

Monográfico de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

Cirugía de la hernia inguinal laparoscópica tipo TEP en CMA

Laparoscopic hernia repair TEP in Ambulatory Surgery

García Corona M, Aguilar del Castillo F, de los Ángeles B, Suárez Grau JM, Tallón Aguilar L

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

Las técnicas de cirugía laparoscópica para el tratamiento de las hernias inguinales en cirugía mayor ambulatoria siguen creando controversia actualmente entre los cirujanos generales. Esto se debe a la gran curva de aprendizaje que precisan con respecto a las técnicas abiertas. Sin embargo, se han objetivado claras ventajas de la cirugía laparoscópica como la rápida recuperación y el menor dolor postoperatorio. En este artículo nos centraremos en la descripción del abordaje totalmente extraperitoneal o TEP, así como en las ventajas y desventajas que le acompañan.

Palabras Clave: cirugía mayor ambulatoria, hernia inguinal, cirugía laparoscópica, TEP, TAPP.

ABSTRACT

Inguinal hernia Laparoscopic surgery in ambulatory surgery is a controversial issue among general surgeons. This is due to the large learning curve they require compared to open techniques. However, there are clear advantages of laparoscopic surgery, such as rapid

recovery and less postoperative pain. In this article, we will describe the totally-extraperitoneal approach or TEP, as well as its advantages and disadvantages.

Keywords: ambulatory surgery, inguinal hernia, laparoscopic surgery, TEP, TAPP.

INTRODUCCIÓN

El abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en cirugía mayor ambulatoria sigue teniendo importantes dificultades para su extensión entre los cirujanos generales, ya que crea una fuerte controversia frente a la hernioplastia por cirugía abierta. Sin embargo, el acceso endoscópico pretende reducir las desventajas de las técnicas abiertas y ofrecer un mejor acceso a la pared posterior del conducto inguinal, permitiendo una visualización completa de todo el canal inguino-crural.

De todas las técnicas descritas para el tratamiento de la hernia inguinal, las más utilizadas a día de hoy en cuanto al abordaje laparoscópico son la transabdomino-preperitoneal (TAPP) o la totalmente extraperitoneal (TEP), ya que no presentan un incremento del tiempo quirúrgico en manos expertas y tanto la incapacidad física como el dolor postoperatorio son significativamente menor que en la cirugía abierta, lo que conlleva a un menor consumo de analgésicos en los días posteriores a la intervención quirúrgica y a que sean técnicas recomendadas para la cirugía ambulatoria^{1,2}.

CORRESPONDENCIA

Marta García Corona
Hospital Universitario Virgen del Rocío
41013 Sevilla
martagarcia1997.mg@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

García Corona M, Aguilar del Castillo F, de los Ángeles B, Suárez Grau JM, Tallón Aguilar L. Cirugía de la hernia inguinal laparoscópica tipo TEP en CMA. Cir Andal. 2024;35(2):127-129. DOI: 10.37351/2024352.14

Nosotros nos vamos a centrar en el TEP, ya que se considera una técnica ideal para CMA al abordar la hernia en su espacio de origen, sin interceptar ningún plano ni estructura titular para acceder a la hernia. El acceso a ese área de trabajo, preperitoneal, se realiza mediante la creación de un espacio virtual no existente, considerándose por tanto una técnica mínimamente invasiva y minidisectiva, favoreciendo por tanto a la reducción de complicaciones intraoperatorias como postoperatorias³. Todo ello conlleva a que sea una alternativa segura, costo-eficiente e idónea para realización en el contexto de cirugía sin ingreso.

Si hablamos de los puntos que crean controversia a la hora de utilizar esta técnica, uno de ellos es el coste, ya que presentan un coste hospitalario más elevado que la cirugía abierta. Sin embargo, la pronta recuperación de estos pacientes y su rápida incorporación a la vida laboral hace que este coste asistencial se vea compensado con el menor coste a nivel comunitario.

Otro motivo de polémica es la fijación de la malla, no siendo habitual su realización en el TEP desde hace años ya que se ha demostrado que la tasa de dolor postoperatorio es mayor en los casos con fijación. Así mismo, no hay diferencias en cuanto a la tasa de conversión, complicaciones o recidivas⁴.

Por otro lado, si comparamos ambas técnicas laparoscópica, TAPP y TEP, a pesar de la similitud en cuanto a la tasa de dolor postoperatorio, recidivas y la temprana reincorporación sociolaboral, en la TAPP se han descrito complicaciones como perforaciones intestinales o vesicales y adherencias a la malla que condicionan obstrucciones intestinales, que son casi inexistentes en el TEP. Esto, unido a que no requiere fijación de la malla ni apertura del peritoneo, hace que tomemos el TEP como técnica de elección en la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal⁵.

Para que este tipo de intervenciones se realicen en régimen de CMA, se requiere de unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen la calidad y la eficiencia, así como la seguridad de los pacientes. Así mismo, se debe disponer de criterios de inclusión que determinen los candidatos óptimos para una cirugía sin ingreso, teniendo en cuenta tanto factores de riesgo quirúrgico, sociales y anestésicos. Por ello, deben existir consultas específicas de CMA donde se proporcione información exhaustiva a paciente y familiares, así como el consentimiento informado. Para finalizar, a la hora de dar el alta, debe ser una decisión conjunta entre cirujano y anestesiista, cumpliendo rigurosamente los criterios para esta acción, y confirmando los requisitos necesarios del entorno del paciente.

TÉCNICA QUIRÚRGICA⁶

El paciente, bajo anestesia general, se coloca en decúbito supino, con los dos brazos a lo largo del cuerpo y la mesa en Trendelenburg a unos 35°. El primer cirujano se coloca en el lado opuesto a la hernia y el ayudante frente a él.

Material necesario

El material que vamos a utilizar para este tipo de cirugía es en primer lugar un balón disector para crear el espacio virtual preperitoneal, que posteriormente sustituiremos por un trocar de sellado con balón distal de 10-12mm. Serán necesarios otros dos

trocars de 5 mm por los que introduciremos disector, tijeras y pinzas de agarre. Podremos utilizar tanto una óptica de 0° o 30° que mida 10 mm.

Por último, necesitaremos malla y, según preferencias del cirujano, algún método de fijación.

Colocación de los trocaries

Se realiza una incisión de 15mm en el borde inferior umbilical para el balón de disección con el que accederemos al espacio preperitoneal, situándose sobre el plano de la vaina posterior del recto. Vamos avanzando con el trocar hasta contactar con la sínfisis púbica. Realizamos la disección tanto del espacio de Rezius o espacio retropúbico como del espacio de Bogros.

Una vez conseguida la disección de ambos espacios, sustituimos el balón disector por un trocar de sellado con balón distal e insuflamos CO2 hasta alcanzar una presión de 10-12mmHg. Introducimos la óptica a través de este trocar e identificamos el ligamento de Cooper y los vasos epigástricos, tomando como referencia el pubis.

A continuación introducimos los otros dos trocaries de 5 mm bajo visión directa en línea media y equidistantes entre el pubis y el trocar de la óptica.

Una vez identificadas las estructuras mencionadas anteriormente (sínfisis púbica, ligamento de Cooper y vasos epigástricos) comenzamos con la disección y tratamiento de las zonas herniarias. Esto va a depender de si se trata de una hernia directa o indirecta.

Hernia directa

Este tipo de hernias se identifican como una prolongación de peritoneo que se introduce a través de la pared abdominal medialmente a los vasos epigástricos.

Reducimos el saco herniario traicionando suavemente con una pinza de agarre atraumática. Debemos comprobar si además existe un componente indirecto de la hernia, por lo que debemos disecar el espacio lateral de Bogros.

Posteriormente, vamos disecando e individualizando los elementos del cordón espermático, observando la formación de una "V" invertida por el conducto deferente (medial) y los vasos espermáticos (lateral), cuyo vértice se encuentra a la altura del orificio inguinal profundo.

Esta especie de triángulo, se denomina triángulo de riesgo neurovascular de Dom, en cuyo interior se encuentran, de medial a lateral, la vena iliaca externa, el nervio femoral y la arteria iliaca externa.

Hernia indirecta

En el caso de las hernias indirectas, donde el saco acompaña a los elementos del cordón espermático en sus porciones más craneal y medial, se reducen mediante maniobras de tracción y contraacción. Es importante tener especial cuidado de no traccionar sobre los vasos gonadales o el conducto deferente para evitar lesiones.

Tras reducir el saco herniario, en este tipo de hernias debemos explorar el canal inguinal ante la posibilidad de la presencia de un lipoma preherniario, que si no se reduce puede provocar dolor inguinal y la persistencia de una tumoración a ese nivel.

Colocación de la malla

Tras reducir los sacos herniados, se introduce la malla, en este caso una de tipo Dynamesh, colocándose contra la pared abdominal y cubriendo los orificios inguinales directo, indirecto y crural.

Mantenemos la presión sobre la malla para evitar pliegues a la hora de retirar el CO2 de la cavidad y asegurar su adherencia completa a la pared abdominal.

En cuanto a su fijación, normalmente no es necesario fijar la malla a la pared abdominal, aunque se puede utilizar pegamento tipo fibrina, cianocrilato o cianocrilato en taquer.

Postoperatorio

Tras la intervención, el dolor es mínimo pudiendo el paciente deambular a las 2-3 horas de la intervención y ser dado de alta a las pocas horas de la misma.



CONCLUSIONES

El TEP es una de las técnicas quirúrgicas laparoscópica para el tratamiento de las hernias inguinales que han demostrado ventajas con respecto a la cirugía abierta. Por ello, debemos seguir implementando su aprendizaje entre las diferentes generaciones de cirujanos generales, ya que es fundamental para la pronta recuperación del paciente y su menor tasa de complicaciones postquirúrgicas, permitiendo así que en pacientes óptimos la realización de esta técnica en el contexto de CMA sea una alternativa idónea, segura y costo-eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* (2018). [DOI: 10.1007/s110029-017-1668-x].
2. Simons M, Aufenacker E, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia* 2009;13:343-403.
3. Planells Roig M, Bolufer Cano JM, García Espinosa R. El abordaje TEP+TAP+TEP en el tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal compleja. *Cir Andal*. 2018;29(2):182-184.
4. Ismail M, Garg M, Rajagopal M, & Garg P. (2009). Impact of closed-suction drain in preperitoneal space on the incidence of seroma formation after laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 19(3), 263-266. <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e3181a4d0e1>.
5. Wel FX, Zhang YC, Han W, Zhan YL, Shao Y, Ni R. Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus Totally Extraperitoneal (TEP) for laparoscopic Hernia Repair: a Meta-Analysis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2015;25(5):375-83.
6. Martín Gómez M. Cirugía laparoscópica de la hernia inguinal: TEP. *Cir Andal*. 2018;29(2):174-177.