



## P-465 - SANGRADO POSQUIRÚRGICO COMO COMPLICACIÓN TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL TIPO ETEP: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y MANEJO TERAPÉUTICO

Ramírez Redondo, Álvaro<sup>1</sup>; Delgado Morales, Mariela Milagros<sup>1</sup>; Santos Rancaño, Rocío<sup>2</sup>; Guadalajara Jurado, Juan Francisco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infanta Elena, Huelva; <sup>2</sup>Hospital Comarcal de Melilla, Melilla.

### Resumen

**Introducción:** Dentro de las múltiples técnicas de cirugía mínimamente invasiva para la reparación de las hernias inguinales, el TEP constituye una opción válida y reproducible para el tratamiento quirúrgico de determinadas hernias inguinales. Tiene una curva de aprendizaje larga y como limitación, un campo quirúrgico muy reducido. Para mejorar el acceso al espacio preperitoneal, Daes publicó en el año 2012 una modificación a la técnica TEP, la cual permite una ampliación del espacio quirúrgico, con una mayor flexibilidad en el posicionamiento de los trócares; denominada técnica totalmente extraperitoneal de visión extendida ó eTEP. Describimos el caso de un paciente intervenido mediante esta modalidad, con una complicación posquirúrgica potencialmente letal.

**Caso clínico:** Varón 58 años sin antecedentes de interés, que acude a nuestro centro derivado desde un hospital privado. Fue sometido a hernioplastia inguinal derecha laparoscópica tipo eTEP. En el posoperatorio inmediato presentó cuadro de distensión abdominal asociado a dolor intenso y cuadro de hipotensión que remonta con fluidoterapia y medidas conservadoras. Tras estabilizarlo clínicamente y ante la alta sospecha de sangrado posquirúrgico, es derivado a nuestro centro. A la exploración se objetiva abdomen distendido, doloroso a la palpación. Se realiza TAC de abdomen urgente, donde se evidenció un voluminoso hematoma en espacio de Retzius de 7,3 × 14,7 × 14,4 cm (AP×Tr×CC) que comprime y desplaza la vejiga en sentido dorsal y craneal. No se identifica extravasación de contraste en fase arterial que sugiera sangrado activo. Moderado hemoperitoneo y hemoretroperitoneo, que se distribuye por espacio pararrenal anterior, perihepático, periesplénico y espacio pararrenal posterior. Contenido hemático en canal inguinal derecho y espacio perivesical. Ante la estabilidad clínica del paciente, quien además presenta cifras de hemoglobina mantenidas en comparación con las previas realizadas en el centro desde donde fue derivado, se decide tratamiento conservador y vigilancia estrecha. Durante su estancia hospitalaria, el paciente precisa transfusión de hemoderivados, y progresivamente presenta un mejor control del dolor abdominal y se evidencia menos distensión abdominal. Tras 5 días de ingreso y dada su evolución favorable, es dado de alta. La revisión en consulta se realizó al mes de ser dado de alta habiendo realizado previamente un TAC de control, donde se evidencia disminución del hematoma en espacio de Retzius con discreto hemoperitoneo en ambas gotieras y espacios pararrenales anteriores. Clínicamente el paciente no presentaba dolor ni ninguna otra sintomatología. Y así se ha mantenido durante todo el seguimiento en consultas.

**Discusión:** La técnica eTEP representa una técnica con una tasa de complicaciones baja y su visión crítica permite sistematizar su dominio y enseñanza para el equipo quirúrgico. Sin embargo, constituye una técnica laboriosa que requiere un conocimiento exhaustivo de la anatomía del espacio extraperitoneal así como un entrenamiento formal. Se han descrito complicaciones inherentes a este abordaje como la hernia interna por dehiscencia del cierre posterior, la lesión de la línea alba durante el *crossover* y los grandes hematomas; tal como ocurrió en nuestro paciente. Y que afortunadamente se resolvió con un manejo conservador.