



V-084 - REPARACIÓN ROBÓTICA DE HERNIA INGUINOESCROTAL BILATERAL: UNA DEMOSTRACIÓN EN VÍDEO PASO A PASO

Huerta, Martín; Rodrígues, Victor; Verdaguer, Mireia; Bergamini, Silvina; Martínez, Pilar; Herms, Daniel; Cabau, Claudia; López Cano, Manuel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: La cirugía robótica en el campo de la cirugía de la pared abdominal está creciendo de forma exponencial, constituyendo una técnica menos invasiva y más precisa que la cirugía abierta. En este vídeo presentaremos un abordaje totalmente robótico en el que se muestra paso a paso la reparación de una hernia inguinoescrotal bilateral.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 79 años, con antecedentes de hipercolesterolemia e IMC 25,2 kg/m², diagnosticado de hernia inguinal bilateral sintomática. A la exploración se objetiva una hernia inguinoescrotal derecha (clasificación EHS L3P) y una hernia inguinal izquierda (clasificación EHS M1P). Dada la sintomatología y las características del paciente, se decide realizar cirugía mínimamente invasiva asistida por robot DaVinci Xi. Bajo anestesia general, se realiza la colocación de un trocar robótico de 8 mm a nivel supraumbilical, así como dos trócares robóticos de 8 mm situados 8 cm lateralmente. Se realiza el *docking*, seguido de laparoscopia exploradora que confirma el diagnóstico y se decide proceder a la reparación de ambas hernias inguinales según técnica rTAPP (robotic transabdominal preperitoneal). Se comienza con la disección del *flap* peritoneal, permitiendo el acceso al espacio preperitoneal y procediendo a la disección de los compartimentos medial y lateral hasta alcanzar la visualización del ligamento pectíneo. Posteriormente se realiza la disección cuidadosa del saco herniario, individualizando y preservando las estructuras del cordón inguinal y procediendo a la reducción del mismo. Un punto clave para el éxito quirúrgico consiste en asegurar una visión crítica del orificio miopectíneo. A continuación, se realiza el procedimiento contralateral, y se procede al *tailoring* de ambas mallas de polipropileno de 12 × 15 cm y a su colocación en el espacio preperitoneal, fijadas con puntos simples de PDS 2/0 al ligamento pectíneo. Finalmente se asegura una correcta hemostasia y se procede al cierre del *flap* peritoneal con sutura continua V-lock 3/0. Se retiran trócares bajo visión directa. El paciente presentó un posoperatorio inmediato sin incidencias, permaneciendo hemodinámicamente estable y afebril. El dolor se mantuvo controlado con medicación analgésica de primer escalón y el paciente recibió el alta hospitalaria 24 horas tras la cirugía. En visitas sucesivas a las 3 semanas y 3 meses no se objetivaron signos sugestivos de infección de herida quirúrgica, seroma o recidiva herniaria.

Discusión: La utilización de plataformas robóticas para la reparación de hernias inguinales constituye un procedimiento seguro y eficaz, especialmente valioso en determinadas situaciones (IMC 30, hernias bilaterales...). Se necesitan más estudios para esclarecer el papel de la cirugía robótica en el campo de la cirugía programada de la hernia inguinal.