



V-049 - MADRID CROSSOVER: OPTIMIZACIÓN DEL DOCKING CRANEAL EN LA EVENTROPLASTIA ROBÓTICA ETEP

Muñoz Rodríguez, Joaquín M.¹; Román García de León, Laura¹; Robin Valle de Lersundi, Álvaro²; Blázquez Hernando, Luis Aberto³; Martínez Fidalgo, Celia¹; Soto Gómez, Ricardo¹; García Ureña, Miguel Ángel²; López Monclús, Javier¹

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

Resumen

Introducción: Una de las mayores dificultades a la hora de realizar una cirugía robótica extraperitoneal de la pared abdominal es el momento del *docking* robótico. Los *dockings* más utilizados en la cirugía robótica de pared abdominal extraperitoneal son el *docking* lateral y el *docking* caudal, sin embargo, existen situaciones como la localización del defecto o las preferencias del cirujano que requieren un abordaje craneal que debe ser iniciado por laparoscopia. Esta modificación mediante el acceso preperitoneal al romboide graso simplifica el *docking* craneal y ayuda a preservar los pedículos vasculonerviosos más craneales de la vaina de los rectos. Presentamos un vídeo en el que mostramos el tratamiento de una hernia incisional de línea media con múltiples defectos mediante un abordaje robótico con *docking* craneal realizando la modificación Madrid Crossover del eTEP.

Caso clínico: Paciente mujer de 75 años con antecedentes médicos de HTA y diabetes mellitus tipo II y antecedentes quirúrgicos de histerectomía a través de laparotomía media infraumbilical y hernioplastia epigástrica supraaponeurótica. Acude a consulta por recidiva de hernioplastia previa, la cicatriz infraumbilical no se encuentra eventrada. Se diagnosticó clínicamente como eventración M3 W1 según la clasificación de la European Hernia Society (EHS) y se confirmó con una tomografía computarizada apreciándose múltiples defectos primarios de línea media. Se propuso una reparación completa de la pared abdominal mediante abordaje robótico con técnica eTEP. Se accedió mediante trocar Hasson al romboide graso y se realizó una disección roma de espacio preperitoneal, posteriormente se colocaron 2 trocres de 8 mm a 6 cm del trocar previo. Se realizó una disección completamente preperitoneal/pretransversalis de los primeros 6 cm craneales de la pared abdominal bajo la hoja posterior de la vaina de los rectos y posteriormente se realizó una sección bilateral de ambas hojas posteriores para acceder al plano retrorrectal. Se continuó la intervención en el plano retrorrectal completando la disección bilateral hasta el ambivium y sección el borde medial de ambas vainas de los rectos para unificar los espacios. Se redujeron todos los defectos herniarios y se completó la disección hasta alcanzar el pubis. Hoja posterior se cerró con una sutura barbada en los defectos peritoneales presentes. Posteriormente, la línea alba se plicó con técnica de Inan mediante sutura barbada, cerrando todos los defectos de la pared abdominal. Se colocó una malla de polipropileno de 18 × 36 cm en el espacio retrorrectal sin fijación. La paciente fue dada de alta el primer día posoperatorio sin complicaciones. El seguimiento ambulatorio al mes y a los 6 meses no mostró signos de recurrencia herniaria.

Discusión: El abordaje robótico con acceso craneal preperitoneal facilita el *docking* craneal robótico y permite completar la técnica retromuscular eTEP sin lesionar los pedículos neurovasculares craneales,

permitiendo una reparación completa de la pared abdominal y la colocación de una malla de gran tamaño que cubra todo el espacio retromuscular disecado.