



## VC-112 - ABORDAJE TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL CON REPARACIÓN PREPERITONEAL (PETEP) PARA EL TRATAMIENTO DE PARED ABDOMINAL EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Equísoain Azcona, Aritz<sup>1</sup>; Bustamante Recuenco, Carlos<sup>1</sup>; Sanz Ongil, Ramón<sup>1</sup>; García-Quijada García, Javier<sup>1</sup>; Martín García-Almenta, Mercedes<sup>1</sup>; Márquez Cantalapiedra, Lucila<sup>1</sup>; Salido Fernández, Sergio<sup>2</sup>; Angulo Morales, Francisco Javier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Central de la Cruz Roja Española San José y Santa Adela, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La obesidad mórbida presenta desafíos significativos para la reparación de hernias ventrales debido al mayor riesgo de complicaciones y recurrencias, llegando a considerarse una contraindicación relativa para la cirugía. Las técnicas laparoendoscópicas han revolucionado la cirugía de pared abdominal en la última década y se están aplicando también en este subgrupo de pacientes. Presentamos el primer caso publicado de una paciente con obesidad mórbida que, tras cirugía bariátrica inicial, fue intervenida mediante la técnica PeTEP.

**Caso clínico:** Mujer de 56 años, HTA y DM, con hernia umbilical de gran tamaño y obesidad mórbida grado III (peso inicial: 135 kg; talla: 157 cm; IMC: 54,7) que tras una gastrectomía vertical laparoscópica en 2020, logra una estabilización ponderal en 100 kg (IMC: 40,5). El TC abdominal muestra un defecto herniario de 5 cm (EHS M3W3), que contiene gran cantidad de epiplón mayor. Además se diagnostican 2 pequeños defectos laterales L1 no evidenciados en la exploración física y una diástasis de rectos de 6 cm. La intervención se realiza mediante un abordaje craneal. Se inicia con una disección preperitoneal subxifoidea que posteriormente se extiende hacia el espacio preperitoneal de línea media y ambos espacios pretransversalis laterales. Se reducen las hernias laterales y se unifican los espacios disecados. Para reducción del epiplón encarcerado se realiza una apertura peritoneal controlada y una ligera ampliación del defecto herniario. La disección preperitoneal se continua hasta alcanzar la sínfisis púbica. En la fase reconstructiva, se cierra el defecto herniario mediante sutura barbada PDS 0, incluyendo el saco herniario abandonado, con el objetivo de limitar la formación de seromas. El defecto peritoneal, así como las laceraciones peritoneales, se reparan con sutura barbada PGA 3/0. La intervención concluye con la colocación de una prótesis preperitoneal de polipropileno de densidad media (20 × 30 cm), que cubra ampliamente los defectos herniarios y el área disecada. La paciente fue dada de alta el primer día posoperatorio, y tras 3 meses de seguimiento no presenta recurrencia ni otras complicaciones.

**Discusión:** El manejo de la pared abdominal en pacientes con obesidad mórbida es complejo y requiere un abordaje multidisciplinario e individualizado. Respecto a las técnicas abiertas tradicionales, la cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser segura y aportar importantes

beneficios en estos pacientes, como la detección de defectos ocultos y la reducción de complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica. El reciente desarrollo de técnicas endoscópicas modernas, como el eTEP-RS, permite realizar disecciones amplias, tratar defectos múltiples y colocar prótesis preperitoneales de gran tamaño, evitando las complicaciones asociadas al uso de mallas intraperitoneales y reduciendo el riesgo de recurrencias. Estudios comparativos en pacientes con IMC > 35 no muestran un aumento de complicaciones. El abordaje PeTEP integra las ventajas del abordaje endoscópico con la preservación del complejo músculo-aponeurótico de la pared abdominal, lo que contribuye a disminuir la morbilidad de la cirugía y a mejorar los resultados funcionales. Se requieren estudios para validar los resultados preliminares, pero las técnicas endoscópicas podrían representar la alternativa quirúrgica de elección para reparación de pared abdominal en pacientes con obesidad mórbida.