

TECNICA PASO A PASO Nº 51

HERNIOPLASTIA SEGÚN TÉCNICA TAPP

Autores:

V MUÑOZ LÓPEZ-PELÁEZ, E ORTIZ OSHIRO Y MJ PEÑA SORIA
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

La hernioplastia según técnica TAPP (transabdominal preperitoneal) aporta las ventajas de los procedimientos laparoscópicos: disminución del dolor y de la limitación posterior y mejor resultado estético. Ofrece una excelente visibilidad de la cavidad abdominopélvica, de las zonas herniarias y de los elementos anatómicos del espacio preperitoneal. Además proporciona un amplio espacio de trabajo, lo que permite una reparación bilateral.

1. INSTRUMENTAL:

Para la intervención se necesitan:

- Torre de laparoscopia
- Optica de 0º o 30º
- Un trocar de 10 mm
- Dos trocares de 5 mm
- Pinza de prensión atraumática
- Energía monopolar
- Unas tijeras

- Un portaagujas de 5 mm
- Una malla adecuada
- Una endograpadora para fijar la malla y reperitonizar

2. COLOCACIÓN DEL PACIENTE:

El paciente se coloca decúbito supino, con ambos brazos a lo largo del cuerpo, lo que permite realizar una reparación bilateral. El cirujano se coloca del lado opuesto a la hernia y el ayudante al lado de la misma. La columna de vídeo se sitúa a los pies del paciente. La mesa está en posición de Trendelenburg de 10°.

Se requiere anestesia general.

3. CREACIÓN DE NEUMOPERITONEO:

Puede realizarse por punción supraumbilical con aguja de Veress o bajo control visual mediante abordaje abierto o con trocar óptico.

La presión habitual está entre 10 y 12 mmHg.

4. COLOCACIÓN DE TRÓCARES:

El trocar de 10 mm se sitúa sobre la línea media por encima del ombligo y se utiliza para la introducción de la óptica. Dos trocates de 5 mm en el borde lateral del músculo recto, sobre una línea horizontal que pasa por el ombligo en caso de hernia bilateral, y contralateral a la hernia en caso de reparación unilateral.

5. ANATOMÍA ENDOSCÓPICA:

Lo más importante en la intervención es la identificación de los elementos anatómicos. Se reconocen dos referencias anatómicas verticales: en la parte medial, el ligamento umbilical y en la parte lateral, el relieve de los vasos epigástricos (ligamento de Hesselbach). Y dos fosas inguinales: lateral que constituye la hernia indirecta y medial; hernia directa.

Por debajo de los vasos epigástricos aparecen (en el varón) el conducto deferente por la parte medial y los vasos espermáticos por la lateral. En la parte medial, tras abrir en primer lugar el espacio de Retzius, se identifica con facilidad el ligamento de Cooper, una rama venosa anastomótica (corona mortis) cruza de forma inconstante al ligamento de Cooper por la parte lateral.

Clásicamente se describe la visión intraabdominal de la región inguinal como una elipse, cuyos límites son:

- Superior: arco del transverso y oblicuo
- Inferior: tracto iliopúbico
- Medial: ligamento de Gimbernat
- Lateral: arco del transverso

Dentro de esta área, cuyo centro sería el anillo inguinal profundo, se distinguen clásicamente tres áreas de especial interés:

- “Triángulo maldito” (“doom”): entre los vasos gonadales por fuera y el deferente por dentro, que contiene los vasos ilíacos

- “Triángulo del dolor”: cuyo límite inferior es el tracto iliopúbico y lateralmente tiene los vasos gonadales. Contiene los nervios de esta zona y su lesión puede causar dolor crónico

- “Círculo de la muerte”: que contiene los grandes vasos.



Imagen 1. Ligamentos verticales y fosas inguinales

6. DISECCIÓN:

La cirugía se inicia mediante la incisión del peritoneo entre la espina ilíaca anterosuperior y el borde lateral del pedículo umbilical, 2-3 cm por encima del orificio herniario afectado. Se comienza por el espacio de Retzius.

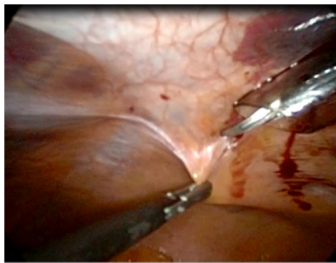


Imagen 2. Incisión del peritoneo y disección del espacio de Retzius

Se libera la espina del pubis y el ligamento de Cooper. Posteriormente se progresa en sentido lateral en el espacio de Bogros, hasta ver la vena ilíaca externa y el relieve del psoas.

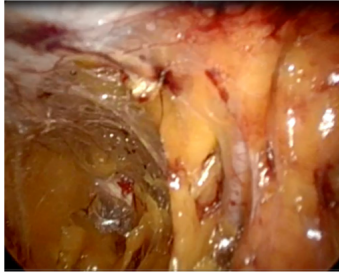


Imagen 3. Ligamento de Cooper y vasos epigástricos

En caso de hernia directa, la reducción ya está asegurada por la disección del espacio de Retzius. En caso de hernia indirecta, la disección (en contacto con el peritoneo) se acompaña de una tracción considerable sobre el saco peritoneal seccionando los tractos fibrosos, lo que permite liberar los elementos del cordón subyacente (pedículo espermático y conducto deferente).

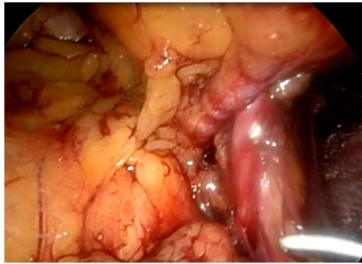


Imagen 4. Hernia indirecta (lateral a vasos epigástricos)



Imagen 5. Conducto deferente, vasos espermáticos y epigástricos

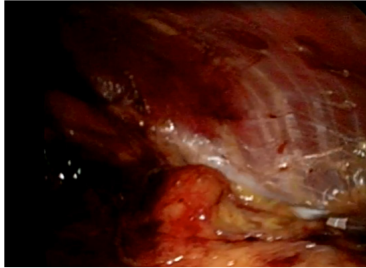


Imagen □ 6. Creación del espacio para albergar la prótesis

7. INSERCIÓN DE LA PRÓTESIS.

La inserción se realiza por el trocar de 10 mm. Se dispone en vertical en el espacio de Retzius y se desenrolla de la parte medial a la lateral.

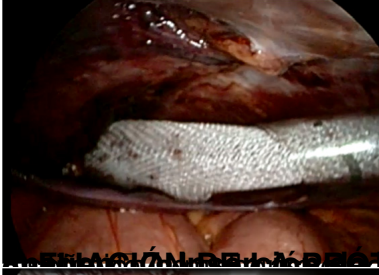


Figura 18. Fijación de la malla con la técnica de Cooper. El

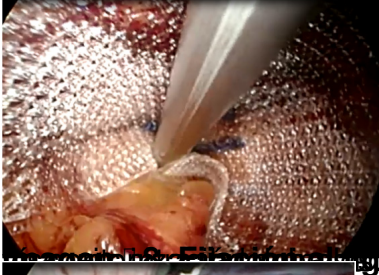


Figura 19. Fijación de la malla con la técnica de Cooper. Se evita el contacto de la malla con las

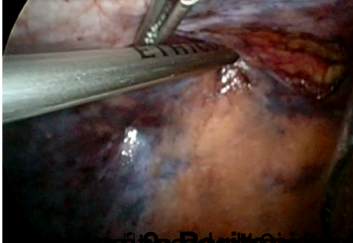


Figura 20. Resultado final de la cirugía. Se cierra el orificio