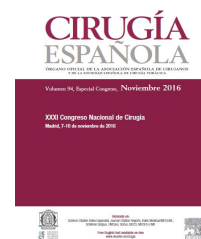




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-084 - SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES (TAR) VÍA LAPAROSCÓPICA PARA LA REPARACIÓN DE GRANDES HERNIAS INCISIONALES

Morales, Salvador; Carrillo Acosta, Alberto; Alarcón, Isaías; Barranco, Antonio; Socas, María; Aparicio, Daniel; Pino, Verónica; Pinilla, Diego

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La hernia ventral es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio, con una tasa de recurrencia de entre el 25-45%. La separación posterior de componentes tipo TAR (*Transverse Abdominis Release*) mediante abordaje laparoscópico para la reparación de eventraciones de gran tamaño es una de las nuevas técnicas de reparación abdominal mediante cirugía mínimamente invasiva. Con este nuevo abordaje se pretende obtener las ventajas ya conocidas como son la menor morbilidad perioperatoria, la recuperación más rápida y los resultados estéticos.

Caso clínico: Mujer de 72 años con eventración posquirúrgica de colecistectomía convertida supra-umbilical de 23 cm (v) × 15 cm (t) sintomática de 6 meses de evolución. Se coloca a la paciente en decúbito supino con los brazos extendidos. Se realiza el neumoperitoneo mediante aguja de Veress. Colocación de trócares en flanco izquierdo, uno de 10 mm y dos de 5 mm. Adhesiolisis, liberación de asas y epiplón de los orificios herniarios y disección del ligamento redondo. Se mide con aguja y rotulador el tamaño del defecto. Se inicia la separación posterior de componentes abriendo el borde medial de la vaina posterior de los rectos del lado derecho. Se disecciona lateralmente el transverso del abdomen hasta superar los oblicuos y cráneo-caudalmente 5 cm. sobrepasando el defecto. Se introducen 3 trócares retromusculares en flanco derecho. Se realiza la separación del lado contralateral como se ha descrito previamente. Se introduce una sutura monofilamento 0/0 de absorción lenta tipo Loop y se cierra la vaina posterior de forma continua. En caso de encontrar algún defecto se puede suturar con puntos sueltos. Se realiza el cierre del defecto desde este plano con sutura continua. Para ello disminuimos la presión intrabdominal para facilitar la aproximación de los bordes. Se procede a modificar una malla de 20 × 30 cm de PPL + PVDF, capaz de estar en contacto con las asas. Se enrolla a la mitad y se dan dos puntos para que se mantenga enrollada. Se introduce y coloca la malla en el plano retromuscular, fijando en primer lugar, con tackers absorbibles, los puntos cardinales. Terminamos de liberar y extender la malla lateralmente, completando la fijación de la misma con una doble corona de tackers absorbibles y cola de fibrina. Se retira el neumoperitoneo progresivamente, sin dejar drenaje, y se procede al cierre de los trócares de 10 mm. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: La separación posterior de componentes vía laparoscópica parece ser una alternativa

factible y segura para la reparación de grandes hernias incisionales con las ventajas asociadas a la reparación mínimamente invasiva. Aún son necesarios más estudios para confirmar sus resultados y ventajas.