



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-128 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO INTRAPERITONEAL PARA EVENTROPLASTIA LUMBAR EN CICATRIZ DE NEFRECTOMÍA

Rodríguez González, Pablo<sup>1</sup>; Vega Recio, Aránzazu<sup>1</sup>; Rodríguez Padilla, Ángela<sup>2</sup>; Utrera González, Antonio<sup>2</sup>; Martín Morales, Germán<sup>2</sup>; Escobresca Suárez, Ignacio<sup>2</sup>; Balongo García, Rafael<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; <sup>2</sup>Hospital Infanta Elena, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** Entre las hernias no mediales, el tipo más frecuente es la lumbar (45%), seguido de la ilíaca y subcostal. Dentro del grupo de hernias adquiridas (80% del total), están las hernias incisionales o eventraciones secundarias a cirugías previas entre las que se encuentran más frecuentemente asociadas: la nefrectomía; la cirugía del aneurisma de aorta abdominal; la resección de tumores de pared abdominal; la donación de hueso ilíaco y los colgajos de dorsal ancho en cirugía plástica. La prevalencia tras lumbotomía parece situarse en torno al 20-30%. Su mecanismo patogénico podría explicarse a partir de la sección del nervio subcostal que conlleva una atrofia muscular, un adelgazamiento gradual de músculo y fascia que actúa como factor predisponente a la aparición de la hernia. Le siguen además otros factores como sobrepeso, edad mayor de 50 años, patología respiratoria, sexo femenino etc. En cuanto a la forma de presentación, cerca del 90% lo hace de forma no urgente, y un 10% de forma aguda como obstrucción intestinal. Los resultados por abordaje laparoscópico parecen mejores en defectos de tamaño inferior a 15 cm y con IMC menor de 30.

**Caso clínico:** Presentamos a una paciente de 79 años con DM II, estenosis aórtica degenerativa leve, intervenida de nefrectomía izquierda por riñón poliquístico hace 30 años. Consulta por tumoración a nivel de cicatriz quirúrgica que se nota desde hace años. Le ocasiona molestias. Se palpa bultoma a nivel de cicatriz, reductible, parece de contenido intestinal. El TAC informa de asimetría de la musculatura paravertebral izquierda y abdominal anterior izquierda. Cambios por lumbotomía izquierda, con eventración de asas intestinales delgadas y anillo herniario de 5 cm. Se indica cirugía laparoscópica. Bajo anestesia general, el paciente es colocado en decúbito lateral derecho. Para crear el neumoperitoneo se usa una aguja de Veress a nivel subcostal en la línea medio claviclar, y se colocan dos trócares de 5 mm a lo largo de la línea claviclar media del lado contralateral y uno de 11 mm en umbilical. Después de eliminar las adherencias a la pared, se abre el espacio preperitoneal en una línea superior al defecto siguiendo la fascia de Toldt III, y se deja un flap de peritoneo de unos 2 cm que se desliza inferiormente. Se fija malla Symbotex (poliéster con cara visceral de colágeno hidrófilo) en espacio preperitoneal con helicostura de nitilol y después se cierra peritoneo con puntos V-loc. No es necesario ningún tipo de cierre hermético del peritoneo sobre la malla, al ser esta un material compuesto.



**Discusión:** Las complicaciones más frecuentes de esta cirugía son locales (seroma, hematoma, neuralgia transitoria), consecuencia de la disección parietal para el abordaje preperitoneal. Las complicaciones graves son excepcionales, a diferencia de lo que sucede en la eventroplastia medial. La tasa de recidivas a los 15 años es del 2-3% en laparoscopia y del 12-17% en abordaje anterior preperitoneal.