



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-470 - TAR LAPAROSCÓPICO (*TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE*). NUESTRA EXPERIENCIA

Lara Fernández, Yaiza; de la Herranz Guerrero, Pablo; Gila Bohórquez, Antonio; Guerrero Ramírez, José Luis; Gómez Menchero, Julio

Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

Resumen

Objetivos: El tratamiento de hernias magnas de pared abdominal supone un importante desafío para el cirujano. Realizamos una autoplastia musculoaponeurótica a línea media mediante la separación posterior de componentes que, asociada a la colocación de una malla, resulta útil como soporte en la reparación de grandes defectos complejos. El objetivo de este trabajo es exponer la experiencia en nuestro centro en la separación posterior de componentes con liberación del músculo transverso mediante abordaje mínimamente invasivo.

Métodos: Exponemos nuestra serie de casos en los tres últimos años de defectos W3 intervenidos mediante separación posterior de componentes con liberación del transverso vía laparoscópica ($n = 9$) en un hospital comarcal. La técnica se ha realizado mediante abordaje mínimamente invasivo con colocación de trócares de 10 mm y dos de 5 mm paraumbilical bilateral, liberando adherencias de cirugías previas y al saco herniario en primer lugar. Se ha llevado a cabo la liberación del espacio de Rives bilateral, tallando el espacio de Rossen mediante la técnica “Down to up” hasta liberar los músculos transversos hasta el reborde costal y espacio subdiafragmático, procediendo al cierre de fascia posterior y anterior con sutura barbada. En todos los casos se ha asociado una malla de PVDF mediante fijación atraumática, ajustando el tamaño al defecto de cada paciente. En todos los casos se colocaron 2 drenajes aspirativos a nivel retromuscular.

Resultados: Presentamos 9 pacientes, con 63,11 años de edad media, siendo el 66,6% hombres y el 33,3% mujeres. El IMC en todos los casos fue superior a 25 Kg/m², y en dos de ellos superior a 30 Kg/m². Todos fueron intervenidos en régimen de cirugía programada, mediante abordaje mínimamente invasivo, colocando la malla a nivel retromuscular en todos los casos. La estancia posoperatoria fue de 6,2 días. Obtuvimos una complicación mayor (fístula enterocutánea) y, en cuanto a complicaciones del sitio quirúrgico registramos dos infecciones de herida del orificio de inserción de drenaje, manejada de forma conservadora. Obtuvimos un reingreso. Actualmente, con un seguimiento medio de 12 meses, no tenemos ningún paciente con recidiva (clínica ni radiológica) ni dolor crónico.

Conclusiones: La separación posterior de componentes es una técnica útil y eficaz para el tratamiento de grandes hernias incisionales tanto de línea media como aquellas asociadas a un componente lateral. Con ella, obtenemos buenos resultados en cuanto a la recidiva y a la restauración de la funcionalidad de la pared abdominal. Todo ello, sumado a las ventajas del abordaje laparoscópico en cuanto a la recuperación posoperatoria y retorno de la actividad, nos ofrece una herramienta a tener en cuenta para el tratamiento de grandes defectos con un abordaje mínimamente invasivo. Es fundamental que dichas reparaciones se lleven a

cabo por equipos expertos en pared abdominal y laparoscopia avanzada, puesto que requiere un conocimiento anatómico y una amplia experiencia en el tratamiento de las potenciales complicaciones y secuelas de la cirugía herniaria.