



V-065 - Manejo y ventajas de las nuevas mallas autoadhesivas en el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal (TEP y TAPP)

S. Morales-Conde¹, M.A. Gómez Correcher², R. Ávila¹, I. Alarcón¹, M. Sánchez³, J. Gómez-Menchero³, M. Socas¹ y A. Barranco¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital General Universitario, Elche. ³Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla.

Resumen

Introducción: La fijación de las mallas es uno de los puntos clave en el debate sobre el manejo del dolor crónico y agudo en el postoperatorio en la cirugía de las hernias, tanto por vía laparoscópica como por vía abierta. Los cirujanos buscan mecanismos de fijación atraumáticos que conlleven unos índices de recidivas similares a los resultados obtenidos con mecanismos de fijación traumática. El debate en la cirugía de las hernias inguinales por vía laparoscópica se mueve incluso entre la no fijación y la fijación con sistemas traumáticos espirales, destacándose asimismo de la necesidad de individualizar esta fijación en función del tipo de hernia, el paciente y el tipo de abordaje (TAPP y TEP). En este sentido los pegamentos y las mallas autofijables han tenido un papel en esta discusión, siendo preciso conseguir el mismo índice de recidivas, una técnica quirúrgica reproducible, que sea coste-efectiva y que facilite técnicamente su realización. En este sentido surgen nuevas mallas, como las que presentamos, que son autofijables y que presentan un pegamento que actúa al ponerse en contacto con el tejido donde se aplica.

Métodos: Malla de 15 × 15 cm autofijable de polipropileno con pegamento sintético que actúa en contacto con el tejido donde se aplica. Presentamos un vídeo con la forma de aplicación de la malla, tanto durante la realización de un TAPP como de un TEP. La malla, de 15 × 15 cm, es recortada a 13 × 15 cm siguiendo la forma de las mallas preformadas que se utilizan habitualmente en el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal. Se enrolla sobre el film que protege la malla en el envase, fijándolo con 2 puntos, dejando los dos últimos centímetros sin cubrir por dicho film y sin enrollar. Se introduce la malla por el trócar de 10 mm, dando tiempo a su manipulación antes de que el pegamento comience a actuar. Se coloca el borde inferior de la malla, es decir, la parte no enrollada, sobre la zona inferior de la región inguinal, para posteriormente seccionar los dos puntos que la mantienen enrollada para traccionar del film de protección que a la vez desenrolla la malla, fijándose a toda la zona inguinal. La ventaja de su uso en el TAPP, a diferencias de otros pegamentos y otras mallas autofijables, es que no precisa el cierre del peritoneo, ya que el mismo pegamento que trae la malla consigue fijarlo.

Conclusiones: La fijación atraumática constituye uno de las claves de la fijación de las mallas en el presente y futuro de la cirugía de la pared abdominal, siendo preciso la búsqueda de métodos coste-efectivos, reproducibles y que mejoren las técnicas quirúrgicas. Estas mallas autofijables con pegamentos constituyen un paso más en el armamentario del cirujano, siendo preciso en el futuro su

evaluación para determinar este coste-efectividad. Una de las grandes ventajas hasta ahora demostradas es su reproducibilidad, dando tiempo a su manipulación antes de la colocación y el ahorro de tiempo que supone la no necesidad del cierre de la brecha peritoneal durante la realización de un TAPP.