



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-036 - ROBOTAR: PASO A PASO DE UNA EVENTROPLASTIA ROBÓTICA CON SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES

Villalobos Mori, Rafael; Maestre González, Yolanda; Protti Ruiz, Gianpier; Mias Carballal, Carmen; Olsina Kissler, Jorge

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: La cirugía laparoscópica de la pared abdominal ha permitido desarrollar técnicas de reparación mínimamente invasivas disminuyendo el riesgo de infección de herida, menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida entre otros. Sin embargo, algunos procedimientos laparoscópicos presentan ciertas limitaciones por la difícil visualización, disección, instrumentación con poco ángulo de maniobra. Por otro lado, la separación posterior de componentes para eventraciones complejas ha ido tomando mayor protagonismo en los últimos años y es así que en cirugía abierta para grandes defectos de la línea media ha demostrado buenos resultados. La cirugía robótica permite ganar a esta limitación de la laparoscopia convencional lo que ha llevado a realizar este tipo de procedimiento con eficacia y seguridad. El siguiente vídeo muestra los 12 pasos a seguir para realizar de forma sistematizada una separación posterior de componentes tipo TAR (*transversus abdominis release*) según la experiencia de nuestro grupo.

Métodos: En el vídeo se muestra los 12 pasos a seguir para poder llevar a cabo dicho procedimiento. Neumoperitoneo con aguja de Veress y medición de la distancia del borde lateral del defecto a la zona de colocación los trócares. Medición de la distancia entre trócares, colocación de los mismos y *docking*. Liberación de las adherencias viscerales a la pared abdominal y del contenido herniario exponiendo los defectos. Inicio de apertura del plano retrorrectal contralateral disecando el espacio hasta visualizar la línea arqueada en zona caudal e inserción del músculo transversario en zona craneal. Inicio del TAR en 3 tercios: de la línea arqueada, luego en zona craneal desinsertando el m. transversario y finalmente la línea media. *Redocking* bajo visión directa y colocación de trócares. En fosa iliaca de *docking* inicial cambiar trocar del 8 por uno del 12 para inserción posterior de la malla. Mismo procedimiento del paso 4. Mismo procedimiento del paso 5. Cierre del plano posterior con sutura barbada del 2-0 o 3-0. Cierre del plano anterior con sutura barbada del 0. Medición del espacio longitudinal y transversal con cinta marcada cada 5 cm. Confección e introducción de la malla dejando o no drenaje tubular aspirativo.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 61 años con el antecedente de laparotomía media por perforación de colon transversario luego de colonoscopia realizándose una rafia pero que al presentar una dehiscencia de la misma se realizó nueva laparotomía y hemicolectomía derecha. Se le diagnostica de eventración M3W2 y diastasis quirúrgica y se plantea realizar una reparación de toda la línea media mediante un abordaje laparoscópico asistido con robot con técnica

de separación posterior de componentes tipo TAR. El paciente presentó un posoperatorio sin complicaciones y fue dado de alta a las 24 h y se realizó un control al mes (vídeo) y a los 6 meses sin evidenciar recidiva.

Discusión: La separación posterior de componentes tipo TAR con abordaje robótico siguiendo un protocolo bien establecido facilita realizar dicho procedimiento con efectividad y seguridad para el paciente.