



## V-034 - REPARACIÓN COMPLETA DE PARED ABDOMINAL MEDIANTE SEPARACIÓN ANTERIOR DE COMPONENTES POR VÍA ENDOSCÓPICA SUBCUTÁNEA ASOCIADA A EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA EN HERNIA INCISIONAL DE LÍNEA MEDIA

Bellido Luque, Juan<sup>1</sup>; Bascuas Rodrigo, Beatriz<sup>1</sup>; Sánchez-Matamoras, Inmaculada<sup>1</sup>; Bellido Luque, Araceli<sup>2</sup>; Oliva Mompeán, Fernando<sup>1</sup>; Nogales Muñoz, Ángel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; <sup>2</sup>Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** Actualmente la tendencia quirúrgica actual en el abordaje laparoscópico de la hernia ventral es la reconstrucción completa de la pared abdominal, evitando el efecto puenteo o "bridging" típico de la hernioplastia laparoscópica IPOM convencional. La separación endoscópica de componentes asociada a una eventroplastia laparoscópica con cierre del defecto sin tensión, es una alternativa válida para conseguir la reconstrucción de la línea media,

**Caso clínico:** 31 años. IMC: 40%. Intervenida *sleeve* gástrico laparoscópico con posterior reintervención por complicación tardía vía abierta. Acude a consulta por hernia incisional M3W3 de 10 cm de ancho. En TAC de pared confirma hernia incisional con contenido colónico, de 11 cm de ancho en línea media umbilical. Ante tales hallazgos se indica corrección quirúrgica vía laparoscópica. Se realiza incisión en FII de 2 cm hasta llegar a aponeurosis del músculo oblicuo mayor. Se coloca trócar BTT y mediante disección subcutánea con neumo a 8 mmHg, se coloca trócar 5 mm en VI. Posteriormente se realiza apertura de dicha aponeurosis, objetivándose plano graso inmediatamente por debajo, que confirma el sitio correcto de la apertura de dicha aponeurosis. Se realiza separación desde región inguinal a plano subcostal y disección intermuscular para conseguir el posterior cierre completo de la línea media. Se realizan los mismos pasos en el lado derecho. Posteriormente, se realiza abordaje laparoscópico convencional y mediante sutura continua Vloc nº 0 se consigue el cierre de la línea media completa. Una vez realizado, se introduce malla PTFE-c de 30 × 15 cm, y una vez extendida, se realiza fijación con doble corona de *tackers* y Tissucol. Curso postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta a las 24h de la intervención sin complicaciones. Tras un año de seguimiento se confirma la ausencia de recidiva y correcta reconstrucción mínimamente invasiva de pared abdominal.

**Discusión:** La tendencia actual en cirugía de pared abdominal es la reparación completa sin tensión en hernias incisionales de línea media. La asociación de SAC endoscópica y eventroplastia laparoscópica con cierre del defecto sin tensión consigue una reconstrucción completa de pared sin los inconvenientes del cierre primario del defecto en pacientes con hernias mayores de 10 cm de ancho.