

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Eventroplastia laparoscópica. Técnica IPOM.

Laparoscopic intraabdominal incisional hernia repair (IPOM)

I. Escoresca-Suárez, G. Morales-Martín, A.R. Rodríguez-Padilla, M.J. Perea-Sánchez, A. Utrera-González

Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

RESUMEN

En 1993 Karl LeBlanc publicó la primera eventroplastia laparoscópica. Desde entonces, la experiencia adquirida por los cirujanos en el abordaje laparoscópico y la evolución de los materiales protésicos y de las técnicas de fijación han popularizado este procedimiento. La realización de maniobras complejas como la separación de componentes ya no es óbice para afrontar la reparación por vía laparoscópica realizándose en la actualidad una gran variedad de tipos de reparación por esta vía de abordaje. Nosotros describiremos seguidamente la técnica IPOM (intraperitoneal onlay mesh) donde colocamos la malla de forma intraperitoneal.

Palabras clave: eventroplastia laparoscópica, reparación intraperitoneal.

ABSTRACT

In 1993 Karl LeBlanc published the first laparoscopic eventroplasty. Since then, the experience acquired by surgeons in the laparoscopic approach and the evolution of prosthetic materials and fixation techniques have popularized this procedure. The realization of complex maneuvers such as the separation of components is no longer an obstacle to face the repair by laparoscopy, currently performing a wide variety of types of repair through this approach. We will then describe the IPOM (intraperitoneal onlay mesh) technique where we place the mesh intraperitoneally.

Keywords: laparoscopic eventroplasty, intraperitoneal repair.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La posición del paciente será habitualmente en decúbito supino salvo en localizaciones especiales como las hernia lumbares en las que se colocará en decúbito lateral. En caso de eventraciones infraumbilicales insertaremos una sonda vesical.

Procederemos a la realización del neumoperitoneo, generalmente tras colocar una aguja de Veress en hipocondrio izquierdo (en el punto de Palmer situado 2 cm por debajo del reborde costal en la

CORRESPONDENCIA

Ignacio Escoresca Suárez
Hospital Juan Ramón Jiménez. 21005 Huelva.
iescoresca2@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Escoresca Suárez I, Morales Martín G, Rodríguez Padilla AR, Perea Sánchez MJ, Utrera González A. Eventroplastia laparoscópica. Técnica IPOM. Cir Andal. 2018;29(2):211-213

línea media clavicular). Tras ello la posición de los trocares variará en función de la situación de la hernia intentando alejarnos del defecto. En defectos de línea media (que con mayor frecuencia abordamos por esta vía) colocamos 3 trocares (uno central de 12 mm y dos de 5 mm) en el flanco izquierdo. Cuando sospechemos la presencia de adherencias por intervenciones previas podemos emplear un trocar óptico. Tras introducir el trocar de la óptica colocaremos los otros dos bajo visión directa.

Introducimos la óptica (con la de 30º tenemos una visión mejor de la pared abdominal) y exploramos la cavidad. El siguiente paso consiste en identificar el defecto o defectos y reducir el contenido herniario tras liberar las adherencias. Aunque el neumoperitoneo suele facilitar la adhesiolisis, debemos ser tremendamente cautos en este momento pues es donde nos podemos encontrar con la complicación más temible de este procedimiento, la enterotomía accidental que en muchos casos puede pasar inadvertida.

Por ello, se debe basar en disección roma, evitando la tracción excesiva y el uso de energía en la vecindad de las asas intestinales. También es conveniente cambiar la perspectiva y observar el contenido herniario desde distintos ángulos para evitar la lesión de algún asa que no esté al alcance de la visión por ocultarse tras epiplon.

Debemos despejar el defecto en su totalidad y un área de al menos 3 cm alrededor del mismo (aunque algunos autores recomiendan 5 cm si es factible) para permitir el solapamiento adecuado de la malla. En caso de eventraciones supraumbilicales probablemente debamos despegar el ligamento redondo y en las infraumbilicales disecaremos el Retzius para anclar la malla al pubis.

Antes de decidir el tamaño de la malla procederemos a medir el defecto. Algunos autores lo hacen desde fuera, pasando agujas transparietales (mayor tendencia a sobreestimar, sobre todo en pacientes obesos) y otros lo miden desde dentro introduciendo por el trocar una regla estéril.

Después de ello elegiremos la malla y su tamaño. Debe ser un material que se pueda colocar en contacto con las asas como politetrafluoretileno condensado (cPTFE) o expandido (ePTFE), polipropileno titanizado, PVDF o mallas compuestas cuya capa interna sea compatible con una situación intraabdominal (colágeno, etc).

Tras enrollarla, introducimos la malla por el trocar de 12. En el caso de mallas grandes, algunos autores antes de introducirla insertan hilos de sutura en los cuatro puntos cardinales de la prótesis para fijarlas con agujas transparietales y asegurarse una correcta colocación.

Una vez dentro de la cavidad se desarrolla la prótesis y se ancla con distintos tipos de fijación siendo la más empleada las grapas helicoidales. Es conveniente aplicarlas de forma perpendicular a la pared para que queden lo más ocultas posible y cumplan su función de fijar. Existen aplicadores articulados que facilitan esta maniobra. La distribución de las grapas sigue la disposición de la "doble corona", una interna que se ajusta al defecto y otra externa en el borde de la malla.

Tras comprobar la hemostasia y evacuar el neumoperitoneo cerraremos los orificios de los trocares.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

A la hora de elegir la técnica a realizar se debe sopesar el grado de complejidad y la experiencia del cirujano en eventroplastias laparoscópicas. No todas las hernias pueden ni deben hacerse por esta vía. Para esta decisión debemos valorar distintas características como el tamaño del defecto y su localización.

Las menores de 3 cm son candidatas a anestesia local salvo en obesidad mórbida y en multirrecidivadas que sí pueden beneficiarse del abordaje laparoscópico. Las mayores de 12 cm se recomiendan por vía abierta. El límite lo impone la dificultad para el manejo instrumental en la cavidad abdominal. En cuanto a la localización, la línea media es la mejor indicación para este abordaje. Las subxifoideas no se recomiendan por vía laparoscópica por la dificultad en la fijación protésica y la alta tasa de recurrencia. Otras localizaciones especiales como infraumbilicales o lumbares tienen una dificultad especial y debemos tener en cuenta nuestra experiencia en la técnica a la hora de establecer la indicación.

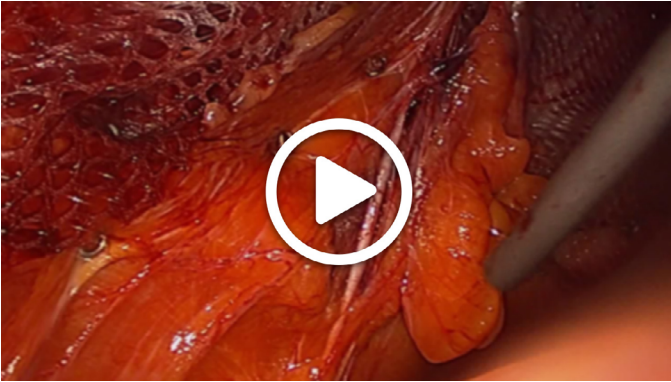
Contraindicaciones de la técnica

- Hernias con pérdida de derecho a domicilio o con importante diástasis de rectos.
- Hernias con trastornos de la piel que recubre el saco, como celulitis, úlcera, fístulas o piel muy fina que puede propiciar la aparición de necrosis cutánea.
- Defecto estético importante que conlleve la extirpación de cicatrices previas o de piel redundante que pueda precisar dermolipectomía.
- Hernias estranguladas con sospecha de necrosis intestinal o perforación.
- Hernias en pacientes con cirrosis descompensada.
- Pacientes con múltiples cirugías intraabdominales previas por procesos inflamatorios que presenten importante síndrome adherencial.
- Pacientes jóvenes que planeen un embarazo.
- Pacientes con riesgo para una anestesia general.

Ventajas de la técnica

La técnica laparoscópica muestra una tasa más baja de infección de herida comparada con la técnica abierta. Las tasas de recurrencia y dolor postoperatorio son similares. Tampoco se ha demostrado diferencias significativas en cuanto a la duración de la técnica ni en las complicaciones globales.

En el abordaje laparoscópico disponemos una mejor visión global de la pared disminuyendo la posibilidad de que algún defecto pase desapercibido.



[Acceder al vídeo](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. LeBlanc KA, Booth WV. Laparoscopic repair of incisional abdominal hernias using expanded polytetrafluoroethylene: Preliminary findings. *Surgical Laparoscopy and Endoscopy* Volume 3, Issue 1, February 1993, Pages 39-41.
2. Saber AA, Elgamal MH, Rao AJ, Itawi EA, Mancl TB (2008) A simplified laparoscopic ventral hernia repair: the scroll technique. *Surg Endosc* 22:2527-2531.
3. Sauerland S, Walgenbach M, Habernalz B, Seiler CM, Miserez M. Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair (Review). *The Cochrane Library* 2011, Issue 3.
4. Earle D, Roth S, Saber A, Haggerty S, Bradley III JF, Fanelli R, Price R, Richardson WS, Stefanidis D. SAGES Guidelines Committee. SAGES Guidelines for laparoscopic ventral hernia repair. *Surg Endosc* 2016 Aug;30(8):3163-83.

DISCUSIÓN

Existe una amplia variedad de técnicas para la reparación de la hernia ventral cada una de ellas con sus ventajas, inconvenientes, indicaciones y contraindicaciones. La eventroplastia laparoscópica intraperitoneal es una de ellas. No todas las eventraciones pueden ni deben ser reparadas por esta vía.