo de hemorragia y lesiones iatrogénicas es importante identificar los vasos hipogástricos, el hueso púbico y el cordón espermático. Una vez identificamos el saco herniario, diseccionamos y retractamos cuidadosamente en una dirección. Vigilar no desgarrar el saco herniario, la cavidad abdominal puede llenarse de gas y producir una reducción significativa del campo operativo o lesión en intestinos. Disecamos la hernia con dificultad, vigilando no dañar la vejiga. Identificamos el saco herniario y el cordón espermático gracias a una disección muy cuidadosa. Introducimos azul de metileno en catéter urinario para garantizar que no hubiera perforación de la vejiga. Finalmente colocamos malla auto-reparable de Progrid de 10 × 15 cm, que depende del tamaño de la hernia, la mayoría de las veces no reparamos la malla con ninguna sutura para reducir el dolor y las complicaciones perioperatorias. Luego facilitamos la eliminación de gas del espacio preperitoneal. Operación de 1,5h y poca pérdida de sangre. Estancia hospitalaria de 2 días sin complicaciones postoperatorias.

Discusión: Características TEP: curva de aprendizaje corta, tiempo de recuperación corto, baja tasa de complicaciones y rentable. Se puede realizar incluso con hernias gigantes, que incluyen órganos específicos como la vejiga urinaria. Es una técnica segura y efectiva. Debe estandarizarse y centralizarse, y los cirujanos familiarizarse con este tipo de intervención.