

Monográfico de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

Reparación laparoscópica de hernia ventral en cirugía mayor ambulatoria (CMA)

Laparoscopic ventral hernia repair in ambulatory surgery

de Jesús Gil A, Suárez Grau JM, Sánchez Arteaga A, Moreno Suero F, Tinoco González J, Tallón Aguilar L, Padillo Ruiz FJ

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Introducción: La laparoscopia en la cirugía de la hernia ventral es una alternativa válida que disminuye significativamente la estancia hospitalaria. Sin embargo, su papel la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es aún un tema de constante discusión.

A pesar de los avances técnicos y la presencia de cirujanos experimentados en este campo, la literatura es aún escasa y poco homogénea en cuanto a criterios de selección de pacientes subsidiarios de esta modalidad quirúrgica.

Implementación de la laparoscopia en eventroplastia: Para su correcta implementación hay que tener en cuenta factores relacionados con el propio paciente (aspectos fisiológicos como la clasificación ASA, la edad o el IMC, aspectos psicológicos y aspectos sociales como buen apoyo familiar para optar a la CMA), como de la eventración (localización y tamaño de la eventración) y la intervención realizada (selección de la técnica, del material protésico y del método de fijación del mismo, protocolo de analgesia y prevención de vómitos y náuseas postoperatorias).

Conclusiones: La evidencia hasta hoy demuestra que la cirugía laparoscópica para la reparación de hernia ventral en régimen ambulatorio es una técnica segura, fiable y bien tolerada por

pacientes seleccionados. El manejo del dolor postoperatorio es el principal factor limitante en estos casos.

Palabras Clave: cirugía laparoscópica, cirugía mayor ambulatoria, eventroplastia.

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic ventral hernia repair is currently a valid option which significantly reduce the hospital stay. However, its role in ambulatory surgery is still under constant discussion.

Despite technique developments and highly qualified surgeons in this field, literature is still lacking and not homogeneous when it comes to patient selection criteria for this kind of surgery.

Laparoscopic ventral hernia repair implementation: There are many factors that have to be taken into account for its correct implementation, from the patient (physiologic aspects like ASA classification, age or BMI, as well as psychological and social aspects which includes availability of caregiver at home), from the ventral hernia (localization and size of the hole) and from the intervention (technique, type of mesh and fixation, analgesia and vomiting protocol).

Conclusion: Scientific evidence up to now demonstrates that laparoscopic ventral hernia repair in ambulatory surgery is secure, feasible and well tolerated by selected patients. Optimal pain control is crucial for its implementation.

CORRESPONDENCIA

Ángela de Jesús Gil
Hospital Universitario Virgen del Rocío
41013 Sevilla
angela.jg@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

de Jesús Gil A, Suárez Grau JM, Sánchez Arteaga A, Moreno Suero F, Tinoco González J, Tallón Aguilar L, Padillo Ruiz FJ. Reparación laparoscópica de hernia ventral en cirugía mayor ambulatoria (CMA). Cir Andal. 2024;35(2):108-110. DOI: 10.37351/2024352.9

Keywords: laparoscopic surgery, ambulatory surgery, ventral hernia repair.

INTRODUCCIÓN

La laparoscopia como tratamiento de los defectos de pared abdominal es actualmente y desde hace años una alternativa más que válida a la cirugía abierta, aportando múltiples ventajas ya conocidas como son la realización de incisiones de menor tamaño, disminución de la tasa de infección de herida quirúrgica, menos dolor, menos morbilidad asociada a la intervención y disminución significativa de la estancia hospitalaria de los pacientes¹. Sin embargo, su papel en el campo de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) está aún bajo constante discusión.

Actualmente disponemos de excelentes avances técnicos y materiales en este campo, así como cirujanos experimentados para poder desarrollar cirugía laparoscópica avanzada de pared abdominal en unidades de CMA. A pesar de ello, la literatura es aún escasa y poco homogénea en cuanto a criterios de selección de pacientes que pudieran beneficiarse de cirugía mínimamente invasiva en hernia ventral, y existen aún diversos factores que limitan su expansión.

IMPLEMENTACION DE LA LAPAROSCOPIA EN EVENTROPLASTIA

Para su correcta implementación se deben tener en cuenta tanto factores relacionados con el propio paciente como relacionados con la eventración y la intervención a realizar.

Criterios de selección de pacientes

En cualquier intervención en régimen ambulatorio se deben cumplir unos criterios básicos:

- Aspectos fisiológicos: ASA I y II (algunos III compensados), edades extremas (aunque la edad en sí no se considera un criterio de exclusión), obesidad extrema...
- Aspectos psicológicos: pacientes mentalmente competentes, que entiendan y acepten el tipo de intervención.
- Aspectos sociales: disponibilidad de adulto cuidador, condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad y confort.

Criterios relacionados con la eventración

Cuanto más complejo sea el defecto herniario, mayor es la probabilidad de que aparezcan complicaciones asociadas tras la intervención y por tanto menor probabilidad de poder dar de alta al paciente el día de la intervención.

Según la escasa literatura existente²⁻⁴, las eventraciones que pudieran ser subsidiarias de manejo quirúrgico ambulatorio son eventraciones o hernias primarias de línea media con diámetro menor de 4 cm (W1 según la clasificación de la European Hernia Society, EHS), eventraciones o hernias primaria del área periumbilical y abdomen superior (hernias epigástrica y subxifoideas), eventraciones laterales

o hernias primarias de Spiegel de pequeño tamaño y hernias post trócar (Figura 1).

Los defectos del área infraumbilical, así como los defectos laterales de mayor tamaño no son como tal criterio de exclusión. Sin embargo, parecen asociarse a mayor dolor postoperatorio por lo que podrían ser una limitación en CMA.

Por otro lado, las eventraciones multisaculares o con defectos grandes (mayores de 10 cm), así como las hernias ventrales o

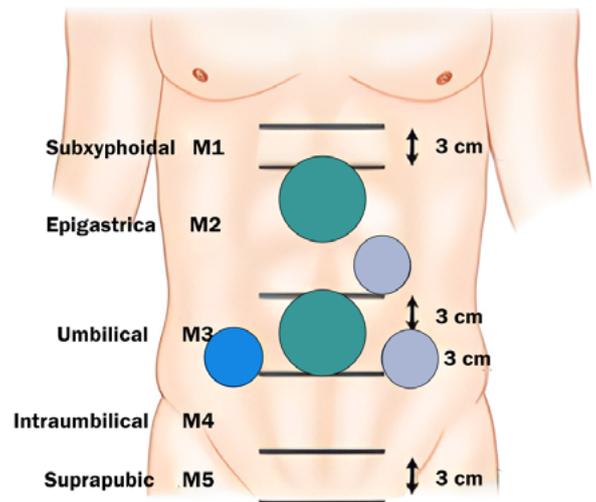


Figura 1 Tipos de hernias ventrales con opción a intervención en régimen ambulatorio.

primarias recidivadas, están estrechamente relacionadas con mayor morbilidad perioperatoria, por lo que deberían evitarse en cuanto a indicación de CMA⁵.

Criterios relacionados con la intervención

Debemos tener en cuenta que probablemente el principal factor limitante para la expansión de la laparoscopia en reparación de hernia ventral con carácter ambulatorio es el dolor asociado a la intervención. En este sentido se deben tener en cuenta múltiples aspectos:

- **Selección de la técnica:** existen una multitud de técnicas descritas en el campo de la cirugía laparoscópica de la pared abdominal. La aplicabilidad en cirugía ambulatoria es algo menor. Principalmente se llevan a cabo la (TAPP), intraperitoneal onlay mesh (IPOM), cierre primario del defecto (CPD) (se lleva a cabo principalmente en cirugía urgente, pero tiene tasas muy altas de dolor postoperatorio y recurrencia por cierre a tensión, por lo que está cada vez más en desuso), y más recientemente la reparación tipo laparoscopic intracorporeal rectus aponeuroplasty (LIRA)⁶ que pretende el cierre de la línea media sin tensión y así disminuir la tasa de recurrencia presente en cierres primarios o reparación tipo e-TEP (via totalmente extraperitoneal extendida) **Tabla 1**.

- **Selección del tipo de material protésico:** las mallas suelen tener un comportamiento similar si comparamos cirugía abierta y cirugía laparoscópica. Sin embargo, se prefieren en este segundo caso

Tabla 1. Tipos de técnicas quirúrgicas e indicaciones

TÉCNICA		INDICACIÓN
Transabdominal preperitoneal	TAPP	Mediales (incluyendo hipogástricas u epigástricas), laterales.
Intraperitoneal onlay mesh	IPOM	Mediales, laterales
Laparoscopic intracorporeal rectus aponeuroplasty	LIRA	Mediales
Extended total extraperitoneal	eTEP	Mediales, laterales.
Cierre primario del defecto	CPD	Cirugía de urgencias

mallas más elásticas, de poro ancho y baja densidad. Esto, además de sus beneficios ya conocidos en cuanto a disminución de adherencias, dolor y recurrencia, facilita la introducción de la mismas a través de los trócares de laparoscopia, lo que a su vez disminuye la tasa de infección de malla al no existir contacto directo con la piel del paciente⁷.

- **Selección del método de fijación de la malla:** una opción válida para la reparación de eventraciones por vía laparoscópica es el uso de mallas autoadhesivas. Sin embargo, su colocación puede ser muy engorrosa y en cirujanos poco experimentados supone un reto quirúrgico en algunas ocasiones. Actualmente, la opción más extendida es el uso de tackers tanto metálicos (progresivamente en desuso) como absorbibles, unido o no a pegamentos (de fibrina o cianocrilato) lo cual permite espaciar los tackers y disminuir así el dolor.

- **Protocolo de analgesia perioperatoria:** un control óptimo del dolor es básico para obtener buenos resultados. Para ello es imprescindible el uso de analgesia multimodal preventiva que incluye infiltración de la entrada de los trócares previo a su inserción con anestésico local de corta y larga duración, mantenimiento de analgesia durante la intervención y establecimiento de protocolo de control de dolor postquirúrgico pautado con fármacos de rescate del segundo escalón de analgesia de la Organización Mundial de la Salud (opioides menores).

Otro ítem a tener en cuenta, que ha mejorado notablemente con los avances en anestesiología de los últimos años, es el control de las náuseas y vómitos en el postoperatorio. Este tipo de intervenciones se ha incluido en la lista de aquellas que precisan protocolo de profilaxis antiemética preoperatoria⁸. Además, durante la intervención se reduce al máximo la dosis de opioides, se intenta evitar el uso de protóxido de nitrógeno, anestésicos volátiles y neostigmina, induciendo y manteniendo la anestesia con propofol. Al alta, los pacientes reciben así mismo medicación pautada preventiva⁹.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica para reparación de hernia ventral en régimen ambulatorio es una técnica segura, fiable y bien tolerada por pacientes correctamente seleccionados. El manejo del dolor postoperatorio es el principal factor limitante en estos casos, requiriendo un manejo óptimo para conseguir buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Qin C, Hackett NJ, & Kim, J.Y.S. Assessing the safety of outpatient ventral hernia repair: a NSQIP analysis of 7666 patients. *Hernia*. 2015; 19(6), 919–926.
2. Bonomo LD, Giaccone M, Caltagirone A, Bellocchia AB, Grasso M, Nicotera A, Sandrucci S. Patient selection criteria for an effective laparoscopic intraperitoneal ventral hernia repair in day surgery. *Updates in Surgery*. 2018; 71(3), 549–553.
3. Moreno-Egea A, Cartagena J, Vicente JP, Carrillo A, Aguayo JL. Laparoscopic incisional hernia repair as a day surgery procedure: audit of 127 consecutive cases in a university hospital. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2008 Jun;18(3):267-71.
4. Abdel-Lah O, García-Moreno FJ, Gutiérrez-Romero JR, Calderón F. Initial experience in the laparoscopic repair of incisional/ventral hernias in an outpatient-short stay surgery unit. *Cir Esp*. 2005 Mar;77(3):153-8.
5. Moreno-Egea A, Castillo Bustos JA, Aguayo JL. Day surgery for laparoscopic repair of abdominal wall hernias. Our experience in 300 patients. *Hernia*. 2002 Mar; 6(1):21-5.
6. Gomez Menchero J, Guadalajara Jurado J, Suarez Grau JM, Bellido Luque J et al. Laparoscopic intracorporeal rectus Aponeuroplasty (LIRA technique): a step forward in minimally invasive abdominal wall reconstruction for ventral hernia repair (LVHR). *Surg Endosc* 17. 2018.
7. Perrone JM, Soper NJ, Eagon JC, et al. Perioperative outcomes and complications of laparoscopic ventral hernia repair. *Surgery*. 2005; 138:708–716.
8. Bageacu S, Blanc P, Breton C, et al. Laparoscopic repair of incisional hernia: a retrospective study of 159 patients. *Surg Endosc*. 2002; 16:345–348.
9. Bajwa A, Khaira H. Laparoscopic Incisional Hernia Repair reduces length of In-Hospital Stay. *Ambulatory Surgery* 17.4 April 2012.