



## V-182 - ACCESO EXTENDIDO TOTAL EXTRAPERITONEAL (ETEP) COMO ALTERNATIVA EN PLASTIA INGUINAL POR RECIDIVA TRAS PLASTIA TRANSABDOMINAL PRE-PERITONEAL (TAPP). VÍDEO DE TÉCNICA Y DISCUSIÓN

Becerra García, Francisco César<sup>1</sup>; Aranaz Ostáriz, Verónica<sup>2</sup>; Soler Silva, Alvaro<sup>2</sup>; López Rodríguez-Arias, Francisco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México; <sup>2</sup>Hospital General de Elche, Elche.

### Resumen

**Introducción:** Se muestra el vídeo editado de un caso de plastia inguinal endoscópica a través de acceso eTEP en un paciente con recidiva medial temprana tras plastia TAPP derecha así como antecedente de plastia umbilical con malla sin recidiva. Se muestran detalles del acceso, procedimiento principal y discusión de las ventajas de la técnica como alternativa en cirugía de revisión en hernia inguinal.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente de la cuarta década de la vida con antecedente de *bypass* gástrico, antecedente de plastia inguinal derecha vía TAPP por hernia inguinal M2L0F0 así como plastia incisional con malla extraperitoneal por hernia umbilical-incisional de 2 cm. Presentó recidiva temprana, cerca de 6 meses posoperado, se recomendó cirugía electiva sin embargo el paciente cursó con un episodio de encarcelamiento sin datos de estrangulamiento. Debido a los antecedentes en pared abdominal y en consenso con los deseos del paciente se optó por un acceso extraperitoneal extendido dejando abierta la posibilidad de conversión. El acceso fue realizado a través de la vaina de los rectos contralateral con un trocar óptico de 11 mm, 4 cm lateral y 4 cm cefálico a la cicatriz umbilical. Se colocó un puerto de trabajo de 5 mm lateral a los vasos epigástricos izquierdos y un puerto de 5 mm infraumbilical derecho. Como apoyo para el acceso seguro se utilizó insuflación lenta del espacio retrorrectal sin balón y del espacio de Bogros antes de colocar el primer puerto de trabajo.

**Discusión:** El tiempo operatorio fue de 85 minutos. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. La visualización por esta vía de acceso fue adecuada. Una pequeña apertura del peritoneo no representó complicación ni pérdida del espacio quirúrgico. Las adherencias mediales fueron fácilmente liberadas y las adherencias laterales aunque más firmes no mostraron mayor dificultad para su liberación. La recidiva fue medial, encontrando una hernia r1M1L0F0 y tras la disección una separación de la malla previa hacia el peritoneo la cual no fue retirada. Se logró la completa disección del orificio miopectíneo y de las estructuras a respetar. El defecto medial fue aproximado con sutura PDS 2-0. Se colocó una malla de polipropileno de peso medio macroporosa de 12 × 15 cm con suficiente solapamiento al defecto sin fijar. El posoperatorio fue satisfactorio, sin complicaciones locales. El paciente fue egresado a las 18h del posoperatorio. Al sexto mes posoperatorio no hay evidencia de recidiva. El acceso extraperitoneal extendido desde el lado

contralateral a la recidiva fue seguro y permitió un abordaje cómodo del área afectada desde tejido sano; este acceso permite identificar claramente el motivo de recidiva y es una alternativa viable para cirugía de revisión en hernia inguinal posplastía laparoscópica y tiene ventajas de coste potenciales frente a otras técnicas.