

Guía de actualización en patologías prevalentes en Cirugía General

Reparación laparoscópica de la hernia inguinal

Derlin Juárez Muas (MAAC)

La reparación de la hernia inguinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes del mundo. La hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal (TAPP) es una alternativa segura en la reparación de las hernias inguino-cruales con excelentes resultados, bajo nivel de dolor y rápida recuperación postoperatoria. A pesar de ello, es uno de los procedimientos con mayores controversias, discusión y trabajos comparativos en la era laparoscópica. Es considerado el abordaje ideal en hernias inguinales bilaterales y recurrencias de reparaciones por vías anteriores, aunque, en hernias inguinales primarias unilaterales depende de la elección del cirujano.

La hernioplastia TAPP se realiza con anestesia general, en casos seleccionados puede ser con anestesia raquídea y sedación. La profilaxis antibiótica es sistemática y si fuese necesaria antitrombótica. El paciente debe evacuar la vejiga antes de ingresar a quirófano, o colocar sonda vesical. El neumoperitoneo puede ser abierto o cerrado según preferencia y trócares de trabajo de 5 mm en ambos flancos o los 2 en flanco izquierdo bajo visión directa, para evitar accidentes intraoperatorios. Los anestésicos locales en los accesos no mostró diferencia significativa en el dolor posoperatorio. El abordaje transabdominal nos permite un reconocimiento anatómico preciso (Fig.1) y amplia disección del espacio preperitoneal, identificación del o los defectos herniarios y colocación de una malla de polipropileno liviano y macroporoso o pesado (Fig.2), no menor de 14 x 10 cm, el peso del material protésico no influye en la recurrencia, pero si el tamaño pequeño de la malla. La misma se puede fijar con elementos atraumáticos como las colas biológicas, o usar mallas autofijantes, que reducirían el dolor inguinal postoperatorio crónico o usar fijación traumática, como puntos de suturas intracorpóreas o transfasciales, tackers o straps absorbibles o tackers irreabsorbibles, siendo todos efectivos y seguros. Existe además, la posibilidad de colocar la malla sin fijación en defectos laterales o menores de 3 cm.

Se debe cerrar de forma sistemática la apertura peritoneal con sutura continua absorbible simple o barbada 2-0 u opcional con tackers o strap de preferencia absorbibles y el cierre de todos los accesos de 10 mm.

En hernias inguinoescrotales grandes la indicación laparoscópica depende de la experiencia del cirujano. Puede efectuarse una laparoscopia combinada, que ayuda en la visualización y disección del espacio preperitoneal, facilitando la reducción de la hernia y colocación de la malla.

Las complicaciones intraoperatorias temidas son las lesiones intestinales, vejiga o vascular, sobre todo en pacientes con cirugías previas o radioterapia que generalmente motiva la conversión a cirugía convencional, cuya tasa es muy baja. Las complicaciones postoperatorias inmediatas más frecuentes son hematomas o equimosis en los accesos o seroma umbilical. La infección del sitio quirúrgico y de la malla menor del 1%. La complicación tardía más importante es el dolor crónico o neuralgia postoperatoria, que depende fundamentalmente de los sitios y materiales usados para fijar la prótesis. La afectación de la fertilidad o azoospermia es despreciable en estudios prospectivos a mediano y largo plazo en hernioplastias bilaterales con mallas. La recidiva de una hernioplastia TAPP es menor del 1% en cirujanos con experiencia. Si existe la misma, el abordaje preferible sería anterior con malla. El manejo del dolor postoperatorio habitualmente es simple con AINES y analgésicos comunes, ya que el nivel de dolor es bajo. Esto nos permite realizar cirugía mayor ambulatoria, dependiendo del tipo de paciente, equipo actuante e institución. El retorno a la actividad habitual se recomienda entre 7 y 10 días, incluida la actividad deportiva, sin ningún impacto negativo en la tasa de recurrencia. La satisfacción del paciente y su calidad de vida es alta desde el preoperatorio, por la decisión miniinvasiva hasta 3 meses posteriores a la intervención.

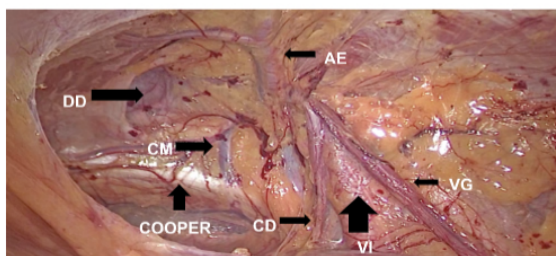
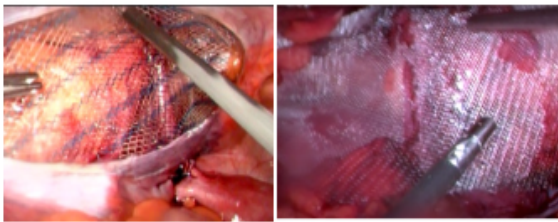


Fig. 1 Anatomía laparoscópica. DD: Defecto directo. AE: Arteria epigástrica. CM: Corona mortis. CD: Conducto deferente. VI: vasos ilíacos. VG: Vasos gonadales.



A

B

Fig. 2. A: Polipropileno liviano. B: polipropileno pesado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peitsch WK. A modified laparoscopic hernioplasty (TAPP) is the standard procedure for inguinal and femoral hernias: a retrospective 17-year analysis with 1,123 hernia repairs. *Surg Endosc.* 2014 Feb;28(2):671-82. doi: 10.1007/s00464-013-3208-9.
2. Klobusicky P 1, Feyerherd P 1. Usage of a self-adhesive mesh in TAPP hernia repair: A prospective study based on Herniated Register. *J Minim Access Surg.* 2016 Jul-Sep;12(3):226-34. doi: 10.4103/0972-9941.181388.
3. Klobusicky P 1, Hoskovec D 2. Reduction of chronic post-herniotomy pain and recurrence rate. Use of the anatomical self-gripping ProGrip laparoscopic mesh in TAPP hernia repair. Preliminary results of a prospective study. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2015 Sep;10(3):373-81. doi: 10.5114/witm.2015.54222.
4. Mayer F 1, Niebuhr H 2, Lechner M 3, Dinnewitzer A 3, Köhler G 4, Hukauf M 5, Fortelny RH 6, Bittner R 7, Köckerling F 8. When is mesh fixation in TAPP-repair of primary inguinal hernia repair necessary? The register-based analysis of 11,230 cases. *Surg Endosc.* 2016 Feb 17.
5. Köckerling F 1, Bittner R 2, Jacob DA 3, Seidelmann L 3, Keller T 4, Adolf D 4, Kraft B 5, Kuthe A 6. TEP versus TAPP: comparison of the perioperative outcome in 17,587 patients with a primary unilateral inguinal hernia. *Surg Endosc.* 2015 Dec;29(12):3750-60. doi: 10.1007/s00464-015-4150-9.
6. Jacob DA 1, Hackl JA 1, Bittner R 2, Kraft B 3, Köckerling F 4. Perioperative outcome of unilateral versus bilateral inguinal hernia repairs in TAPP technique: analysis of 15,176 cases from the Herniated Registry. *Surg Endosc.* 2015 Dec;29(12):3733-40. doi: 10.1007/s00464-015-4146-5.
7. Bittner, R., Montgomery, MA, Arregui, E. et al. Update of guidelines on laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International Endohernia Society). *Surg Endosc.* February 2015, Volume 29, Issue 2, pp 289–321. doi: 10.1007 / s00464-014-3917-8
8. Sánchez-Manuel FJ, Lozano-García J, Seco-Gil JL (2012) Profilaxis antibiótica para la reparación de la hernia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Número 2. Art. CD003769. doi: 10.1002 / 14651858.CD003769.pub4
9. Jiang X, C Anderson, Schnatz PF (2012) La seguridad de trocar directa frente a Veress para la entrada laparoscópica: un meta-análisis de ensayos clínicos aleatorios. *J Laparoendosc Adv tecnología de Surg* 22 (4): 362-370.
10. Bansal VK, Misra MC, Babu D, Victor J, Kumar S, Sagar R, Rajeshwari S, Krishna A, Rewari V (2013) Una comparación aleatoria de los resultados a largo plazo: el dolor crónico en la ingle y la calidad de vida después totalmente extraperitoneal (TEP) y transabdominal preperitoneal (TAPP) la reparación laparoscópica de la hernia inguinal. *Surg Endosc* 27: 2373-2382.
11. Un Currie, Andrew H, Tonsi A, Hurley PR, Taribagil S (2012) de peso ligero en comparación con malla de peso pesado en la reparación de la hernia inguinal laparoscópica: un meta-análisis. *Surg Endosc* 26 (8): 2126-2133.
12. Sajid MS, Ladwa N, Kalra L, M McFall, Baig MK, Sains P (2013) Un meta-análisis de examinar el uso de fijación de la malla tacker versus fijación de malla de pegamento en la reparación de la hernia inguinal laparoscópica. *Am J Surg* 206 (1): 103-111.
13. Fortelny RH, Petter-Puchner AH, mayo C, Jaksch W, T Benesch, Khakpour Z, Redl H, KS Glaser (2012) El impacto de sellador de fibrina no traumática versus fijación de la malla de primera necesidad en la reparación de hernias TAPP sobre el dolor crónico y calidad de vida : resultados de un estudio aleatorizado y controlado. *Surg Endosc* 26 (1): 249-254.
14. Tekatli H, N Schouten, van Dalen T, Burgmans I, Smakman N (2012) Mecanismo, evaluación, y la incidencia de la infertilidad masculina después de la cirugía de la hernia inguinal: una revisión de la literatura preclínica y clínica. *Am J Surg* 204 (4): 503-509.