



V-242 - MANEJO SIMULTÁNEO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO ETEP DE HERNIA VENTRAL & INGUINAL & DIÁSTASIS DE RECTOS

Trujillo Díaz, Jeancarlos; Gómez López, Juan Ramón; Concejo Cútoli, Pilar; Martínez Moreno, Clara; Atienza Herrero, Javier; Martín del Olmo, Juan Carlos

Hospital Comarcal Medina del Campo, Medina del Campo.

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 posterior separación de componentes (*transversus abdominis muscle release*-TAR). El abordaje retromuscular-preperitoneal es una buena técnica por la posición anatómica de la malla, menores tasas de complicaciones y recurrencias a corto y largo plazo. Presentamos la utilidad del abordaje e-TEP para tratar diferentes tipos de hernias (hernias ventrales e inguinales) y diástasis del recto abdominal en un mismo acto quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 73 años con antecedentes quirúrgicos: sigmoidectomía-laparoscópica hace 5 años y posteriormente eventroplastia umbilical con malla *onlay*. Exploración física: hernia ventral línea media (M2-3W2: 8 cm), diástasis de recto (6 cm) y hernia inguinal derecha. TAC: hernia ventral en línea media con intestino delgado en saco herniario y defecto (15 mm) en flanco derecho (L2)-zona de trocar, diástasis de recto abdominal y hernia inguinal derecha con intestino delgado en saco herniario. 5semanas antes de la cirugía se inyectó toxina-botulínica (BT) según técnica de Ibarra-Hurtado. Decidimos realizar una técnica extraperitoneal-laparoscópica (eTEP). Usamos 4 trócares (2 × 12 mm, 2 × 5 mm) para realizar la cirugía. El cirujano principal y el ayudante se colocan en el lateral izquierdo con el paciente en decúbito-supino. La cirugía comienza disecando el espacio retromuscular izquierdo y derecho utilizando un balón-disector. Colocamos los otros puertos de 5 mm y realizamos el *crossover*-supraumbilical seccionando medialmente la vaina posterior izquierda y luego la vaina posterior derecha y completamos la disección del espacio retromuscular contralateral. Continuamos con la disección del saco herniario y la reducción de su contenido para posteriormente continuar con la disección retromuscular hacia el pubis. Disección del espacio inguinal derecho identificando el cordón espermático y reduciendo el saco herniario. Posteriormente continuamos con la realización del TAR-derecho para sobrepasar el defecto lateral, utilizamos el cauterio monopolar, en esta zona observamos el defecto lateral y continuamos la disección sobre el espacio preperitoneal. Continuamos con el cierre de la vaina posterior con sutura V-lock 2-0 y la anterior con Monomax-loop 1. Colocamos una malla de PVDF-3D en la región inguinal derecha y otra de 30 × 40 cm cubriendo la zona de los defectos herniarios y la de los trócares siendo fijada con Tisseel y dejando un drenaje tipo Blake supramalla. El paciente presentó evolución satisfactoria sin

complicaciones y fue dado de alta el 2ºPOD con drenaje conectado a bolsa, el cual fue retirado el 5º DPO por escaso débito.

Discusión: El abordaje totalmente extraperitoneal mejorado (eTEP) es una opción eficaz y segura en casos de hernias ventrales asociadas a hernias inguinales y diástasis, como en el caso presentado. Las técnicas de separación del componente posterior (TAR) nos permiten conseguir un cierre correcto y sin tensiones de la pared abdominal y abordar defectos laterales, además de colocar una malla ancha cubriendo todos los defectos herniarios y la zona de los trócares.