



## V-047 - EVENTROPLASTIA ENDOSCÓPICA PREPERITONEAL (PE-TEP): UNA TÉCNICA INDIVIDUALIZABLE A CADA ESCENARIO CLÍNICO

Román García de León, Laura<sup>1</sup>; Muñoz Rodríguez, Joaquín<sup>1</sup>; Blázquez Hernando, Luis<sup>2</sup>; Robin Valle de Lersundi, Alvaro<sup>3</sup>; García Ureña, Miguel Ángel<sup>3</sup>; Fidalgo Martínez, Celia<sup>1</sup>; Gil Cidoncha, Lucía<sup>1</sup>; López Monclús, Javier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>3</sup>Hospital de Henares, Coslada.

### Resumen

**Objetivos:** Presentar la eventroplastia endoscópica preperitoneal (Pe-TEP) como una opción terapéutica versátil, que permite adecuar el espacio de disección a cada caso clínico, en función de las características anatómicas y clínicas de cada paciente, sin las limitaciones de las barreras anatómicas generadas por las inserciones fasciales, facilitando así realizar un tratamiento individualizado en cada paciente.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 47 años con antecedente de tres cesáreas y posterior histerectomía con doble anexectomía, todas a través de una laparotomía de Pfannenstiel. Presentaba una eventración desde la región umbilical hasta el pubis con múltiples defectos pequeños en el seno de una cicatriz diastática de aproximadamente 6 cm; asociada a una hernia lateral derecha de 1,5 cm (clasificación EHS: M3M5W2 + L3W1). Presentaba así mismo una hernia inguinal izquierda. Se realizó una reparación endoscópica preperitoneal/pretransversalis (Pe-TEP) robótica con acceso craneal (*docking* superior), colocando una malla de polipropileno de 30 cm de longitud y 15 cm de extensión transversa en la parte craneal y 20 cm en la parte más caudal, lo que permitió cubrir todos los defectos de la paciente individualizando el espacio disecado. No hubo complicaciones intraoperatorias y la paciente fue dada de alta tras las primeras doce horas posoperatorias. No presenta recurrencias ni complicaciones a los dos meses de seguimiento.

**Discusión:** Las reparaciones posteriores se han consolidado como primera elección en el tratamiento de las hernias incisionales. La asociación de hernias de línea media y laterales se considera un problema complejo, donde la realización de una cobertura protésica que se extienda a todos los defectos se ve limitada por barreras anatómicas, como los límites de la hoja posterior de la vaina del recto. A diferencia de las técnicas retromusculares tradicionales, que requieren seccionar dichas barreras para ampliar el campo de disección (como en la técnica de Rives o la separación posterior de componentes), el abordaje Pe-TEP permite evitarlas al trabajar en el espacio preperitoneal/pretransversalis. Esta estrategia posibilita una disección adaptada a la topografía herniaria del paciente, evitando sobredisecciones y reduciendo así la morbilidad asociada. Su realización por vía endoscópica, especialmente con asistencia robótica, permite unificar todas las ventajas mencionadas con las atribuibles a la cirugía mínimamente invasiva, constituyendo una evolución significativa hacia procedimientos más seguros, eficaces y personalizados.