



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-151 - REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL MEDIANTE ABORDAJE TRANSABDOMINAL PARCIALMENTE EXTRAPERITONEAL (TAPE)

Hurtado de Rojas, Cristina; Sánchez Ramírez, María; Rubio Castellanos, Cristina; Valera Sánchez, Zoraida; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La reparación transabdominal parcialmente extraperitoneal (TAPE) es una técnica adecuada para la reparación laparoscópica de hernias suprapúbicas, donde el margen inferior está a 5 cm o menos del pubis. Estas hernias se producen tras cirugías ginecológicas, urológicas o intestinales. Su reparación es difícil debido a la ausencia de la vaina posterior de los rectos, la proximidad a la vejiga y a las estructuras neurovasculares. El objetivo de este vídeo es presentar un caso de reparación de hernia suprapúbica mediante abordaje laparoscópico TAPE.

Caso clínico: Paciente mujer de 66 años que como antecedentes de interés presenta colelitiasis sintomática y se intervino de histerectomía más doble anexectomía en 2020 debido a adenocarcinoma de endometrio. A la exploración la paciente presenta hernia incisional M4-M5W2. Se realiza TAC de abdomen observando eventración suprapúbica de unos 7 cm de diámetro con contenido intestinal y epiplón. Se decide intervención quirúrgica programada realizando reparación de la eventración mediante abordaje TAPE y colecistectomía laparoscópica. Creamos el neumoperitoneo mediante aguja de Veress (14 mmHg). A continuación, realizamos la colocación de trócares: 2 trócares de 12 mm (región paramedial izquierda supraumbilical, y otro subxifoideo), y 3 trócares de 5 mm (en flanco derecho, en flanco izquierdo y en hipocondrio derecho). El primer paso que realizamos es una laparoscopia exploradora y la colecistectomía. A continuación, realizamos adhesiolisis para reducir el contenido herniario por completo y exponer los bordes del defecto. Realizamos un colgajo peritoneal, comenzando cerca de una espina ilíaca anterosuperior (EIAS) que extendemos hasta la EIAS contralateral. El colgajo se diseña inferiormente hasta el espacio de Retzius hasta quedar expuestos el pubis y ambos ligamentos de Cooper. Esta disección tiene que ser cuidadosa evitando cualquier lesión iatrogénica de la vejiga. Después cerramos el defecto con sutura continua Maxon Loop del 1. Se elige una malla compuesta (GORE SYNECOR) del tamaño adecuado para conseguir un solapamiento de al menos 5 cm alrededor del defecto. El margen inferior de la malla debe extenderse por debajo del arco púbico 1-2 cm hasta obtener una fijación en ambos ligamentos de Cooper mediante CapSure. Una vez fijada la malla se extiende de forma craneal cubriendo el defecto ya cerrado, y se realiza una fijación circunferencial a modo de doble corona con CapSure. Por último, se cubre la mayor parte posible de la malla con el colgajo peritoneal. La paciente fue dada de alta a las 48 h sin incidencias.

Discusión: La principal ventaja de la técnica TAPE es el adecuado solapamiento de la malla a más

de 5 cm del margen distal del defecto herniario. La fijación del margen inferior de la malla a ambos ligamentos de Cooper aumenta la fuerza de la reparación. La reparación laparoscópica de las hernias incisionales suprapúbicas es una opción de tratamiento segura y eficaz que ofrece ventajas sobre la cirugía abierta tradicional. Con una selección cuidadosa de los pacientes y una técnica quirúrgica adecuada, en la mayoría de los casos podremos obtener buenos resultados con baja tasas de recurrencias y complicaciones.