CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):882

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-313 - REPARACIÓN TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL EXTENDIDA (ETEP) DE PUERTO INFEROLATERAL: UNA NUEVA MANERA DE ABORDAR EVENTRACIONES DE LA LÍNEA SEMILUNAR

Salido, Sergio[1]; Osorio, Irene[1]; Bernar, Juan[2]; Sánchez, Carmen[1]; Pardo, Ricardo[1]

[1]Fundación Jiménez Díaz, Madrid; [2]Hospital General de Villalba, Madrid.

Resumen

Introducción: Las eventraciones que involucran a la línea semilunar afectan a la estabilidad de la pared anterolateral del abdomen. Estos defectos suponen un desafío para su corrección debido a su baja incidencia y su complejidad anatómica, al afectar a varios planos musculo-aponeuróticos. En el abordaje eTEP descrito por Belyansky y Radu las eventraciones laterales se corrigen accediendo al espacio retrorectal contralateral al defecto, cruzando la línea media y uniendo ambos espacios retrorectales. Después se aborda y corrige del defecto lateral. Esto supone involucrar la integridad de la línea alba y la vaina posterior del músculo recto contralateral al defecto. Se presenta el abordaje eTEP inferolateral para la corrección preperitoneal del defecto semilunar evitando la maniobra de cruce de la línea media.

Métodos: La cirugía se inicia accediendo al espacio retrorectal ipsilateral al defecto y disecando el espacio de Retzious. Después se insertan dos trocares suprapúbicos paramediales ipsilaterales al defecto y se diseca el espacio de Bogros. Un último trocar se coloca craneal en el espacio retrotransverso. Con la óptica en uno de los puertos del Retzious y con visión caudo-craneal se continua la disección de dos espacios paralelos: el retrorrectal y el retrotransverso, separados por la inserción del músculo transverso en la vaina posterior del músculo recto. Se fusionan al seccionar dicha inserción, lo que supone la liberación del músculo transverso (TAR). Se identifica el saco herniario, se rodea mediante disección y se reduce. Se progresa cranealmente la disección para crear un espacio suficiente para alojar una prótesis de tamaño adecuado. Se sutura el defecto posterior entre la fascia transversalis y la vaina posterior del músculo recto y el defecto musculo-aponeurótico anterior (músculos transverso y oblicuos). Se introduce y coloca la malla cubriendo toda la cavidad y las incisiones de los trocares. Se extrae el gas de la cavidad y se suturan las incisiones cutáneas.

Resultados: Cinco pacientes han sido tratados mediante eTEP de puerto inferolateral. La etiología herniaria fue: una incisión de extracción de pieza quirúrgica, 2 incisiones de trocares previos y 2 casos cierres de estoma previo (ileostomía y colostomía). El tamaño mediano del defecto fue de 44 mm (32-65) y el tiempo quirúrgico mediano fue de 88 minutos (75-135). La estancia hospitalaria mediana fue de 1 día (0-2). El dolor mediano registrado al alta según la escala EVA fue de 2 (2-4). Sólo se observó un seroma postoperatorio que cedió tras evacuación puntual y vigilancia. No se han registrado recidivas herniarias. El seguimiento mediano fue de 10 (7-16) meses.

Conclusiones: Las hernias de la línea semilunar involucran los planos musculo-aponeuróticos laterales y del músculo recto ipsilateral. La vía eTEP permite la disección y cierre de los defectos y colocar una prótesis suficiente fuera de la cavidad peritoneal. Esta vía puede mejorar el dolor y la morbilidad postoperatoria, así

como la estancia hospitalaria. El puerto inferolateral es una opción segura y reproducible para corregir las hernias de la línea semilunar.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados