



## V-022 - TÉCNICA MIXTA ("UP-TO-DOWN" Y "DOWN-TO-UP";) EN LA SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES LAPAROSCÓPICA

Senent-Boza, Ana<sup>1</sup>; Alarcón del Agua, Isaías<sup>1</sup>; Tinoco González, José<sup>1</sup>; Licardie, Eugenio<sup>2</sup>; Tallón Aguilar, Luis<sup>1</sup>; Gómez Menchero, Julio<sup>1</sup>; Padillo Ruiz, Javier<sup>1</sup>; Morales-Conde, Salvador<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>2</sup>Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** La separación posterior de componentes mediante liberación del músculo transversario (TAR) permite una reconstrucción anatómo-funcional en defectos complejos de pared abdominal. El abordaje por vía laparoscópica de este procedimiento ofrece menores tasas de complicación que por vía abierta, no obstante, con una alta exigencia técnica. La estandarización de la técnica de TAR facilita el aprendizaje de la misma y su difusión.

**Métodos:** Tras la realización del neumoperitoneo, se colocan dos trócares de 5 mm y uno de 12 mm en flanco izquierdo. Una vez reducido el contenido herniario y tras delimitar el defecto con ayuda de una aguja intramuscular, se abre longitudinalmente la fascia posterior derecha del recto en su borde medial para disecar el espacio retromuscular. Se realiza la disección de arriba abajo ("up-to-down"), desinsertando las fibras del músculo transversario que avanzan por detrás del músculo recto a nivel craneal, para acceder al espacio tras el mismo y separarlo de la fascia transversalis. Para realizar la disección del lado izquierdo, se colocan 2 trócares de 5 mm y uno de 11 mm en flanco derecho. Una vez disecado el espacio tras el músculo recto se identifica la línea arcuata, donde se inicia la sección a un centímetro de la línea semilunar para preservar los haces neurovasculares, continuando la disección de abajo hacia arriba ("down-to-up"). De esta forma se accede al espacio tras el músculo transversario. La disección en ambos lados se realiza de forma lateral y se continúa cranealmente hasta la región retrocostal, donde se identifican las fibras del diafragma. Una vez completada, podrá realizarse una aproximación sin tensión de ambas fascias del recto a nivel medial. Para el cierre de la fascia posterior se utilizará una sutura continua barbada de la fascia posterior y para la fascia anterior, un monofilamento de absorción lenta tipo *loop*. Finalmente, se coloca una malla de polipropileno de doble capa a nivel retromuscular que se extiende con la ayuda de cuatro puntos cardinales y se fija con cola de fibrina.

**Discusión:** La disección en el sentido natural de la mano (de derecha a izquierda en caso de que el cirujano sea diestro), lo que implica la disección de arriba abajo en el lado derecho y de abajo arriba en el lado izquierdo, simplifica la técnica quirúrgica, suponiendo un menor tiempo operatorio. La apertura del espacio bajo el músculo transversario separándolo de la fascia transversalis, que se mantiene junto al peritoneo, permite dar mayor refuerzo a este plano posterior sobre el que se coloca el material protésico. La sección del plano aponeurótico desde la línea arqueada de Douglas permite una disección más precisa del plano tras el músculo transversario sin seccionar sus fibras,

permitiendo así preservar la inervación y vascularización de la pared abdominal. Todas estas modificaciones técnicas tienen el objetivo de simplificar un procedimiento complejo por vía laparoscópica, con objeto de conseguir su estandarización.