

Cómo evitar complicaciones en herniplastía inguinal laparoscópica

Dr. Ricardo Blas Azotla

Introducción

La reparación laparoscópica de la hernia es muy diferente a otras técnicas quirúrgicas que se efectúan por la misma vía. Muy pocos cirujanos la practican y se requiere un conocimiento profundo de la anatomía, que es diferente a la que el cirujano está acostumbrado en la vía tradicional.¹ Actualmente a nivel mundial la plastía inguinal laparoscópica sólo tiene una penetración del 5% comparado con la colecistectomía que es del 95%.² En los Estados Unidos se operan aproximadamente un millón de hernias al año; sin embargo, la mayoría de las cirugías se efectúan utilizando el abordaje abierto.³ Analizando este entorno resulta comprensible porque no se inician en una práctica quirúrgica que compite con toda la historia de la plastía inguinal abierta y su gran número de técnicas disponibles.

La falta de familiaridad con la anatomía inguinal preperitoneal es un tópico referido por los cirujanos especialistas en la enseñanza de la cirugía de la hernia y su manejo laparoscópico.⁴

En 1990, Ger describe el manejo laparoscópico de la hernia inguinal indirecta.⁵ El abordaje laparoscópico refuerza la pared posterior del canal con material protésico y fortalece la oclusión de todos los posibles tipos de hernia inguinocrural, directa, indirecta y femoral.⁶ La plastía inguinal es una intervención electiva muy frecuente y su abordaje laparoscópico es una alternativa muy atractiva por sus ventajas.⁷

No se había producido ningún avance tecnológico en el abordaje hasta que aparece la laparoscopia, la vía laparoscópica tiene una curva de aprendizaje y tutelaje lenta.

Es importante resaltar los aspectos antes mencionados, ya que podrían ser argumentos que sostienen los colegas cirujanos e incluso herniólogos del mundo en contra del abordaje laparoscópico para la herniorrafia inguinal, en cualquiera de sus técnicas la transabdominal con tensión arterial postparto (TAPP), o la extraperitoneal (TEP).

Las complicaciones de la herniplastía inguinal laparoscópica

Las complicaciones de la plastía inguinal laparoscópica van desde las leves como: retención urinaria, seromas, hematomas, enfisema escrotal, infección, rechazo del

material protésico. A las muy graves: recurrencias, dolor crónico, hernias de puertos laparoscópicos, lesión de vísceras y lesión grandes vasos.⁸

Esta gran variedad de complicaciones, y sus reportes corresponden a los primeros casos operados con esta técnica, conforme la curva de aprendizaje se ha ido superando por los cirujanos que nos hemos, entusiasmado y capacitado en estas técnicas de herniplastías inguinales laparoscópicas, han ido disminuyendo, además; hemos aprendido a seleccionar los diferentes materiales protésicos, incluyendo aquéllos con diseño anatómico que cubre toda la superficie del agüero miopectíneo de Fruchaud.

Después de los cursos de capacitación, el tutelaje durante los primeros casos de nuestra experiencia es muy importante, para disminuir estas complicaciones que pueden alejar al cirujano que se inicia en la herniplastía inguinal laparoscópica.

Cómo evitar las complicaciones de la herniplastía inguinal laparoscópica

Utilizar la experiencia adquirida en las intervenciones de mínima invasión, en otras áreas anatómicas, iniciando con el reconocimiento de la región inguinal antes de terminar nuestro procedimiento, y revisar la anatomía inguinal desde la perspectiva laparoscópica con el peritoneo íntegro, identificando los elementos de dicha región como son: los vasos epigástricos, el conducto deferente, los vasos espermáticos, y así paulatinamente avanzar con un tutor experimentado hasta llegar a programar sus primeros casos, bien seleccionados, con el conocimiento de la variedad de mallas que existen en este momento para la herniplastía inguinal laparoscópica, así como los sistemas de fijación, entre los que encontramos actualmente: adhesivos sintéticos, tackers, de titanio o absorbibles de acidopoliláctico, selladores biológicos de fibrina. Seguir a nuestros pacientes el mayor tiempo postoperatorio posible, y constatar la efectividad de este abordaje sin dejar de mencionar sus incidentes o complicaciones que cada vez deben ser menos. Aumentando con esto la seguridad en este tipo de cirugías y disminuyendo las complicaciones.

Los beneficios de la plastía inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal sin fijación, es la recu-

peración rápida del paciente gracias a las pequeñas incisiones, una disección bajo visión directa de las estructuras intraabdominales que formarán el cordón espermático antes de rebasar el orificio inguinal interno, mínima manipulación de las diferentes estructuras vasculares y nerviosas, el uso de materiales protésicos actualmente preformados con dimensiones que alcanzan a cubrir de manera adecuada la zona del orificio miopectíneo, y el hecho de no utilizar fijación de ningún tipo como son las grapas, los *tackers*, o sutura a nivel del ligamento de Cooper, evitará uno de los problemas aún persistente en la plastía inguinal abierta o laparoscópica cuando se utilizan los diferentes sistemas de fijación, como es el dolor crónico por el atrapamiento de los nervios, y con esta técnica sólo suturamos el peritoneo para cubrir el material protésico, con lo que se evitará el contacto con las asas intestinales, en el caso de la hernias recidivantes, evita la disección a través de la cicatriz, y el tejido fibroso muy vascularizado que se ha formado en dicha región, y cuando son bilaterales se reparan las regiones inguinales, por el mismo abordaje.

Finalmente el material protésico sólo cubierto con el peritoneo utiliza la Ley Hidrostática de Pascal, donde los vectores de presión ejercen su efecto sobre la pared reconstruida, resolviendo el problema donde se origina, es decir dentro del abdomen.

Protocolizar a cada paciente por su edad, género, actividad, sus características fenotípicas, comorbilidades, obesidad, si su patología herniaria es primaria o recidivante, unilateral o bilateral, así como la experiencia y destreza del cirujano serán puntos importantes al momento de decidir utilizar la técnica de la plastía inguinal laparoscópica preperitoneal transabdominal sin fijación cumpliendo además con todos los parámetros internacionales de una cirugía segura.

La colocación de la malla puede ser hecha sin fijación con buenos resultados. Sin que exista diferencia en la tasa de recurrencia.⁹

Conclusión

Para evitar las complicaciones de la hernioplastía inguinal laparoscópica, ésta debe ser enseñada por cirujanos con experiencia en las diferentes técnicas de herniplastías libres de tensión, que han superado su curva de aprendizaje laparoscópico, en ésta y otras regiones anatómicas, conocimiento actualizado de los diferentes materiales protésicos, sistemas de fijación, tutelaje individual en el número de nuevos casos a los cirujanos que se inician en este abordaje, seguimiento a largo plazo de los pacientes, pero sobre todo apasionados profesionales de la cirugía herniaria.

Referencias

1. Towfigh S, Phillips E. Veinte años de experiencia operando hernias por laparoscopia: lecciones aprendidas. *Rev Mex Cir Endoscop* 2009; 10: 65-67.
2. Rodríguez-Cuellar E, Villetta R, Ruiz P, et al. National project for management of clinical process Surgical treatment of inguinal hernia. *Cir Esp* 2005; 77: 194-202.
3. Cullen KA, Hall MJ, Golosinski A. Ambulatory Surgery in the United States, 2006. National Health Statistics Reports; no 11 Revised Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2009.
4. Davis CJ, Arregui ME. Laparoscopic repair for groin hernias. *Surg Clin N Am* 2002; 83: 1141-1161.
5. Ger R, Monroe K, Duvivier R, Mishrick A. Management of indirect inguinal hernias by laparoscopic closure of the rileck of the sac. *Am J Surg* 1990; 159: 370-373.
6. Weber SA, Melgoza OC, Rojas DO, Cueto GJ. Reparación laparoscópica de los defectos inguinocrurales. Propuesta de clasificación (informe preliminar). *Cir Gen* 1995; 17: 14-19.
7. Gilbert AL, Graham MF. Technical and scientific objections to laparoscopic herniorrhaphy. *Probl Gen Surg* 1995; 12: 209-214.
8. Kawamura YJ, Futakawa N, Oshiro H, Shigematsu H, et al. Bilateral inguinal hernia repaired by laparoscopic technique: a rare complication of femorofemoral bypass. *Surg Endosc* 1999; 13: 1157-1159.
9. Blas AR, Castelán HES, Blas MR, Blas MMC, et al. Plastía inguinal laparoscópica transabdominal preperitoneal sin fijación. *Rev Mex Cir Endosc* 2011; 12: 97-102.