



VC-128 - PREHABILITACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA Y NEUMOPERITONEO PROGRESIVO ASOCIADO A ABORDAJE HÍBRIDO Y MÍNIMAMENTE INVASIVO (PAS-TAPP) EN LA HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE

Gómez Menchero, Julio¹; Lara Fernández, Yaiza¹; Franco Peñuelas, Concepcion¹; Aguilar Marquez, Ana¹; Lorence Tome, Irene¹; Gila Bohorquez, Antonio¹; García Moreno, Joaquín¹; Navarro Morales, Laura²

¹Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto; ²Hospital Quirón Sagrado Corazón, Sevilla.

Resumen

Objetivos: La hernia inguinoescrotal gigante (HIEG) es una entidad poco frecuente en nuestro medio y el manejo quirúrgico de la misma con pérdida de derecho a domicilio es un reto para el cirujano de pared abdominal. Se han descrito múltiples técnicas para aumentar el espacio intraabdominal y el neumoperitoneo progresivo (NPP) y la toxina botulínica (TB) han proporcionado buenos resultados en hernias complejas de línea media con pérdida de derecho a domicilio (PDD). La cirugía mínimamente invasiva (CMI) mediante TAPP asociado a abandono primario del saco (PAS) ha demostrado una baja tasa de complicaciones, recurrencia y dolor, tan solo un incremento en la tasa de seroma en la HIEG. A continuación, presentamos nuestra experiencia inicial y la técnica paso a paso mediante combinación de prehabilitación con NPP y TB, abordaje híbrido usando la técnica PAS-TAPP con exéresis vía convencional de saco.

Casos clínicos: Caso 1. Varón 55 a sin antecedentes de interés con HIEG L3 y H2 izquierda siguiendo la clasificación de la EHS. Caso 2. Varón de 58 a con antecedentes de HTA, DM diagnosticado de HIEG L3 S2 derecha. Se realizó TAC en ambos pacientes estimándose el índice de Tanaka en 30% y 25% respectivamente. TB se aplicó en ambos casos siguiendo la técnica de Ibarra 30 días previo a la intervención. Se realizó NPP durante 10 días previos tras implantar un catéter en hipocondrio izquierdo, realizando insuflaciones con una media de volumen entre 800-1.000 cc diario. Se realizó un abordaje laparoscópico en ambos casos vía TAPP usando tres trocares (5 y 11 mm). Los pasos técnicos fueron: Paso 1: reintroducción del contenido del saco a cavidad abdominal; Paso 2: creación de colgajo peritoneal desde el mismo borde del saco herniario, rodeándolo anterior y posteriormente, abandonando distalmente el saco en escroto. Paso 3: cierre del orificio herniario cuando es posible usando sutura barbada 0 no absorbible. Paso 4: colocación de malla preperitoneal autofijable (Progrid^R), fijándola a ligamento Cooper con *tacker* absorbible. Paso 5: cierre del colgajo peritoneal mediante sutura barbada 3,0 absorbible. Paso 6: incisión en escroto para disección de saco remanente y exéresis de este. Se utilizó un drenaje intraabdominal en el caso 1 que se retiró en 24 h. EVA al alta fue de 4 y 3 respectivamente. Actualmente no existen signos de recidiva ni dolor crónico 6 meses después de la intervención.

Discusión: El abordaje híbrido usando la técnica TAPP con PAS aporta las ventajas de la CMI (cosmética, dolor, infección) y se muestra como un procedimiento seguro que con buenos resultados

iniciales en nuestra experiencia en la HIEG con PDD. Una adecuada planificación mediante TAC para optimizar y la prehabilitación con TB y NPP en casos seleccionados puede contribuir a mejorar los resultados. No obstante, son necesarios más casos para alcanzar conclusiones a este respecto.