



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-628 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSABDOMINAL (TAPP) URGENTE DE LA HERNIA INGUINAL: NUESTRA EXPERIENCIA

Aguilar Márquez, Ana Isabel; Infantes Ormad, Marina Cristina; Franco Peñuelas, Concepción; Retamar Gentil, Marina; Marengo de La Cuadra, Beatriz; Reguera Rosal, Julio; Oliva Mompean, Fernando; López Ruiz, José Antonio

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: La hernia inguinal complicada es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes, suponiendo una mortalidad y una morbilidad del 5% y 20%, respectivamente. Está en auge el abordaje laparoscópico de esta patología, ofreciendo la posibilidad de evaluar de forma directa el estado y la recuperación del asa encarcelada mientras se repara el defecto herniario. En el presente trabajo, mostramos nuestra experiencia con el abordaje transabdominal urgente de la hernia inguinal.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo con un total de 19 pacientes que han requerido tratamiento urgente de la hernia de la región inguinal vía laparoscópica desde 2016 hasta la actualidad. En todos los casos se ha realizado la técnica con tres trócares, uno óptico de 11 mm y dos de 5 mm. Se reduce contenido herniario, con o sin quelotomía previa, valorando el estado del asa encarcelada. Posteriormente, se realiza *flap* peritoneal e identificación y disección de los elementos del cordón y saco herniario para colocación de malla de polipropileno preperitoneal que en algunos casos se fija a espina púbrica. Finalmente, se cierra el peritoneo con suturas helicoidales o sutura barbada continua.

Resultados: Presentamos a 19 pacientes, siendo el 57,89% mujeres y una edad media de 69 años. 11 pacientes (57,89%) acudieron con una hernia inguinal complicada, siendo 3 recidivadas, y los 8 restantes, hernias cruales primarias complicadas (42,10%). Se realizó abordaje vía TAPP, permitiendo recuperación del asa durante la reparación herniaria en todos los casos, excepto en dos: uno de ellos requirió laparotomía de asistencia para realizar la resección intestinal con anastomosis mecánica, finalizando la reparación herniaria vía laparoscópica; el otro fue necesaria la conversión a cirugía abierta para resección intestinal y anastomosis mecánica, finalizando la reparación herniaria por esta misma vía. Se utilizaron mallas de polipropileno, fijadas con suturas helicoidales, siendo 13 preformadas para laparoscopia. En 15 pacientes se cerró el *flap* peritoneal con sutura barbada continua, en dos casos se utilizaron suturas helicoidales y en el que requirió conversión con monofilamento de reabsorción lenta del 2/0. La estancia media es de 3 días. Como complicaciones intraoperatorias, hubo dos sangrados de trocar (10,52%) y una apertura accidental de la vejiga. En cuanto a las complicaciones menores: 4 seromas (21,05%), un hematoma (5,88%) y 2 infecciones de herida quirúrgica (10,52%). Ningún caso requirió reintervención quirúrgica, pero sí un reingreso.

Actualmente, 17 pacientes han completado el seguimiento a dos años, objetivando solo una recidiva herniaria a los 4 meses de la intervención (5,26%).

Conclusiones: El abordaje transabdominal nos permite la evaluación del asa intestinal y realizar la resección si fuera necesaria ofreciéndonos para ello varias posibilidades: vía laparoscópica, laparotomía de asistencia o realizar abordaje anterior aislando los dos campos si existe vertido fecal importante. Una vez superada la curva de aprendizaje el tiempo operatorio no presenta diferencias significativas, así como tampoco la recidiva, el sangrado o la infección, y asocia las ventajas del abordaje laparoscópico, siendo un procedimiento seguro y reproducible.