



www.elsevier.es/cirugia

V-024 - EVENTROPLASTIA E-TEP ROBÓTICA CON DOCKING "DOWN TO UP"

Marcos Santos, Pablo; Toledano Trincado, Miguel; Acebes García, Fernando; Bueno Cañones, Alejandro David; Veleda Belanche, Sandra; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; Maestro de Castro, José Luis; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: Presentamos en este caso una eventroplastia eTEP bajo abordaje robótico con realización de *docking* inferior a diferencia de un *docking* lateral.

Caso clínico: Paciente varón de 61 años con antecedentes de prostatectomía radical robótica en 2020 con hernia incisional supraumbilical secundaria a la incisión para la extracción de la pieza quirúrgica. A la exploración física se aprecia una hernia M2W2 reducible. El TC de abdomen preoperatorio informó de la presencia de una hernia supraumbilical con un cuello herniario con un diámetro de 8 cm con salida de colon transverso. Dados los hallazgos clínicos se planteó intervención quirúrgica para reparación de pared abdominal con eventroplastia eTEP por vía robótica. Se coloca al paciente en la mesa de quirófano en decúbito supino con las piernas separadas para permitir la entrada del robot a ese nivel y realizar un *docking* inferior. En primer lugar, realizamos un abordaje con balón dilatador a nivel del flanco izquierdo para disecar el espacio de Rives e iniciar el neumoperitoneo. Introducimos un trócar de 8 mm en fosa ilíaca izquierda y una pinza percutánea en fosa ilíaca izquierda para realizar por vía laparoscópica la disección del espacio preperitoneal, desde el lado izquierdo hasta realizar el *cross-over* y la disección del espacio contralateral y realizar el *docking* robótico a nivel inferior con 3 trócares robóticos de 8 mm. Realizamos una disección *down to up* de ambos espacios de Rives, con sección de la línea media hasta la hernia. Disección y apertura del saco herniario, con realización de *overlap* hasta región supraxifoidea a nivel del triángulo de Conce. Se realiza disección hasta ambas líneas semilunares y reborde costal. Se realiza cierre del peritoneo posterior con dos suturas barbadas reabsorbibles de 2/0 y cierre del defecto herniario en la fascia anterior con sutura barbada reabsorbible de 3/0 (defecto herniario de 7 cm ancho x 9 largo). Se coloca una malla a nivel retromuscular de prolipropileno de baja densidad y poro ancho fijada con Glutack (25 x 20 cm). Para finalizar la cirugía se deja colocado un drenaje a nivel retromuscular. El tiempo total de la cirugía fue de 2 h y 30 minutos. El paciente tras la intervención evolucionó favorablemente, con retirada del drenaje y alta a domicilio en el 2º día posoperatorio sin registrarse complicaciones.

Discusión: A la hora de plantearnos el tratamiento de defectos herniarios a nivel de la línea media superior, la realización de un *docking* y un *crossover* inferior, por debajo del ombligo, nos permite trabajar a nivel de un espacio preperitoneal y retromuscular virgen, que no ha sido alterado previamente. Las contraindicaciones relativas para realizar este abordaje serían pacientes con antecedentes de cesárea, cirugía pélvica u pacientes obesos con gran panículo adiposo.