

## Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

# Separación de componentes por vía laparoscópica con "*transversus abdominis release*" (TAR)

## *Laparoscopic transversus abdominis release (TAR)*

S. Morales-Conde, I. Alarcón-del Agua, V. Pino-Díaz, A. Senent, M. Sánchez, J. Tinoco, L. Tallón-Aguilar, M. Socas

Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### RESUMEN

En un gran esfuerzo por realizar técnicas para reconstruir la pared abdominal y colocar mallas a nivel retromuscular o preperitoneal por las conocidas ventajas que ello implica (disminución del costo de la malla, del riesgo de fístulas y obstrucción intestinal) han ido surgiendo otras técnicas, como la reparación laparoscópica o robótica transabdominal de la técnica de Rives o su extensión lateral como una separación posterior de componentes que incluye la liberación del músculo transverso del abdomen (*transversus abdominis release*, TAR). Esta última técnica está siendo indicada para reconstrucción de la pared abdominal con grandes defectos mayores de 8-10 cm. Presentamos la técnica laparoscópica y un vídeo ilustrativo.

**Palabras clave:** hernia ventral, laparoscopia, TAR, cirugía.

### ABSTRACT

In order to perform techniques to reconstruct the abdominal wall and place meshes at the retromuscular or preperitoneal level due to the known advantages that this implies (decrease in the cost of the mesh, the risk of fistulas and intestinal obstruction) other techniques have emerged, such as laparoscopic or robotic transabdominal repair of the Rives technique or its lateral extension as a posterior separation of components that includes the release of the transverse muscle of the abdomen (*transversus abdominis release*, TAR). The latter technique is being indicated for reconstruction of the abdominal wall with large defects greater than 8-10 cm. We present the laparoscopic technique and an illustrative video.

**Keywords:** incisional hernia, laparoscopy, TAR, surgery.

### INTRODUCCIÓN

El abordaje laparoscópico ha supuesto una revolución en la cirugía, pero si existe un lugar donde ha tardado más imponerse ha sido en la pared abdominal. Mientras que su implementación en la hernia inguinal está siendo lento pero progresivo, el abordaje de la hernia ventral ha sufrido en los últimos años un retroceso ya que existen

#### CITA ESTE TRABAJO

Morales Conde S, Alarcón del Agua I, Pino Díaz A, Senet A, Sánchez M, Tinoco J, Tallón Aguilar L, Socas M. Separación de componentes por vía laparoscópica "*transversus abdominis release*" (TAR). *Cir Andal*. 2018;29(2):222-223

XREF

muchas veces muy críticas principalmente relacionadas por dos hechos fundamentales: el de colocar una malla intraabdominal en contacto con las asas intestinales y el realizar un puente o "bridging" sin reconstruir la pared abdominal.

Actualmente, estamos viviendo la transformación de un abordaje laparoscópico de la hernia ventral, hacia una reconstrucción de la pared por vía mínimamente invasiva, desarrollándose nuevas técnicas que reconstruyen la línea media evitando, algunas de éstas, la colocación de la malla a nivel intraabdominal.

Estas nuevas técnicas se indican también en función del tamaño transversal del defecto, indicándose la realización de una separación posterior de componentes tipo TAR (*transversus abdominis release*) en aquellos pacientes con hernias de mayor tamaño, es decir, cuando el defecto transversal es mayor de 8-10 cm. Esta técnica consigue la reconstrucción sin tensión de la línea media, evitando además la colocación de una malla a nivel intraabdominal.

Esta técnica quirúrgica tiene sin duda una serie de críticas, fundamentalmente basadas en la complejidad de ser realizada por vía laparoscópica, encontrándose nuestro grupo inmerso en un proceso para el desarrollo de métodos y trucos para conseguir que sea más reproducible en el futuro.

## MÉTODO

Presentamos el caso de un varón de 65 años de edad sin antecedentes de interés e intervenido en dos ocasiones de una hernia umbilical por vía anterior, colocando en la última intervención una malla. El paciente acude por nueva recidiva de la hernia, la cual le produce episodios de encarceración que le obliga a acudir en diversas ocasiones a urgencias. El TAC realizado presenta una hernia con un defecto de 85 mm transversal por 40 mm vertical asociado a una diástasis de los músculos rectos del abdomen, siendo propuesto para cirugía.

El paciente es colocado en decúbito supino con ambos brazos abducidos. Se procede a la creación del neumoperitoneo con aguja de Veress en HI a una presión de 14 mmHg. Se accede a la cavidad por el flanco izquierdo con tres trocares, uno de 12 mm y dos de 5 mm, desde donde se realiza la disección de la fascia posterior del músculo recto contralateral hasta llegar a un centímetro aproximadamente de la línea semilunar, donde se localizan los pedículos neuromusculares. Se procede a la sección de las fibras del músculo transverso, preservando dichos pedículos, desde craneal a caudal, sobrepasando unos 5 cm el defecto principal en sentido caudal e incluyendo la zona diastásica en sentido craneal. Una vez realizada la disección del transverso, se procede a la colocación de tres nuevos trocares a nivel del flanco derecho, dos de 5 mm y uno de 12 mm, desde donde se realizarán las mismas maniobras en el lado izquierdo.

La fascia posterior de ambos músculos rectos es suturada en la línea media utilizando una sutura continua de tipo barbada del 1, creando un nuevo espacio retromuscular donde se han recolocado los seis trocares utilizados. Una vez concluida dicha línea de sutura, se procede a realizar la sutura de la fascia anterior del músculo recto utilizando una sutura continua de tipo double-loop del 1, la cual se anuda en el tejido subcutáneo tras exteriorizar ambos cabos por la misma incisión cutánea pero diferente incisión de fascia utilizando un pasador de suturas.

Posteriormente se procede a medir el espacio retromuscular para colocar una malla adaptada al mismo. Dicha malla es introducida enrollada a la mitad para facilitar el manejo. Una vez extendida la malla completamente se produce a su fijación atraumática utilizando cola de fibrina, concluyendo la intervención sin necesidad de colocar un drenaje.

El paciente comienza la deambulación y el inicio con toma de líquidos el mismo día de la intervención, siendo dado de alta a las 24 horas de la misma.

## CONCLUSIONES

La reconstrucción de pared por vía mínimamente invasiva constituye un reto para los cirujanos, siendo la tendencia actual en los grupos más avanzados que se dedican a la cirugía de pared, ya que se están consiguiendo mejores resultados que con el abordaje abierto dado el impacto que tiene sobre la recuperación del paciente y sobre la morbilidad del sitio operatorio. La separación de componentes tipo TAR es una de estas técnicas, la cual constituye un reto técnico para los cirujanos. El uso en el futuro de la robótica podría mejorar la implantación de esta técnica, aunque puede ser realizado por vía laparoscópica.



[Acceder al vídeo](#)