



P-471 - TC PREOPERATORIA EN LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE PARED ABDOMINAL: MEDIDAS Y REFERENCIAS ANATÓMICAS

Zárate Gómez, Jorge; Cano Alonso, Raquel; Supelano Eslait, Guillermo; Peinado Iríbar, Begoña; Álvarez De Sierra Hernández, Pedro; Gil López, Jose María; Fernández Alfonso, Ana; Merello Godino, Jesús

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid.

Resumen

Objetivos: Con el auge en los últimos años del tratamiento mínimamente invasivo de la pared abdominal la TC en Valsalva se ha ido estableciendo como una de las pruebas complementarias indispensables en la valoración preoperatoria de los pacientes que consideramos candidatos a este abordaje. Describiremos los puntos clave que estudiamos y su repercusión en el campo quirúrgico.

Métodos: Después de más de 4 años de experiencia en la técnica eTEP para tratamiento de hernias incisionales de pared abdominal, presentamos el método empleado de forma estandarizada en nuestro centro para la evaluación preoperatoria de esta prueba de imagen. Los pacientes se realizan una TC dinámica, que no precisa administración de ningún medio de contraste (oral ni intravenoso). Consta de una primera adquisición en reposo, de abdomen y pelvis con cobertura convencional, y posteriormente una adquisición en Valsalva dedicada a la zona a estudio. Se realizan reformateos multiplanares y volumétricos para facilitar el cálculo del volumen del saco herniario y la correlación con las diferentes referencias anatómicas importantes para el abordaje laparoendoscópico. En cada paciente prestamos especial atención a cada uno de los siguientes puntos: 1. Características del defecto. Medidas del defecto o defectos parietales (W1-3); Localización del defecto herniario (M-L); Medidas y volumen del saco herniario. Valoración del contenido del saco y posibles complicaciones intrabdominales (importante en urgencias). Colocación de prótesis en pacientes intervenidas previamente. Otras alteraciones intrabdominales no diagnosticadas previamente. 2. Puntos anatómicos a correlacionar para planificar el abordaje mínimamente invasivo. Existencia y tamaño de diástasis abdominales. Medida de los rectos abdominales y relación respecto al defecto parietal. Valoración de atrofia muscular. Distancia del defecto al pubis y al xifoides/reborde subcostal. Distancia del defecto al margen lateral del recto abdominal. Distancia del defecto al músculo cuadrado lumbar.

Resultados: Después del estudio de la TC planificamos que espacios necesitaremos abordar y comunicar (retrorectales y pretransversales) para reparar el defecto y conseguir una superposición suficiente de la malla y como accederemos a estos espacios. Cuando tratamos defectos mediales planificamos si realizaremos un abordaje con un cruce preperitoneal a través del ligamento redondo (supraumbilical) o a través del espacio de Retzius (infraumbilical). Si podremos reparar el defecto con únicamente 3 puertos (un piso) o requeriremos de más puertos (dos pisos). Si necesitaremos asociar la liberación del músculo transverso abdominal para restaurar la línea media (uni o

bilateral). Cuando tratamos defectos laterales nos ayudará a decidir si la posición del paciente será en decúbito supino o decúbito lateral y si podemos realizar la reparación sin implicar el cruce de la línea media o la liberación del músculo transverso abdominal.

Conclusiones: Aunque la historia clínica y exploración física son el pilar inicial en el estudio de los defectos de pared abdominal, la TC dinámica, aunque no es indispensable, se presenta como un complemento importante a la hora de la planificación e información preoperatoria.