



V-084 - REPARACIÓN ROBÓTICA DE HERNIA INGUINOESCROTAL BILATERAL: UNA DEMOSTRACIÓN EN VÍDEO PASO A PASO

Huerta, Martín; Rodríguez, Victor; Verdaguer, Mireia; Bergamini, Silvina; Martínez, Pilar; Herms, Daniel; Cabau, Claudia; López Cano, Manuel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La cirugía robótica en el campo de la cirugía de la pared abdominal está creciendo de forma exponencial, constituyendo una técnica menos invasiva y más precisa que la cirugía abierta. En este vídeo presentaremos un abordaje totalmente robótico en el que se muestra paso a paso la reparación de una hernia inguinoescrotal bilateral.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 79 años, con antecedentes de hipercolesterolemia e IMC 25,2 kg/m², diagnosticado de hernia inguinal bilateral sintomática. A la exploración se objetiva una hernia inguinoescrotal derecha (clasificación EHS L3P) y una hernia inguinal izquierda (clasificación EHS M1P). Dada la sintomatología y las características del paciente, se decide realizar cirugía mínimamente invasiva asistida por robot DaVinci Xi. Bajo anestesia general, se realiza la colocación de un trocar robótico de 8 mm a nivel supraumbilical, así como dos trócares robóticos de 8 mm situados 8 cm lateralmente. Se realiza el *docking*, seguido de laparoscopia exploradora que confirma el diagnóstico y se decide proceder a la reparación de ambas hernias inguinales según técnica rTAPP (robotic transabdominal preperitoneal). Se comienza con la disección del *flap* peritoneal, permitiendo el acceso al espacio preperitoneal y procediendo a la disección de los compartimentos medial y lateral hasta alcanzar la visualización del ligamento pectíneo. Posteriormente se realiza la disección cuidadosa del saco herniario, individualizando y preservando las estructuras del cordón inguinal y procediendo a la reducción del mismo. Un punto clave para el éxito quirúrgico consiste en asegurar una visión crítica del orificio miopectíneo. A continuación, se realiza el procedimiento contralateral, y se procede al *tailoring* de ambas mallas de polipropileno de 12 × 15 cm y a su colocación en el espacio preperitoneal, fijadas con puntos simples de PDS 2/0 al ligamento pectíneo. Finalmente se asegura una correcta hemostasia y se procede al cierre del *flap* peritoneal con sutura continua V-lock 3/0. Se retiran trócares bajo visión directa. El paciente presentó un posoperatorio inmediato sin incidencias, permaneciendo hemodinámicamente estable y afebril. El dolor se mantuvo controlado con medicación analgésica de primer escalón y el paciente recibió el alta hospitalaria 24 horas tras la cirugía. En visitas sucesivas a las 3 semanas y 3 meses no se objetivaron signos sugestivos de infección de herida quirúrgica, seroma o recidiva herniaria.

Discusión: La utilización de plataformas robóticas para la reparación de hernias inguinales constituye un procedimiento seguro y eficaz, especialmente valioso en determinadas situaciones

(IMC < 30, hernias bilaterales...). Se necesitan más estudios para esclarecer el papel de la cirugía robótica en el campo de la cirugía programada de la hernia inguinal.