



V-175 - CASO CLÍNICO TARUP ROBÓTICO (VÍDEO)

Almoguera González, Francisco José; Tallón Aguilar, Luis; García Sánchez, Carlos Javier; Tinoco González, José; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Actualmente la mayoría de las intervenciones quirúrgicas por hernia abdominal se realizan con abordaje abierto comparativamente a la vía mínimamente invasiva. Si nos centramos en la vía robótica esta representación es aún menor. Esto puede ser debido a la curva de aprendizaje, el coste por procedimiento, el tiempo operatorio, la poca estandarización de los procedimientos, además de la poca disponibilidad del robot. Por otra parte, el abordaje mínimamente invasivo (tanto laparoscópico como robótico) permiten una mejor visión de la cavidad abdominal permitiendo una reparación de la pared sin la realización de una gran incisión. En el caso concreto de la robótica gracias a la movilidad que permite los brazos es útil para la realización de procedimientos más complejos. En nuestro caso realizamos la técnica TARUP (*Robotic Transabdominal Retromuscular Umbilical Prosthetic Hernia Repair*) que permite la reparación de hernias por vía mínimamente invasiva con colocación de malla retromuscular.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 60 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés destacando su obesidad mórbida (IMC de 45,18 kg/m²). En seguimiento en consultas de Cirugía General por hernia umbilical con anillo de unos 5 cm aproximadamente primaria sin episodios de incarceration pero sí dolorosa por lo que se decide intervención quirúrgica programada mediante la técnica TARUP. Se colocan tres trócares de 8 mm en línea medioclavicular izquierda, separados por 8-10 cm. En la exploración del orificio herniario se aprecia un defecto de 6 × 6 cm asociado a una diástasis de rectos y un contenido herniario graso. Se realiza apertura de fascia posterior en borde de músculo recto izquierdo hasta línea media. Se realiza crossover de la línea media con disección del saco herniario hasta reducción del mismo, continuamos con la disección en espacio retrorrectal derecho hasta borde lateral del músculo recto derecho. Se procede al cierre de la fascia anterior con sutura barbada del 0 en ida y vuelta (2 suturas). Colocamos malla retromuscular de polipropileno (PPL) 20 × 20 cm sin fijación. Por último, cierre de *flap* peritoneal creado previamente con sutura barbada 3/0 sutura continua, siendo el tiempo operatorio de 130 minutos.

Discusión: La paciente es dada de alta a las 24 horas de la intervención quirúrgica con dolor controlado y sin incidencias posoperatorias. En la revisión en consultas, en un mes desde la cirugía, la paciente está asintomática con pared continente. El abordaje mínimamente invasivo de las hernias abdominales está actualmente en proceso de expansión. En el caso de la robótica permite realizar casos más complejos ya que permite una mayor movilidad y versatilidad que la laparoscopia. En

nuestro caso esta vía de abordaje permite que el paciente presente una menor estancia hospitalaria con menor dolor posoperatorio además de reducir las complicaciones de la herida quirúrgica siendo estas mucho menor. En términos económicos la cirugía robótica es más caro en términos de material, pero por otra parte la malla utilizada es más barata además de evitarse la fijación traumática.