



V-004 - NEUMOROBOTOX: PRIMER CASO DE ROBOTAR CON PREHABILITACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA Y NEUMOPERITONEO PROGRESIVO

Salazar Raich, Mar; González Barranquero, Alberto; González García, Lluís; Maestre González, Yolanda; Gas Ruiz, Cristina; Escartín Arias, Alfredo; Olsina Kissler, Jorge Juan; Villalobos Mori, Rafael

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: La cirugía robótica permite superar las limitaciones de la laparoscopia convencional. En el tratamiento de las eventraciones complejas la asistencia robótica facilita considerablemente la técnica quirúrgica, en este caso se realiza una eventroplastia retromuscular laparoscópica asistida con el robot Da Vinci Xi. Queremos demostrar que con la prehabilitación con toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo se puede minimizar la extensión del TAR y disminuir la morbilidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 50 años con un IMC de 35,2 y antecedente de interés de laparotomía infraumbilical el 2018 por útero miomatoso. Acude a consulta por aumento de volumen abdominal progresivo en zona de cicatriz previa. En TC abdominal se visualiza voluminosa eventración conteniendo intestino delgado, colon y antro gástrico con defecto transversal de 10,5cm. Presenta Índice de Tanaka de 21%. Un mes antes de la intervención se administran 500 U de Dysport (toxina botulínica) divididos en 6 puntos de la musculatura lateral del OE y OI. Posteriormente, 10 días antes se realiza neumoperitoneo progresivo con un total de 7,5L. Se realiza una cirugía híbrida que se compone de un primer tiempo en el cual se realiza el RoboTAR. Se inicia la cirugía con un *docking* lateral izquierdo para realizar el TAR derecho. Seguidamente se continúa con el *re-docking* y la disección retrorrectal del lado contralateral. Previamente se completa la disección por espacio de Bogros. Se cierra lámina posterior con V Loc 2/0, se mide todo el espacio disecado y se empieza la cirugía abierta. Se coloca Dynamesh IPOM 18 x 30 cm fijada a ligamentos pectíneos. Suturamos lámina anterior con Monomax 2/0. Finalmente se reseca piel redundante y se sutura piel. Se colocan dos drenajes, un drenaje *blake* a nivel retrorrectal y un redón subcutáneo.

Conclusiones: La cirugía híbrida robótica y abierta permiten un tratamiento menos invasivo. Las eventraciones complejas se pueden beneficiar de prehabilitación con toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo. Estas técnicas podrían minimizar la extensión del TAR bilateral y así disminuir la morbilidad.