



VC-139 - TAPP VENTRAL: UN RECURSO MÁS EN NUESTRO ARSENAL TERAPÉUTICO

Curado Soriano, Antonio; Infantes Ormad, Marina; Sánchez Ramírez, María; Valera Sánchez, Zoraida; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las complicaciones más frecuentes en la reparación de la hernia umbilical en pacientes obesos están relacionadas con la herida quirúrgica y suelen englobar el seroma, el hematoma y la infección, que en ocasiones pueden llevar al explante de la malla. Para intentar evitar estas complicaciones, el abordaje laparoscópico puede ser de gran ayuda, con el inconveniente de dejar una malla en contacto con las vísceras. Presentamos una alternativa que evita las complicaciones derivadas de la cirugía convencional y de la colocación de una malla en posición intraabdominal.

Caso clínico: Mujer de 32 años con una hernia epigástrica mediana, sintomática a esfuerzos, destacando como antecedente un índice de masa corporal de 39. Realizamos neumoperitoneo con Veress en hipocondrio izquierdo y usamos tres trocares: uno óptico (10 mm) y dos de 5 mm, dispuestos en V en vacío izquierdo. Iniciamos la confección del *flap* peritoneal de izquierda a derecha, liberando el espacio preperitoneal y apreciando el signo del volcán en la zona herniada. Se realiza la reducción bajo visión directa del saco y del contenido herniado, para posteriormente realizar el cierre con sutura barbada del 0. Colocamos una malla autoadhesiva conformada en posición preperitoneal y procedemos al cierre del *flap* peritoneal con sutura barbada del 0/0.

Discusión: La técnica TAPP tiene las ventajas propias de la laparoscopia (menor dolor posoperatorio, recuperación precoz, menor tasa de infecciones, mejor apariencia cosmética y menor estancia hospitalaria). Permite visualizar la cavidad abdominal valorando de forma más precisa el propio defecto, así como otros asociados, además de la diástasis. A su vez permite la colocación de la malla en un espacio preperitoneal, evitando el contacto con las vísceras y sin alterar la aponeurosis posterior, lo que permite, en caso de recidiva, poder utilizar el espacio retromuscular. No consideramos que sea una alternativa al procedimiento convencional sino un recurso más en nuestro algoritmo terapéutico, puesto que no existe una técnica estándar, sino una técnica ideal para cada paciente.