



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-079 - SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES: TAR ROBÓTICO (RTAR)

Hinojosa Ramírez, Fátima; Tallón Aguilar, Luis; Tinoco González, José; Sánchez Arteaga, Alejandro; Moreno Suero, Francisco; Suárez Grau, Juan Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El abordaje robótico de la pared abdominal es un procedimiento en auge, debido a que dota al cirujano de mayor ergonomía, precisión y rango de movimientos, lo cual permite realizar técnicas más complejas y exigentes, así como eventraciones de mayor complejidad. Esto favorece la realización de abordajes retromusculares frente a los intraperitoneales, que permiten no solo la corrección de la eventración sino también la restauración de la línea media y presentan menos complicaciones a largo plazo (adherencias, dolor crónico...). Nuestro objetivo es mostrar el abordaje quirúrgico de una separación posterior de componentes robótica o rTAR

Caso clínico: Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés salvo: adenocarcinoma endometrioide de ovario moderadamente diferenciado (FIGO IIIA1) diagnosticado en 2021 que preciso de intervención quirúrgica. Se realizó histerectomía, doble anexectomía, linfadenectomía paraórtica y omentectomía por vía laparotómica, junto con posterior quimioterapia y radioterapia. Es derivada desde consultas de revisión de Ginecología por presentar eventración M2-4 W2-3 sintomática. Se realiza estudio complementario con TAC toraco-abdominal y se propone para realización de rTAR. Tras realización de rTAR presenta buena evolución y es dada de alta a las 48h sin incidencias durante el postoperatorio. A destacar un dolor posoperatorio de 1 en la escala visual analógica (EVA) el primer día posoperatorio. EN la revisión al mes presento mínimo seroma en línea media que ya estaba resuelto en la revisión a los 3 meses. Técnica quirúrgica: posicionamiento en el quirófano. Colocación de trocres: 3 trocres en línea axilar anterior (hipocondrio, flanco y fosa iliaca) a cada lado de 8 mm. Primer *docking*: exploración de la cavidad, evidenciando eventración y liberación de adherencias si precisase. Apertura de la fascia del recto contralateral y disección cuidadosa del espacio retrorrectal. Liberación del músculo trasverso mediante una aproximación *down-to-up*. Se incide en el borde inferior del músculo trasverso, permitiendo el acceso al espacio preperitoneal sin necesidad de seccionar el músculo. Liberación del músculo trasverso según la técnica descrita por Novistky, es decir, *Top-to-down*. Se incide sobre el músculo trasverso y se accede al espacio preperitoneal el cual se diseca. Introducción de trocres contralaterales y *re-docking*. Repetición de la técnica en el lado contralateral. Cierre de los defectos preperitoneales mayores. Cierre de las vainas posteriores. Cierre de la vaina anterior. Colocación de la malla, sin fijación y sin drenaje.

Discusión: La separación posterior de componentes es una técnica compleja y exigente que se ve facilitada por las aportaciones de la robótica y la cirugía mínimamente invasiva. Bajo este abordaje se evitan intervenciones cruentas con elevada morbilidad y se favorece una disminución de la estancia hospitalaria y la pronta recuperación del paciente.