



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-452 - NUESTRA EXPERIENCIA EN E-TAP (*EXTENDED TOTALLY EXTRAPERITONEAL*) PARA EL TRATAMIENTO DE HERNIAS VENTRALES Y LATERALES

Lara Fernández, Yaiza; Guerrero Ramírez, José Luis; de la Herranz Guerrero, Pablo; Gila Bohórquez, Antonio; Gómez Menchero, Julio

Hospital General Básico de Ríotinto, Minas de Ríotinto.

### Resumen

**Objetivos:** En los últimos años ha habido un gran avance en el manejo de hernias ventrales y laterales mediante abordaje mínimamente invasivo. La reparación de estos defectos mediante abordaje totalmente extraperitoneal extendido permite acceder a un mayor campo quirúrgico con mejor visión y ergonomía. De este modo, es posible la reparación endoscópica de hernias complejas disminuyendo la recidiva y el dolor posoperatorio, con las ventajas propias del abordaje mínimamente invasivo. El objetivo es mostrar la experiencia en nuestro centro para el tratamiento de hernias ventrales y laterales mediante abordaje e-TAP.

**Métodos:** Exponemos nuestra serie de casos en los dos últimos años de defectos de línea media o laterales asociados a diástasis de rectos intervenidos mediante e-TAP (*Extended Totally Extraperitoneal*) (n = 7) en un hospital comarcal. En todos los pacientes se realizó un TC de abdomen preoperatorio para planificación quirúrgica. La técnica se ha realizado en todos los casos bajo anestesia general, mediante abordaje mínimamente invasivo endoscópico realizando la disección retrorrectal en primer lugar, utilizando trócar balón hasta el espacio de Retzius. Tras la insuflación con CO<sub>2</sub>, se procede a la colocación de trócares en función de la localización del defecto. Se realiza la disección completa del espacio de Rives con precaución de no lesionar los paquetes neurovasculares, así como la reducción del saco herniario y el *crossover* en línea media al espacio retrorrectal contralateral, ampliando esta al espacio de Rossen en función de la localización del defecto para completar un TAR en caso de ser necesario. Para el cierre de la lámina posterior se utilizó sutura barbada 3/0 en todos los casos. En todos los casos se ha asociado una malla compuesta mediante fijación atraumática, ajustando el tamaño al defecto de cada paciente. En todos los casos se colocaron 2 drenajes aspirativos a nivel retromuscular.

**Resultados:** Presentamos 7 pacientes, con 54,42 años de edad media, siendo el 42,86% hombres y el 57,14% mujeres. El IMC en todos los casos fue superior a 25 Kg/m<sup>2</sup>, y en uno de ellos superior a 30. El riesgo quirúrgico mediante ASA, fue del 14,29% I y 85,71% II. El nivel del defecto más frecuentemente encontrado fue M3 según la clasificación de la EHS. Todos fueron intervenidos en régimen de cirugía programada, mediante abordaje mínimamente invasivo endoscópico, colocando la malla a nivel retromuscular en todos los casos. La estancia posoperatoria fue de 3,57 días. En cuanto a la aparición de complicaciones, no obtuvimos complicaciones mayores ni tampoco relacionadas con el sitio quirúrgico. Ninguno de los pacientes precisó reintervención ni reingreso. Actualmente, con un seguimiento medio de 12 meses, no tenemos recidiva (clínica ni radiológica) y sí un paciente con dolor crónico.

**Conclusiones:** La técnica e-TEP es un procedimiento reproducible y seguro, que muestra buenos resultados en términos de recurrencia y aparición de complicaciones para el tratamiento de hernias ventrales y laterales, asociadas o no a diástasis de rectos. Es importante que se realice por equipos expertos en pared abdominal y cirugía mínimamente invasiva, puesto que es técnicamente demandante y no está exenta de complicaciones.