CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):2

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-007 - EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL RETROMUSCULAR. VENTAJAS DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE PARED ABDOMINAL MÍNIMAMENTE INVASIVO EVITANDO MALLAS INTRABDOMINALES

Bellido Luque, Juan; Cornejo Jurado, Isabel; Sánchez- Matamoros Martín, Inmaculada; Oliva Mompeán, Fernando; Nogales Muñoz, Ángel

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las principales desventajas de la reparación Laparoscópica de la hernia incisional son el uso de mallas intrabdominales y de fijación traumática. Los primeros implican el contacto de la prótesis con las asas de intestino delgado y el consiguiente riesgo de adherencias y fístulas. El uso de suturas helicoidales para la fijación protésica produce adherencias a dichas suturas y una incidencia no despreciable de dolor crónico. Con el uso de malla en posición retromuscular, evitamos el inconveniente del contacto con las asas. El abordaje laparoscópico mínimamente invasivo presenta una menor incidencia de infección protésica. Con el uso de mallas autofijables, el dolor agudo y crónico disminuye cuando se compara con el uso de suturas helicoidales.

Caso clínico: Presentamos paciente de 50 años que presenta hernia incisional de 7 cm de diámetro confirmada mediante TC preoperatorio, M3W2, con diástasis rectos asociadas. El paciente se sometió a un abordaje laparoscópico mediante acceso retromuscular transabdominal. Un trocar de 11 mm y dos de 5 mm se colocan en el flanco izquierdo. La vaina del recto posterior en el lado izquierdo se abre comenzando a 5 cm de distancia del defecto. Una vez que se diseca el espacio retromuscular, se libera el orificio de la hernia y se reduce el saco herniario, liberando todo el orificio de la hernia y continuando con la disección en el espacio retromuscular lateral del músculo recto derecho. La disección craneocaudal se prolonga 5 cm desde los márgenes de la hernia. El defecto y la diástasis se cierran usando la sutura continua V-loc. La vaina del recto posterior se cierra con la misma sutura continua. Se coloca malla autoadhesiva posteriormente en el espacio retromuscular creado. La malla debe sobrepasar 5 cm los márgenes del defecto, cubriendo ampliamente el defecto, con los "grips" hacia arriba. El último paso es cerrar la vaina del recto posterior junto con el peritoneo en el lado izquierdo, mediante sutura V-loc 3/0. El postoperatorio transcurrió sin incidentes y el paciente fue dado de alta 24 horas después de la cirugía. Tras 14 meses de seguimiento, no se muestra recurrencia clínica o radiológica.

Discusión: La combinación de abordaje laparoscópico, mallas retromusculares y el uso de mallas autoadhesivas, parece ser prometedora, ya que combina las ventajas de cada uno de ellos, evitando el uso de mallas intrabdominales y suturas helicoidales.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados