



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-061 - TÉCNICA L.I.R.A... UN NUEVO ENFOQUE EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA VENTRAL

Gómez Menchero, Julio¹; Suárez Grau, Juan Manuel¹; Guadalajara Jurado, Juan Francisco¹; Bellido Luque, Juan Antonio¹; Sánchez Ramírez, María²; Bellido Luque, Araceli¹; García Moreno, Joaquín¹; Morales Conde, Salvador³

¹Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto; ²Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La reparación de las hernias de línea media mediante cierre del defecto (CD) asociado a la eventroplastia laparoscópica (EL) podría estar relacionado para algunos autores con una menor tasa de seroma y de bulging, pero la tensión derivada del cierre en defectos grandes se asocia a un incremento del dolor y la tasa de recurrencia, proponiéndose en estos casos técnicas anatómicas como la separación de componentes (SAC). Presentamos una nueva técnica totalmente laparoscópica (Laparoscopic Intracorporeal Rectus Aponeuroplasty) que hemos desarrollado para la reparación de defectos grandes como alternativa al CD convencional, y sus resultados preliminares.

Métodos: Estudio prospectivo de 12 pacientes con hernias de línea media entre 4 y 10 cm de diámetro transversal intervenidos de forma programada entre octubre de 2015 y diciembre del 2016. Técnica L.I.R.A.: Apertura longitudinal de la fascia posterior del musculo recto vía laparoscópica, con movilización de ambos colgajos mediales. El tamaño de ambos colgajos es calculado mediante la fórmula TC (tamaño colgajo) = TD (tamaño defecto)/2. El CD lo realizamos mediante sutura intracorpórea continua de ambas valvas mediales del recto por vía laparoscópica. Colocamos una malla intrabdominal cuyo tamaño se estima mediante la fórmula TM (tamaño malla) = TD + 2(TC+2) y que elevamos mediante 4 puntos cardinales para cubrir ampliamente el defecto en la aponeurosis, fijándola al borde lateral de la fascia posterior mediante tackers 3:1 no absorbibles y fibrina. Los pacientes son revisados el 1 día, 7º día, al mes, 3 meses y 1 año. Evaluamos dolor (EVA), recurrencia, seroma clínico y bulging. Realizamos TAC preoperatorio, postoperatorio al mes y al año para evaluar recurrencia, distancia entre rectos y seroma.

Resultados: 12 pacientes. Edad media $56,5 \pm 10,50$. La anchura media del defecto fue de $5,38 \pm 1,58$ cm. El tamaño medio del colgajo realizado es $3 \pm 0,60$ cm y el de la malla $15,83 \pm 2,33$ cm. EVA medio 1 día (3'92), 7 día (1,08), 1 mes (0,08), 3 meses (0), 1 año (0). Diástasis media de rectos preoperatoria de $5,13 \pm 1,38$ cm y postoperatoria al mes de $2,01 \pm 0,52$ cm y al año $2,20 \pm 0,27$ cms. Tasa de seroma clínico 41,6%. La estancia media hospitalaria fue 1,3 días. El seguimiento medio es de 11 meses (rango 8-15). No existe ningún caso de recurrencia ni bulging.

Conclusiones: En nuestra serie, esta técnica de CD sin tensión mostró una tasa reducida de dolor y de seroma, y no existe ningún caso de recurrencia ni bulging. Es una técnica segura, reproducible que aporta las ventajas del abordaje laparoscópico asociado al CD en defectos grandes incluso como paso previo a una SAC, aunque sería necesario un mayor número de casos para poder alcanzar conclusiones definitivas.