



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-111 - ETEP LAPAROSCÓPICO EN HERNIA UMBILICAL & AMP; INGUINAL & AMP; DIÁSTASIS: STEP BY STEP

Trujillo Díaz, Jeancarlos; Gómez López, Juan Ramón; Concejo Cutoli, Pilar; Martínez Moreno, Clara; Montenegro Martín, María Antonia; Schenone, Francesco; Martín del Olmo, Juan Carlos

Hospital Medina del Campo, Valladolid.

Resumen

Objetivos: Las hernias ventrales son una patología frecuente en Cirugía general. Su asociación con diástasis del recto abdominal y hernias inguinales no es infrecuente. Actualmente, el abordaje mínimamente invasivo de estas patologías es cada vez más frecuente. La técnica quirúrgica para la reparación de este tipo de hernias es idealmente una técnica retromuscular asociada o no a una separación posterior de componentes (*transversus abdominis muscle release*-TAR). El abordaje retromuscular-preperitoneal es una buena técnica por la posición más anatómica de la malla, menores tasas de complicaciones y recurrencias a corto y largo plazo. Presentamos la utilidad del abordaje laparoscópico e-TEP en el tratamiento de diferentes tipos de hernias (hernias ventrales e inguinales) y diástasis del recto abdominal en un mismo acto quirúrgico. Presentación tipo vídeo.

Caso clínico: Varón de 58 años que acude a consulta por bulto en región umbilical e inguinal izquierda que ha ido aumentando de tamaño en los últimos meses. Exploración física: hernia umbilical con defecto de aprox. 4 cm asociado a diástasis del recto abdominal (aprox. 4 cm) y hernia inguinal izquierda L2 no complicada. Decidimos realizar una técnica extraperitoneal laparoscópica (eTEP) para tratar todas las patologías en el mismo acto quirúrgico. Utilizamos 4 puertos (2 × 12 mm, 2 × 5 mm) para realizar la cirugía. La cirugía comienza disecando el espacio retromuscular izquierdo mediante un balón disector colocado en el reborde costal izquierdo justo en el borde lateral del recto que fue localizado previamente mediante ecografía. Colocamos los otros puertos y realizamos el *crossover* supraumbilical seccionando medialmente la vaina posterior del recto izquierdo y luego la vaina posterior del lado derecho y se completa la disección de ambos espacios retromusculares. La disección continúa reduciendo el contenido herniario y luego disecando hasta el pubis, lugar donde se empieza la disección del espacio inguinal izquierdo identificando las estructuras del cordón espermático y reduciendo el saco herniario, y se realiza una disección amplia del espacio de Retzius y Bogros. Posteriormente continuamos con el cierre de la vaina anterior (defecto herniario y plicatura de la diástasis) con sutura barbada 1 (Stratafix) y posteriormente el cierre de los defectos posteriores con sutura V-lock 2-0. Finalmente colocamos una malla 3D-PVDF en la región inguinal izquierda y otra malla PVDF de 18 × 35 cm para cubrir todo el espacio retromuscular disecado, ambas mallas fijada con colan de fibrina (Tisseel) y no se deja drenaje. El paciente presentó una evolución satisfactoria sin complicaciones y fue dado de alta el primer día posoperatorio con un buen control del dolor. Hasta el seguimiento actual no ha presentado complicaciones y presenta una funcionalidad correcta de la pared abdominal.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo e-TEP es una opción eficaz y buena en casos de hernias ventrales asociadas a hernias inguinales y diástasis del recto abdominal, como en el caso presentado, sin aumentar la incidencia de complicaciones posoperatorias y con mejor recuperación posoperatoria, menor dolor posoperatorio, estancia hospitalaria más corta, tasas bajas de recidiva herniaria, retorno más rápido a las actividades rutinarias y la vida laboral, y por ende menor gasto sanitario.