



V-011 - CIERRE DEL DEFECTO 'SIN TENSIÓN' EN LA EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA. ¿ES POSIBLE? NUEVA TÉCNICA BASADA EN CONCEPTOS CLÁSICOS

Gómez Menchero, Julio¹; Bellido Luque, Juan Antonio¹; Suárez Grau, Juan Manuel¹; Bellido Luque, Araceli²; García Moreno, Joaquín¹; Guadalajara Jurado, Juan Francisco¹; Morales Conde, Salvador³

¹Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto; ²Hospital Quiron Sagrado Corazón, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La reparación laparoscópica de la hernia ventral desde que fuera descrita por Leblanc en 1991 ha demostrado una menor estancia hospitalaria, un descenso del dolor postoperatorio y de la tasa de complicaciones como la infección de la herida quirúrgica si lo comparamos con la técnica convencional. Sin embargo, otros retos como la tasa de seroma y el bulging aun no han sido resueltos, apareciendo diferentes técnicas como el cierre del defecto (CD), que a su vez distan de los principios clásicos de la reparación sin tensión, siendo para muchos autores motivo de una mayor recurrencia y de dolor postoperatorio. Por este motivo presentamos una nueva técnica de CD por vía laparoscópica en la hernia ventral de línea media basada en los principios clásicos de “no tensión”.

Métodos: Pacientes mayores de 18 años con hernias de línea media única o múltiples mayores de 5 cm con o sin diástasis asociada. El paciente se coloca en decúbito supino. El abordaje laparoscópico se realiza con tres trócares (11 mm y dos de 5 mm) en flanco izquierdo siguiendo el procedimiento convencional de la reparación laparoscópica de la hernia ventral. Se realiza una apertura longitudinal de la vaina posterior del ambos músculos rectos en los márgenes del defecto paralelos a la línea media y a unos 2 cm de la misma. El cierre del defecto se realiza mediante sutura intracorpórea vía laparoscópica y utilizamos suturas continuas irreabsorbible o reabsorbible de larga duración para la plicatura de ambas valvas mediales de la vaina posterior, obteniendo como resultado la completa reconstrucción de la línea media como en la técnica de Chevrel. La eventroplastia laparoscópica se completa mediante la colocación de una malla de PVDF y polipropileno (Dynamesh-IPOM), que se eleva en sus cuatro puntos cardinales mediante puntos para asegurar cubrir en al menos 1,5-2 cm el borde lateral de la vaina posterior. Finalmente se procede a la fijación combinada de la misma mediante tackers no absorbibles y fibrina.

Conclusiones: El CD para algunos autores parece reducir la tasa de Bulging y seroma si lo comparamos con la reparación sin cierre, pero no existe evidencia en la literatura de que en grandes defectos sea similar a la técnica laparoscópica convencional en términos de recurrencia y dolor. Los conceptos de “no tensión” aplicados a la cirugía convencional, podrían mejorarlo si lo aplicamos a la cirugía laparoscópica, beneficiándose de las ventajas de ambas vías de abordaje, sin los inconvenientes de la cirugía abierta en cuanto a estancia y morbilidad derivada de la herida quirúrgica. Creemos que nuestra técnica de cierre “sin tensión” es un procedimiento seguro y reproducible.