



VC-127 - EVENTROPLASTIA MÍNIMAMENTE INVASIVA CON RECONSTRUCCIÓN DE PARED ASISTIDA POR ROBOT

Saiz Lozano, Guillermo; Gianchandani Moorjani, Rajesh; Sánchez González, Juan Manuel; Abellán Fernández, Jorge; Díaz López, Carmen; Orti Rodríguez, Rafael; Concepción Martín, Vanesa; Jordán Belanzá, Julio Cesar

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva tiene importantes ventajas en la cirugía de pared como son menor sangrado, menor dolor y una menor estancia posoperatoria, sin embargo, si realizamos técnicas de reconstrucción de pared abdominal, son muy demandantes técnicamente, por tanto no se puede ofrecer a todos los pacientes ni puede ser realizada por todos los cirujanos, solo por parte de equipos muy especializados. Sin embargo, con la asistencia del robot podemos aumentar el número de pacientes que se beneficien de esta técnica para poder hacer una reconstrucción de pared mínimamente invasiva, con sus ventajas. El objetivo principal de este vídeo es mostrar las ventajas que puede tener la cirugía robótica durante un procedimiento de reconstrucción de pared mínimamente invasivo.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 78 años con antecedentes de pancreatocetomía corporocaudal con preservación esplénica en 2018 por vía laparoscópica. Durante el seguimiento, se diagnostica de una eventración paraumbilical de unos $6 \times 3 \times 7,7$ cm. Se realiza eventroplastia robótica según técnica de Rives. Se colocaron 3 trócares 8 mm y 1 de 12 mm. En primer lugar, se liberan las adherencias y se reduce el contenido de la eventración usando energio monopolar y bipolar. Posteriormente se realiza apertura de vaina posterior del recto hasta llegar a la línea media, se realiza el *crossover* hasta la vaina posterior del lado contralateral. Con la función de inversión del Da Vinci, se realiza sutura de fascia con sutura barbada reabsorbible 2/0. Se coloca malla Prolene (Premilene Mesh 21×14 cm) fijada con Histoacryl en posición retromuscular y finalmente se cierra el defecto del peritoneo con V-Loc. La paciente es dada de alta a las 48 h sin incidencias.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo de las hernias abdominales está actualmente en proceso de expansión. En el caso de la robótica permite realizar casos más complejos ya que permite una mayor movilidad y versatilidad que la laparoscopia, permitiendo una mayor facilidad para la disección de planos de la pared abdominal así como el cierre del defecto herniario para la reconstrucción de la pared y de la colocación de la malla en posición retromuscular o preperitoneal, disminuyendo el contacto de la misma con estructuras intraabdominales así como el riesgo de seroma e infección de herida quirúrgica.