

DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL TAPP A LA HERNIOPLASTIA INGUINAL TEP: MAYOR DIFICULTAD PERO... ¿ALGUNA VENTAJA?

José Felipe Reoyo Pascual, Rosa María Martínez Castro, Xandra Valero Cerrato, Raquel León Miranda, Evelio Alonso Alonso, Esther García Plata Polo, Miguel Álvarez Rico, Rocio Zambrano Muñoz, Carlos Cartón Hernández, Francisco. Javier Sánchez Manuel.

Hospital Universitario De Burgos.

Correspondencia: jreoyo@saludcastillayleon.es (José Felipe Reoyo Pascual)

ABSTRACT:

La cirugía laparoscópica de las hernias de la región inguinofemoral ofrece dos tipos de técnicas: la transabdominal (TAPP) o la totalmente extraperitoneal (TEP). La dificultad técnica es mayor para la hernioplastia TEP, sobre todo para los cirujanos digestivos, más acostumbrados a la laparoscopia convencional que aborda la cavidad peritoneal. Sin embargo, la mayoría de las guías y consensos de expertos recomiendan el abordaje TEP como la técnica de elección.

Tras acumular experiencia con el abordaje TAPP, presentamos nuestros primeros casos intervenidos mediante TEP haciendo hincapié en las dificultades afrontadas y reflejando nuestras impresiones ante este abordaje.

Palabras clave: hernia inguinal, laparoscopia, TEP, TAPP.

ARTÍCULO ORIGINAL:

Introducción:

Pese a tratarse de una técnica quirúrgica descrita hace varias décadas, en nuestros días existe controversia en la aplicación de la vía laparoscópica para el

tratamiento de la hernia inguinal. Existen dos tipos de técnicas: la transabdominal (TAPP) o la totalmente extraperitoneal (TEP). La elección del abordaje para la reparación laparoscópica de la hernia inguinal es polémica ya que existen pocos estudios que comparen de forma directa y con alto nivel de evidencia ambas técnicas, aunque la mayoría de los autores coinciden en señalar la mayor dificultad de aprendizaje de la técnica TEP.

Material y métodos:

Describir nuestras primeras impresiones sobre la instauración de la hernioplastia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) en un equipo quirúrgico familiarizado con la técnica transabdominal preperitoneal (TAPP).

Resultados:

Tras años de controversia en relación a la técnica laparoscópica de la hernioplastia inguinal, hace 2 años que un grupo reducido de cirujanos del Hospital Universitario de Burgos confiamos y emprendimos la vía TAPP para la reparación de la hernia inguinal. Para su aplicación, aparte de un profundo conocimiento anatómico de la vía preperitoneal, gran desconocido para el cirujano habituado a la vía anterior, es esencial desarrollar una sistemática que aplicada a cada caso en particular ofrezca una técnica eficaz y aumente la comodidad del cirujano en este campo quirúrgico. Tras más de 50 casos de hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP en los que obtuvimos buenos resultados (con una estancia media de 24 horas, y como complicaciones un seroma, una neuralgia crónica y una recidiva herniaria), decidimos, tal y como aconsejan la mayoría de las series publicadas, estudiar, aprender y comenzar con la ejecución de la hernioplastia inguinal totalmente extraperitoneal, también conocida con hernioplastia TEP (ver **figuras 1-3**).

Con las ventajas que adquiere el conocimiento anatómico adquirido ejecutando la técnica TAPP, en los primeros 10 casos de hernia inguinal intervenidos por vía TEP, hemos percibido dos grandes dificultades en el acto quirúrgico; el primero, el campo quirúrgico reducido que ofrece la vía TEP con respecto al TAPP, que pone a prueba, en los primeros casos, la confianza del cirujano en la nueva técnica. El segundo inconveniente de la técnica que hemos percibido hasta el momento es la dificultad de colocación de la malla por la vía TEP con respecto al TAPP, probablemente también en relación con el inconveniente del campo quirúrgico reducido.

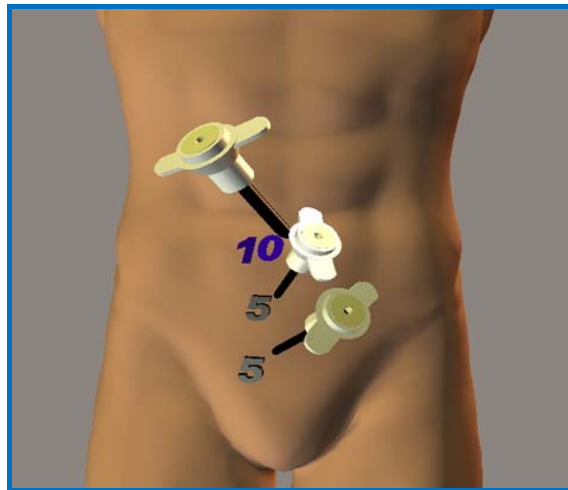


Figura 1: Disposición de trócares para la hernioplastia laparoscópica TEP.

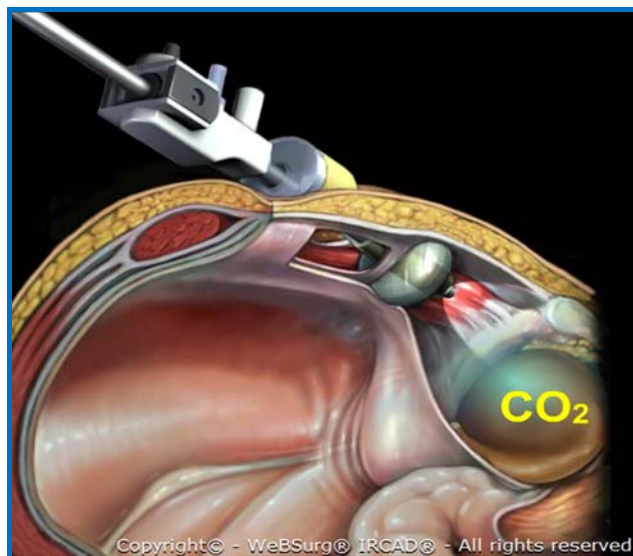


Figura 2: Hernioplastia inguinal laparoscópica TEP.

Sin embargo, tras haber empleado 60 minutos en la primera hernioplastia TEP, actualmente (cuando apenas llevamos 10 casos), el tiempo medio es de 40 minutos.

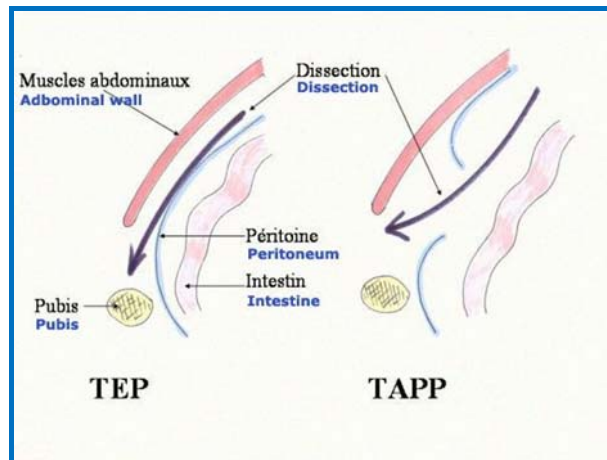


Figura 3: Esquema orientativo y comparativo de hernioplastia transabdominal (TAPP) vs. totalmente extraperitoneal (TEP).

Las ventajas más claras que observamos del TEP con respecto al TAPP son:

- en primer lugar, la posibilidad de ofrecer una técnica anestésica locorregional o general con mascarilla laríngea no recomendada por nuestros anestesiólogos al realizar la técnica TAPP.
- en segundo lugar, al no utilizar la vía transabdominal, el confort y la recuperación del paciente es aún más temprana que en el TAPP permitiendo su aplicación en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Discusión:

Actualmente existen dos técnicas laparoscópicas para la ejecución de la hernioplastia inguinal^{1,2,3}. Ambas realizan una reparación en el espacio preperitoneal y, en función de la vía de acceso al defecto herniario, se denominan técnica transabdominal (TAPP), que lo hace desde la cavidad abdominal abriendo el

peritoneo, o técnica totalmente extraperitoneal (TEP)⁴, en la que se aborda dicho espacio a través de la musculatura abdominal sin abrir la cavidad.

La técnica TEP fue desarrollada inicialmente por Ferzli y Mc Kernan y cumple fielmente los preceptos clásicos de la vía preperitoneal abierta añadiendo a la técnica abierta una mejor visión de la región anatómica preperitoneal, por ello es considerada por muchos cirujanos como la intervención más anatómica que puede realizarse en nuestros días para la reparación herniaria^{13,14,15}. Además, la posibilidad de llevarla a cabo mediante anestesia locorregional (en contraposición con el TAPP que exige anestesia general) es un punto a favor más para el TEP por su mayor aplicación en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Cuando se comparan ambas técnicas, los estudios existentes reflejan menor número de complicaciones en la técnica TEP que en la TAPP reflejando como inconvenientes de esta última la “entrada” en cavidad abdominal para reparar un problema de pared junto a una serie de complicaciones potenciales derivadas del neumoperitoneo (como las lesiones de estructuras intraabdominales) e inconvenientes asociados como la necesidad de anestesia general, etc.

Sin embargo, también parece existir mayor tasa de conversión a cirugía abierta en el TEP.

En nuestra experiencia coincidimos con muchos autores en señalar una mayor dificultad de aprendizaje para la técnica TEP, si bien es cierto que sólo hemos realizado nuestros primeros casos. Pero la incomodidad debida a las pequeñas dimensiones del campo operatorio del TEP, la gran dificultad que observamos para colocar la malla, el mayor tiempo empleado en la intervención y la comodidad que hemos adquirido con el TAPP nos hace replantearnos la necesidad de “cambiarnos” del TAPP al TEP. Además podemos añadir que en el aspecto anestésico, los

cirujanos dependemos mucho del juicio del anestesista que muchas veces, ante un abordaje laparoscópico, se decanta por una anestesia general y puede suponer así la pérdida de una de las supuestas ventajas del TEP^{7,8,9}. En relación a la superioridad del TEP respecto al TAPP por evitar la potencial lesión de estructuras abdominales, en efecto al trabajar en el espacio preperitoneal, totalmente extraperitoneal, no existe riesgo de lesión de dichas estructuras, aunque hemos de señalar que en nuestra experiencia propia con el TAPP no hemos registrado hasta el momento actual ninguna complicación derivada de lesión de estructuras intrabdominales. En cuanto a la evolución postoperatoria, hasta el momento actual no hemos encontrado gran diferencia entre el postoperatorio del TEP y el del TAPP.

El interesante estudio de Wake en 2004⁵, que incluyó todos los ensayos clínicos aleatorizados para comparar el TAPP con el TEP, concluyó que no existen estudios sólidos que muestren con claridad la superioridad de una u otra técnica. En contraposición varios autores, entre ellos Daes en 2011 continúan apostando por el TEP debido a los beneficios clásicos anteriormente comentados^{6,10,11,12}.

Sea de una forma u otra, en nuestro grupo hemos querido comenzar con el TEP y el tiempo y la observación clínica nos permitirá seguir en ello o regresar y seguir apostando por el TAPP.

Conclusiones:

La hernioplastia inguinal laparoscópica TEP es la preferida por la comunidad quirúrgica internacional. En nuestra experiencia, confirmamos las ventajas del TEP en cuanto a evitar la entrada en cavidad abdominal, con todo lo que ello supone, pero evidenciando también las mayores dificultades técnicas de esta vía con respecto al TAPP. Así, consideramos importante el aprendizaje de la hernioplastia

inguinal preperitoneal con la vía TAPP antes de dar el paso a la ejecución de la técnica TEP, aunque una vez aprendido el TEP será el tiempo, la habilidad, los resultados propios, y la preferencia del cirujano lo que hará elegir entre una u otra técnica.

Declaraciones y conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Referencias:

1. Arregui ME, Young SB. Groin hernia repair by laparoscopic techniques: current status and controversies. *World J Surg* 2005<, 29<. 1052-7.
2. Feliú Palá X, Martín Gómez M, Morales Conde, S et al. The impact of the surgeon's experience on the results of laparoscopic hernia repair,. *Surg Endosco* 2001; 15: 1467-70.
3. Stylopoulos N, Gazelle GS, Rattner DW. A cost-utility analysis of treatment options for inguinal hernia in 1,513,008 adult patients. *Surg Endosc* 2003, 17. 180-9.
4. Takata MC, Duh QY. Laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Clin North Am* 2008; 88: 157-78.
5. Wake BL, McCormack K, Fraser C, Vale L, Perez J, Grant AM . Técnicas de laparoscopia totalmente extraperitoneal (TEP) versus técnicas de laparoscopia transabdominal preperitoneal (TAPP) para la reparación de la hernia inguinal. *Biblioteca Cochrane Plus* 2004.
6. Daes J. La técnica totalmente extraperitoneal de vista extendida (e-TEP) para la reparación de la hernia inguinal. *Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica*. Vol.12 No. 3 Jul.-Sep., 2011. pp 118-122.
7. Grant A. Laparoscopic compared with open methods of groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials. *Br J Surg* 2000; 87: 860-867.
8. Sayad P, Hallak A, Ferzli G. Laparoscopic herniorrhaphy: re- view of complications and recurrence. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1998; 8: 3-10.
9. Ferzli G, Sayad P, Vasisht B. The feasibility of laparoscopic extraperitoneal hernia repair under local anesthesia. *Surg Endosc* 1999; 13: 588-590.
10. Daes J. Herniorrafia inguinal por laparoscopia. Experiencia de la Unidad de Laparoscopia. Clínica Bautista, Barranqui- lla. *Rev Colomb Cir* 1999; 14: 97-103.
11. Daes J. Reparación laparoscópica de la hernia inguinal: presentación de la técnica totalmente extraperitoneal con vista extendida. *Rev Colomb Cir Bogotá* 2011; 26. 6.
12. Daes J. The enhanced view-totally extraperitoneal technique for repair of inguinal hernia. *Surg Endosc* 2012; 26(4): 1187-89.
13. McCormack K, Wake B, Pérez J, et al. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: systematic review of effectiveness and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2005, Apr; 9 (14): 1-2003.
14. Memon MA. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing open and laparoscopic inguinal hernia repair. *Br J Surg* 2003; 90: 1479-92.

15. Schmedt CG, Sauerland S, Bittner R. Comparison of endoscopic procedures vs Lichtenstein and other open mesh techniques for inguinal hernia repair. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc* 2005; 19: 188-99.