

## Hernioplastia umbilical: abordaje laparoscópico con colocación de trocares suprapúbicos

### *Umbilicoplasty: laparoscopic approach with placement of suprapubic trocars*

Ezequiel M. Palmisano

Hospital Español, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Correspondencia:  
E-mail:  
ezequielpalmisano@  
yahoo.com.ar

La reparación laparoscópica de la hernia ventral fue descrita en el año 1992 por LeBlanc y Booth<sup>3</sup>.

Este abordaje ofrece claras ventajas, una menor incisión parietal, con una mejor valoración del defecto, incluso con la posibilidad de identificar defectos múltiples, practicar una adecuada adhesiolisis, con una colocación más precisa de la malla y una tasa de recidiva a los 5 años estimada entre el 4 y el 9%<sup>1</sup>.

Para el abordaje de estas hernias se recomienda la colocación de 3 puertos de trabajo sobre la línea axilar anterior izquierda y el empleo de 2 trocares de 5 mm y 1 de 10 mm<sup>6</sup>.

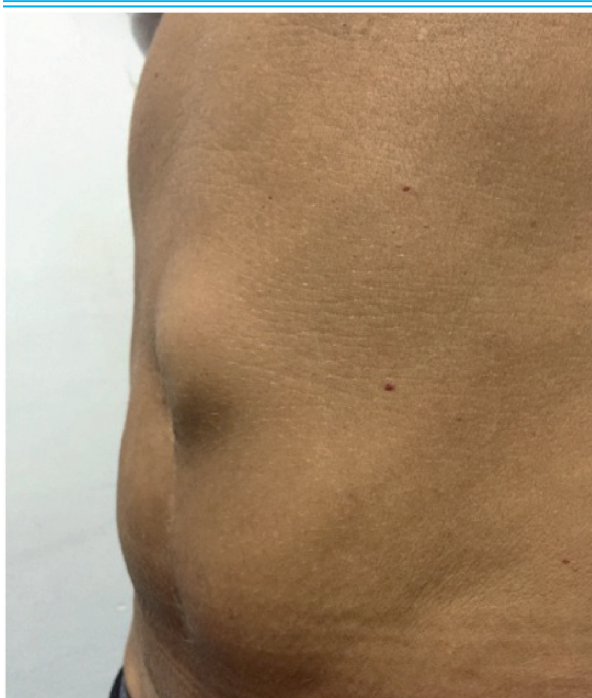
Sin embargo, es posible la colocación de estos puertos de trabajo en otras localizaciones, como por ejemplo en el área suprapúbica, contribuyendo de tal manera a un mejor resultado cosmético final para esta modalidad terapéutica.

Por tal motivo, decidimos informar el caso con el objeto de mostrar una alternativa técnica en el abordaje laparoscópico de las hernias umbilicales.

Se trata de una mujer de 57 años, sin comorbilidades, deportista, con antecedente de 4 cesáreas por incisión de Pfannenstiel y dermolipectomía hace 10 años, que consulta por hernia sintomática de la región umbilical (Fig. 1) y se niega a la realización de cirugías que agreguen una nueva cicatriz visible en su pared abdominal.

Recibido el  
05 de febrero de 2016  
Aceptado el  
30 de mayo de 2016

FIGURA 1



Hernia de la región umbilical

Considerando el tipo de hernia, la presencia de una cicatriz resultado de una dermolipectomía, la decisión de la paciente que se opone a una nueva cicatriz visible en su pared abdominal y habiéndole explicado detalladamente las alternativas para el tratamiento de su patología, sus riesgos y complicaciones, se decidió su resolución mediante abordaje laparoscópico con colocación de trocares en proyección de la cicatriz precedentemente descrita (suprapúbica).

Con un ayuno de 8 horas, la paciente fue internada 1 hora antes de la cirugía.

Bajo anestesia general, se coloca sonda nasogástrica y vesical, se posiciona a la paciente en Trendelenburg y el equipo quirúrgico se dispone según técnica francesa (cirujano entre ambos miembros inferiores y ayudante a la izquierda de la paciente).

Se efectúa neumoperitoneo con CO<sub>2</sub> a 12 mmHg mediante punción con aguja de Veress en hipocostrio

izquierdo a nivel de la línea medioclavicular, unos 2 cm debajo del borde costal.

Se coloca un primer trocar de 10 mm en línea media sobre la cicatriz previa, se efectúa inventario de cavidad, y posteriormente un trocar de 5 mm a cada lado bajo visión directa (Fig. 2).

Para sortear la eventual incomodidad generada por los muslos del paciente, las anillas del instrumental pueden posicionarse horizontalmente o hacia arriba, sin generar mayores dificultades técnicas durante el procedimiento. La utilización de trocares e instrumental maleable constituye una alternativa real y eficaz para tener presente en el abordaje mediante esta técnica.

Se identifica y reduce el contenido herniario, se constata y se mide el anillo del defecto de aproximadamente 2 cm y se libera el ligamento redondo con la finalidad de asegurar un espacio suficiente para la colocación de la malla. Si bien existe una tendencia al cierre de los defectos independientemente de su tamaño, no abundan los trabajos que muestren diferencias estadísticamente concluyentes entre cerrar y usar una malla puente; las diferencias recaen sobre el mayor número de seromas y el *bulging*. En el caso informado no efectuamos su cierre considerando un defecto pequeño asociado con poca separación de la piel. Nuestra postura es que, ante pequeños defectos y poca separación de la piel, no sería necesario cerrarlos ni tratar el saco, pues la probabilidad de las eventualidades antes descriptas (seromas y *bulging*) es mínima y en nuestra ex-

periencia no hemos tenido oportunidad de padecerlas.

Se controla satisfactoriamente la hemostasia.

Se coloca una malla separadora de tejidos (polipropileno + poliglecaprone-25 + polidioxanona) que sobrepasa al menos 5 cm los límites del defecto, la cual es fijada con una corona de grapas utilizando un dispositivo de fijación absorbible de 5 mm (Fig. 3). Considerando el tamaño del anillo y la realidad que nos imponen los costos del producto, la colocación de una malla preperitoneal es una alternativa frente a la malla intraperitoneal.

Tiempo operatorio: 42 minutos.

Se efectúa la curación de puertos de laparoscopia, cura compresiva sobre localización del defecto más colocación de faja.

Tras la recuperación anestésica se inicia tolerancia oral.

La paciente es dada de alta al día siguiente con analgésicos-antiinflamatorios comunes por vía oral y faja.

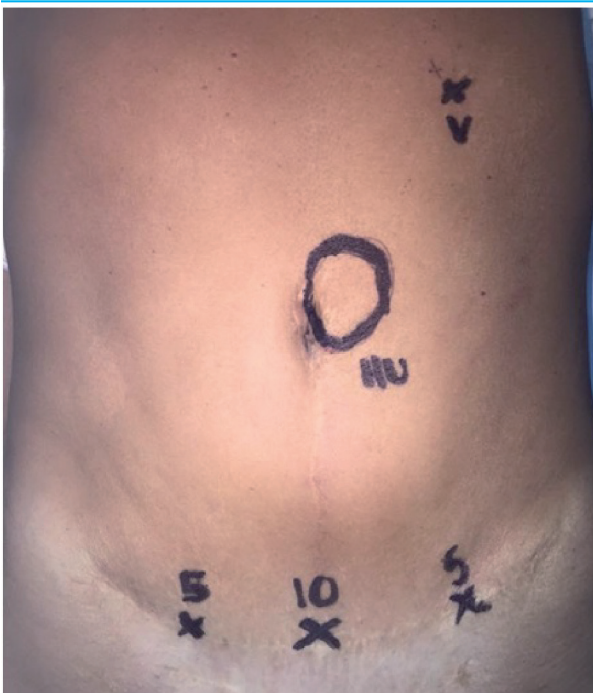
Realizó controles posoperatorios a los 7, 15 y 21 días, sin complicaciones.

Las hernias ventrales incluyen las hernias epigástricas, umbilicales, de Spieghele y las incisionales<sup>1</sup>.

El tratamiento mediante su abordaje laparoscópico ha ido creciendo desde sus primeras publicaciones<sup>2,3</sup>.

Si bien son necesarios más trabajos controlados y aleatorizados, así como una evaluación exhaustiva de costos, hasta el momento la reparación mediante abordaje laparoscópico de hernias ventrales ha mostrado resultados equivalentes y en algunos casos superiores en comparación con el abordaje abierto, en relación con el dolor posoperatorio, estancia hospitalaria, cosmética y aceptación por parte de los pacientes. Algunos estudios refieren incluso menor índice de complicaciones y recidivas; sin embargo, todavía será necesario más tiempo para analizar estos resultados y concluir al respecto<sup>4-6</sup>.

FIGURA 2



Mapa preoperatorio para colocación de instrumental. V: aguja de Veress, HU: hernia umbilical, 10: trocar de 10 mm y 5: trocar de 5 mm

FIGURA 3



Disposición de la malla

Habitualmente, en el tratamiento laparoscópico de las hernias ventrales seguimos los pasos descritos por LeBlanc<sup>3</sup>.

En el caso informado, la colocación de trocares suprapúbicos (sobre cicatriz previa) no solo ha demos-

trado su factibilidad y seguridad, sino también permite una mejor visualización de la patología que tratamos y suma una ventaja más a las ya ofrecidas por los procedimientos miniinvasivos como es la cosmética final de la cirugía.

#### Referencias bibliográficas

---

1. Bernal Gómez R, Sagui de la Fuente L, Olivares Ontiveros O y cols. Hernia ventral: abordaje laparoscópica vs abierto. *Cir Gen.* 2014; 36(2):68-75.
2. Heniford B, Park A, Ramshaw B, et al. Laparoscopic ventral and incisional hernia repair in 407 patients. *J Am Coll Surgeons.* 2000; 190: 645-50.
3. LeBlank K. Laparoscopic incisional and ventral hernia repair: complications-how to avoid and handle. *Hernia.* 2004; 8:323-31.
4. Pierce R, Spittler J, Frisella M, et al. Pooled data analysis of laparoscopic vs open ventral hernia repair: 14 years of patient data. *Surg Endosc.* 2007; 21:378-86.
5. Sauerland S, Walgenbach M, Habermalz B, et al. Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 16: CD007781.
6. Vázquez Medallo Díaz A. Reparación laparoscópica de las hernias ventrales: hacia una estandarización de la técnica. *Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica.* 2011; 12(3):108-17.