

Hernioplastia Laparoscópica con Técnica TAPP

Ricardo Torres(*), Raúl Orban(*), Cristina Marecos(**), Roberto Zapata Guerrero(***)
Centro Médico S.A. institución afiliada a la Facultad de Medicina de la UNNE

Introducción

El tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica de la hernia inguinal continúa siendo controversial. Esto se debe a que, a pesar de ser un abordaje mini invasivo, se le adjudican algunas desventajas comparadas con la cirugía abierta. Estas son, la necesidad de anestesia general, mayores costos, una difícil curva de aprendizaje y un postoperatorio similar a algunas técnicas de cirugía convencional. Sin embargo, el abordaje laparoscópico, parecería tener ventajas en determinadas circunstancias, y ser superior a muchas técnicas todavía muy difundidas.

El objeto de este trabajo es analizar nuestros resultados con la hernioplastia inguinal laparoscópica trans-abdomino-pre-peritoneal (TAPP) y posicionarla entre las alternativas de los tratamientos quirúrgicos para esta patología.

Materiales y métodos

Entre el 1º de septiembre de 1994 y el 1º de agosto del 2002 se operaron de hernia inguinal por vía laparoscópica 184 pacientes, de los cuales 172 fueron con técnica TAPP. Para este estudio solo se tuvo en cuenta a los operados con esta última técnica.

157 fueron del sexo masculino y 15 del femenino. Las edades extremas fueron 17 y 74 años con un franco predominio de la 3ª década de la vida.

Fueron excluidos de la vía laparoscópica los pacientes pediátricos, las hernias inguino-escrotales gigantes, las estranguladas y aquellos enfermos con alto riesgo de anestesia general. De los 172 pacientes, 152 (88,3%) presentaron hernias unilaterales, 9 (5,2%) bilaterales y 11 (6,3%) recidi-

vas. Se registraron las complicaciones mayores y menores ocurridas dentro de los primeros 30 días del postoperatorio. El tiempo de seguimiento varió de un mínimo de 2 meses a un máximo de 7 años. Este seguimiento se efectuó en forma personal, en consultorio, en 114 pacientes (66,2%) y, por contacto telefónico en 41 (23,8%). Se utilizó como instrumento de evaluación, el examen físico y el estatus funcional SF-36 (3,9). En las encuestas telefónicas solo se usó el estatus funcional.

Resultados

Hubieron 17 (9,8%) complicaciones menores: 6 hematomas (3,4%), 5 retenciones urinarias (2,9%), 3 orquitis (1,74%) y 3 neuralgias transitorias (1,74%). Las complicaciones mayores fueron 4 (2,3%): una lesión de vejiga (0,58%), una sección del conducto deferente (0,58%) y 2 infecciones de la malla (1,16%). Estas debieron ser retiradas quirúrgicamente a los 16 y 22 días de postoperatorio respectivamente. Ninguno de los casos en que se retiró la malla tuvo recidiva herniaria. Hubieron 2 conversiones a cirugía abierta (1,16%), una por la lesión de la vejiga descrita y otra por inaccesibilidad quirúrgica por múltiples adherencias de operaciones anteriores. En el seguimiento, de los 172 pacientes, 3 presentaron recidiva de la hernia (1,74%). Todos dentro del primer año de operados. En las encuestas telefónicas se detectó 1 fallecimiento por causas ajenas a la intervención, ocurrido a los 6 años posteriores a su hernioplastia. El status funcional post operatorio SF-36 realizados a 155 (90,1%) pacientes, incluyendo entrevistas personales y contactos telefónicos, demostró que 142 (92%) pacientes tuvieron 5 puntos de la escala y 6 (3,8%) tuvieron 4 puntos.

Discusión

El tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales ha sido objeto de innovaciones y discusiones desde tiempos muy remotos. Prueba de ello son las múltiples técnicas existentes y la falta de unanimidad en la elección de una de ellas. A esa gama de opciones, se ha agregado, en los últimos años, la vía laparoscópica.

(*) Profesor Titular de Cirugía de la Facultad de Medicina. UNNE.

(**) Jefe de Trabajos Prácticos de Cirugía de la Facultad de Medicina. UNNE.

(***) Becario de Post Grado en Cirugía Laparoscópica de la Facultad de Medicina. UNNE.

Dirección del primer autor: Lavalle 522, Corrientes 3400. Tel. 03783-425300. e-mail: ratorres@arnet.com.ar

Los métodos de reparación herniaria fueron agrupados en, aquellos que no utilizan prótesis y aquellos que la utilizan sistemáticamente. A las técnicas de este último grupo se las denomina "libres de tensión". La vía laparoscópica en sus dos variantes, la totalmente pre-peritoneal (TEP) y la trans-abdomino-pre-peritoneal (TAPP) pertenecen a las técnicas libres de tensión. Nuestro grupo de trabajo ha preferido la técnica TAPP en lugar de la TEP, por tener una curva de aprendizaje más simple, un mayor espacio de trabajo, menor índice de hematomas post operatorios y permitirnos el tratamiento simultáneo de otras patologías quirúrgicas intra abdominales. No obstante, la técnica TEP tiene gran aceptación entre los cirujanos laparoscopistas experimentados porque no "invaden" el abdomen, es menor el riesgo de complicaciones inherentes al neumoperitoneo, no deja adherencias intra abdominales y eventualmente, podría realizarse con anestesia raquídea o peridural.

El 12,1% de complicaciones globales, menores y mayores, de nuestra casuística, es similar a la de otros autores^(5, 9) y menor a la de la cirugía convencional, que puede llegar hasta un 26%^(4, 8). La lesión de la vejiga, descrita como una de nuestras complicaciones mayores, está también referida en las técnicas convencionales, aunque por un mecanismo de producción diferente. Esta complicación no debería ser motivo de conversión, ya que la lesión puede ser suturada por vía laparoscópica con excelentes resultados. En nuestro caso, la conversión se debió a la inexperiencia del equipo quirúrgico actuante en ese momento. La sección del conducto deferente, otra de nuestras complicaciones, estuvo relacionado con la intención de cortar un gran saco herniario para dejar su remanente en forma distal. Desde que nos ocurrió esta complicación, la disección de todos los sacos herniarios lo hacemos con maniobras romas y no con tijera, seccionándolo solo, cuando tenemos identificado el conducto deferente. La incidencia de infecciones con rechazo de la malla, es similar a los ocurridos en cirugía convencional con técnica libre de tensión⁽⁵⁾. Resultó llamativo que no hubiera residiva herniaria en nuestros casos de retiro de la malla, lo cual ocurre frecuentemente en la experiencia de otros autores.

Los resultados alejados de las diferentes técnicas para hernioplastias, se evalúan por los índices de residiva. En la vía laparoscópica este índice está entre el 0% y el 3%^(2, 3, 7, 9). Estas cifras son muy inferiores a las observadas en las técnicas convencionales sin prótesis, mientras que en las técnicas libres de tensión, el porcentaje es muy similar⁽⁸⁾. En nuestros pacientes con un seguimiento global del 90% de los casos y con un máximo de 7 años, la recurrencia fue de 1,74%. Otra forma de evaluar resultados, es la medición de la calidad de vida post operatoria. El instrumento de evaluación más difundido en la actualidad es el status funcional postoperatorio SF-36, que otorga un máximo de 5 puntos a los casos sin ningún tipo de restricción funcional^(6, 9, 11). En nuestros casos

los resultados arrojaron que el 92% de pacientes tuvieron una puntuación de 5, lo que expresa sus excelentes resultados alejados. Igual experiencia fue publicada por Liem⁽³⁾ en un estudio prospectivo, randomizado y doble ciego.

Uno de los puntos más controvertidos de esta técnica es la relación costo beneficio, ya que la laparoscópica es más cara que la convencional⁽⁸⁾. No obstante cuando se realizan estudios teniendo en cuenta el menor índice de complicaciones y la mayor rapidez en el retorno laboral, esa diferencia se invierte⁽⁹⁾. Nuestro equipo de trabajo ha logrado abaratar los costos usando materiales no descartables y colocando solo 4 tackers, 2 en ligamento de Cooper y 2 para fijar la malla. Cerramos el peritoneo con un súrgete de material reabsorbible que lo hace más hermético y más económico.

Existe consenso en que el abordaje laparoscópico es superior a la cirugía convencional en los casos de hernias bilaterales y recidivadas^(1, 2, 4, 10, 12). Esto se debe a que el acceso para las bilaterales es el mismo que para las unilaterales, se evitan 2 incisiones y se acorta el tiempo operatorio. En el caso de las recidivadas, se evita reingresar en la zona ya operada con la fibrosis respectiva.

Conclusiones

La hernioplastia por vía laparoscópica con técnica TAAP es una alternativa terapéutica que ofrece menor índice de complicaciones, mayor confort postoperatorio, mayor rapidez en el retorno laboral y menor recidiva a largo plazo que con las técnicas convencionales que no utilizan prótesis. Debería ser de elección en las hernias bilaterales y recidivadas. Comparada con las técnicas de cirugía abierta "libre de tensión" los resultados son similares, aunque la vía laparoscópica, realizada en pacientes jóvenes, sin riesgo anestésico aumentado y con necesidades de rápida recuperación postoperatoria, podría ofrecer algunas ventajas. No obstante, aún con la incorporación de la laparoscopia, el tratamiento de las hernias inguinales no parece haber encontrado una solución definitiva, dado la falta de unanimidad en la elección de los múltiples procedimientos existentes hasta el momento.

Bibliografía

1. Cornell.R.B , Kerlakian G.M .Early complications and outcomes of the current technique of transperitoneal laparoscopic herniorrhaphy and comparison to traditional open approach. Am J surg. 9:257-279, 1994
2. Chung.R.S, Rowland .D:Y. Metaanalyses of randomised controlled trials of laparoscopic vs conventional hernia repairs.Surgical endoscopy 13:689-694,1999.
3. Liem.M.S, and others. Comparison of conventional anterior surgery and laparoscopic surgery for inguinal hernia repair . The New England Journal 22:1541-1547,1997.

-
4. Milikan .K.W et al . Laparoscopic transabdominal preperitoneal hernia repair vs traditional open repair in a university setting.Surg Lap Endosc. 4:247–253,1994.
 5. Neugebauer. E, Sauerland.S. Recommendations for evidence-based endoscopic surgery.Under the editing of the EAES.24–35,2000.
 6. Savarise M.T et al. Improved functional outcomes and more rapid return to normal activity following laparoscopic hernia repair. Surg Endosc .6:574–578.2001.
 7. Schultz .C et al . Laparoscopic inguinal hernia repair: a review of 2500 cases. Surg Endosc. 6:582–584,2001.
 8. Swanstrom.L.L Herniorrafia laparoscópica. Clin Quir Nor. Vol.3: 475–483,1996.
 9. Swanstrom . L.L . Reparación de hernias mediante laparoscopia . Importancia del costo como índice de resultados en el final de este siglo.Clin Quir Nor Vol.4:1405–1416,2000.
 10. Tsschudi .J et al . controlled multicenter trial of laparoscopic transabdominal preperitoneal hernioplasty vs Shouldice herniorrhaphy. Surg Endosc. 10:845–847, 1996.
 11. Velanovich .V . Using quality of life instrument to asses surgical outcomes. Surgery 126:1–4,1999.
 12. Wilson .M.S. et al. Prospective trial comparing Lichtenstein with laparoscopic tension free mesh repair of inguinal hernia . Br J Surg. 82:274–277,1995.