



## V-083 - EXTENDED TOTALLY EXTRAPERITONEA (E-TEP) ASOCIADO A *TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE* (TAR) PARA EL TRATAMIENTO DE HERNIA MULTIRRECIDIVADA DE LÍNEA MEDIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gómez Menchero, Julio<sup>1</sup>; Lara Fernández, Yaiza<sup>1</sup>; Gila Bohórquez, Antonio<sup>1</sup>; De la Herranz Guerrero, Pablo<sup>1</sup>; Bellido Luque, Juan Antonio<sup>2</sup>; Navarro Morales, Laura<sup>3</sup>; Guerrero Ramírez, Jose Luis<sup>1</sup>; García Moreno, Joaquín Luis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; <sup>3</sup>Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** En los últimos años ha habido un gran avance en el manejo de hernias ventrales y laterales mediante abordaje mínimamente invasivo. La reparación de estos defectos mediante abordaje totalmente extraperitoneal extendido permite acceder a un mayor campo quirúrgico con mejor visión y ergonomía. De este modo, es posible la reparación endoscópica de hernias complejas disminuyendo la recidiva y el dolor posoperatorio, con las ventajas propias del abordaje mínimamente invasivo. El objetivo en este vídeo es mostrar la utilidad del abordaje endoscópico asociado a la separación de componentes (TAR) para la resolución de hernias de gran tamaño.

**Caso clínico:** Exponemos el caso de un varón de 58 años con antecedentes de 3 reparaciones con de una hernia umbilical previa (primera intervención herniorrafia, segunda hernioplastia *onlay* con malla de polipropileno y la tercera hernioplastia *onlay* y onfalectomía por recidiva M3-4 W2 siguiendo la clasificación de la EHS) que acude a nuestras consultas con un gran defecto de línea media M2-3-4 W3 asociado a diástasis de rectos. Se realizó un TC de abdomen preoperatorio para planificación quirúrgica que puso de manifiesto un defecto con un diámetro transversal de 10 cm. Se propuso una reparación endoscópica totalmente extraperitoneal. La técnica se realizó bajo anestesia general, abordaje mínimamente invasivo endoscópico realizando la disección retrorectal en primer lugar, utilizando trócar balón hasta el espacio de Retzius. Tras la insuflación con CO<sub>2</sub>, se procedió a la colocación de 3 trócares (11 mm y 2 de 5 mm) en espacio de Rives izquierdo. Se realizó el *crossover* y la reducción del saco herniario y apertura del saco para control de las estructuras adheridas a la malla previa. Se completó la disección del espacio retrorectal contralateral. Una vez identificada la línea arcuata del lado derecho se procedió a la apertura del borde lateral de la vaina del recto para acceder al espacio preperitoneal, realizando la disección y sección de las inserciones del músculo recto Down to Up. Se colocan tres trócares en el espacio de Rives derecho y se realiza el TAR del lado izquierdo. Para el cierre de la lámina posterior se utilizó sutura barbada 3/0 absorbible. El cierre del defecto se realizó con doble sutura barbada del 0 no absorbible. Finalmente se colocó una malla compuesta de PVDF de 40 × 30 cm mediante fijación atraumática con cianocrilato, ajustando el tamaño con el *overlap* adecuado. Para finalizar se colocó un drenaje aspirativo en el espacio de Rives que se retiró a las 24 h.

**Discusión:** La técnica e-TEP es un procedimiento técnicamente exigente para el cirujano, pero a su vez seguro, que muestra buenos resultados en términos de recurrencia y aparición de complicaciones para el tratamiento de hernias ventrales. Además, en hernias grandes permite garantizar el *overlap* adecuado de la malla pudiendo asociarse a la técnica TAR mediante esta vía de abordaje. No obstante, es una técnica demandante y no está exenta de complicaciones que debe ser realizada por cirujanos expertos en cirugía de pared abdominal.