



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-153 - ABORDAJE ENDOSCÓPICO EN LA HERNIA VENTRAL INCARCERADA, ¿ES POSIBLE EL ACCESO EXTRAPERITONEAL?

Cornejo Jurado, Isabel; Bellido Luque, Juan; Sánchez-Matamoros Martín, Inmaculada; Oliva Mompeán, Fernando; Nogales Muñoz, Ángel

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El abordaje totalmente endoscópico de la hernia ventral presenta ventajas sobre el laparoscópico. No se accede a la cavidad intraperitoneal y la colocación extraperitoneal de la malla minimiza el riesgo de dolor crónico y de formación de adherencias. Las hernias con contenido encarcerado suponen un reto quirúrgico por la posibilidad de lesión de dicho contenido con las maniobras de reducción. Con la apertura de la vaina posterior del músculo recto vía endoscópica, es factible el manejo del contenido encarcerado sin riesgo de lesión visceral.

Caso clínico: Varón de 67 años intervenido de hernia inguinal derecha estrangulada con resección intestinal mediante laparotomía media y reparación laparoscópica de hernia inguinal izquierda. Acude a urgencias por distensión abdominal y tumoración en la cicatriz de la laparotomía media. A la exploración física presenta eventración M3W2 de 6 cm de diámetro reductible parcialmente. En TAC abdominal: defecto paraumbilical izquierdo de 1,8 cm con saco herniario de $6 \times 3,8 \times 7,5$ cm y asas de intestino delgado sin signos de sufrimiento vascular. Se realiza eventroplastia totalmente endoscópica retromuscular (e-TEP) con malla de polipropileno: incisión de 2 cm por debajo del margen costal izquierdo exponiendo la vaina anterior del recto izquierdo e incidiéndola en su borde lateral. Se crea el espacio retromuscular utilizando un trócar balón. Sustituimos este por uno de 10 mm para la óptica de 30°. Se insertan dos trócares de 5 y 10 mm en fosa ilíaca e hipocondrio izquierdos, respectivamente, para completar el espacio retromuscular izquierdo. El cruce al lado contralateral se realiza craneal al ombligo. Se incide la cara medial de la vaina posterior del recto izquierdo e identificamos la vaina posterior del recto derecho incidiéndola en su borde medial. Se abre el saco herniario reduciendo su contenido y comunicamos la zona craneal del espacio retrorrectal derecho con su zona caudal. Así liberamos ambos espacios retromusculares. Ambas vainas posteriores se re aproximan a la línea media utilizando sutura barbada continua no absorbible (V-loc™ Medtronic), reparando a su vez el defecto herniario. Las vainas anteriores se aproximan para reconstruir la línea media. Medimos el espacio retromuscular creado para seleccionar la malla adecuada (polipropileno de bajo peso molecular (Optilene® Mesh elástica, B. Braun)), se inserta a través del trócar de 10 mm y extendemos para cubrir completamente el espacio retromuscular. Fijamos la malla con pegamento (Histoacryl®, B. Braun). Drenaje aspirativo. Evacuación del neumoperitoneo y extracción del trócar bajo visión directa. Las incisiones de 10 mm se cierran mediante sutura absorbible 2/0. Posoperatorio sin incidentes. Se retira el drenaje y se da de alta al paciente en el primer día posoperatorio. Tras 8 meses de seguimiento el paciente permanece asintomático.

Discusión: Aunque el abordaje totalmente endoscópico está indicado en hernias de línea media reductibles, con la apertura de la vaina posterior y del orificio herniario previamente, podemos manejar el contenido

incaerado sin lesión visceral, realizando el cierre del mismo y colocando la malla retromuscular. De esta manera, podemos manejar una hernia incaerada por vía endoscópica mínimamente invasiva, minimizando el dolor posoperatorio, crónico y la probabilidad de creación de adherencias comparándolo con el abordaje laparoscópico convencional.