



P-519 - DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL TAPP A LA HERNIOPLASTIA INGUINAL TEP: MAYOR DIFICULTAD PERO... ¿ALGUNA VENTAJA?

J.F. Reoyo Pascual, R.M. Martínez Castro, X. Valero Cerrato, R. León Miranda, J.M. Juez Juez, E. Alonso Alonso, J.A. Ortega Seda y J.L. Seco Gil

Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Resumen

Objetivos: Describir nuestras primeras impresiones sobre la instauración de la hernioplastia inguinal TEP en un servicio familiarizado con la hernioplastia TAPP.

Métodos: Presentamos nuestra experiencia inicial sobre el salto en la técnica quirúrgica de la hernioplastia inguinal laparoscópica desde la vía TAPP a la vía TEP.

Resultados: Tras muchos años de desconfianza en el servicio de cirugía general acerca de la técnica laparoscópica de la hernioplastia inguinal hace 2 años que un grupo reducido de cirujanos emprendimos la vía TAPP para la reparación de la hernia inguinal. Para su aplicación, a parte de un profundo conocimiento anatómico de la vía preperitoneal, gran desconocido para el cirujano habituado a la vía anterior, es esencial desarrollar una sistemática que aplicada a cada caso en particular ofrezca una técnica eficaz y aumente la comodidad del cirujano en este campo quirúrgico. Tras más de 50 casos de hernioplastia inguinal TAPP en los que obtuvimos buenos resultados, con una estancia media de 24 horas, y como complicaciones objetivadas, un seroma, una neuralgia crónica y una recidiva herniaria, decidimos, tal y como aconsejan la mayoría de las series publicadas, estudiar, aprender y comenzar con la ejecución de la hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal, también conocida con hernioplastia TEP. Con las ventajas que adquiere el conocimiento anatómico adquirido en la técnica TAPP, en los primeros 10 casos de hernia inguinal intervenidos por vía TEP, hemos percibido dos grandes dificultades en el acto quirúrgico; el primero, el campo quirúrgico reducido que ofrece la vía TEP con respecto al TAPP, que pone a prueba, en los primeros casos, la confianza del cirujano en la nueva técnica. El segundo inconveniente de la técnica que hemos percibido hasta el momento es la dificultad de colocación de la malla por la vía TEP con respecto al TAPP, probablemente también en relación con el inconveniente del campo quirúrgico reducido comentado anteriormente. Sin embargo, tras los primeros 60 minutos de la primera hernioplastia TEP, actualmente cuando apenas llevamos 10 casos, el tiempo medio es de 40 minutos. Las ventajas más claras que observamos del TEP con respecto al TAPP es, en primer lugar, la posibilidad de ofrecer una técnica anestésica locorregional o general con mascarilla laríngea no recomendada por nuestros anestesiólogos al realizar la técnica TAPP, y en segundo lugar, al no utilizar la vía transabdominal, el confort y la recuperación del paciente es aún más temprana que en el TAPP permitiendo su aplicación en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Conclusiones: La hernioplastia inguinal laparoscópica TEP es la preferida por la comunidad quirúrgica internacional sobre la técnica TAPP. En nuestra experiencia, confirmamos las ventajas del TEP con respecto a un confort postoperatorio más temprano, evidenciando también las mayores dificultades técnicas de esta vía con respecto al TAPP. Así consideramos importante el aprendizaje de la hernioplastia inguinal preperitoneal con la vía TAPP antes de dar el paso a la ejecución de la técnica TEP.