



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-026 - INDICACIÓN EXTENDIDA DE LA APONEUROPLASTIA LAPAROSCÓPICA EXTRACORPÓREA DE LOS MÚSCULOS RECTOS (LIRA) EN LA HERNIA PARAOSTOMAL: EXPANDIENDO INDICACIONES

Navarro-Morales, Laura¹; Licardie-Bolaños, Eugenio¹; Gómez-Menchero, Julio¹; Alarcón del Agua, Isaias²; Socas-Macías, María²; López-Bernal, Francisco²; Senent-Boza, Ana²; Morales-Conde, Salvador²

¹Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La cirugía de la hernia paraostomal sigue siendo controvertida por las diferentes técnicas quirúrgicas, abierta (reparación simple, hernioplastia prefascial, retromuscular, intraperitoneal. Transposición del estoma) vs. laparoscópica (Keyhole, *sugarbaker*, técnica “sándwich”), de modo que el abordaje de las mismas plantean una situación compleja requiriendo individualización de la técnica. Parece que los estudios recientes muestran mejores resultados con la reparación vía laparoscópica sin que haya evidencia de cuál es la más adecuada. La aponeuroplastia intracorpórea de rectos laparoscópica (LIRA) es una técnica mínimamente invasiva para la reparación de las hernias incisionales de M2 a M4, pero utilizando los conceptos básicos de la técnica, permite una indicación extendida para otro tipo de hernias como son la suprapúbica, las laterales, o como es nuestro caso, la paraostomal.

Caso clínico: A propósito de dos casos, presentamos paso a paso la técnica de la aponeuroplastia laparoscópica como alternativa para en la reparación de la hernia paraostomal, como modificación de la técnica LIRA original. En el vídeo presentamos a una paciente de 56 años con IMC de 26,14 kg/m², con antecedente de AAP en 2012, que presentaba tumoración paraostomal sintomática. El examen clínico y la tomografía computarizada (TC) mostraron una hernia paraostomal tipo I reductible parcialmente, de 8 × 11 cm. El primer paso del procedimiento es liberar las adherencias y reducir el saco herniario siempre con control del eje vascular, evitando eventos isquémicos. No realizamos sutura primaria del defecto para evitar el dolor. Se continúa abriendo el peritoneo y el músculo transversal a 1-2 cm del borde del defecto similar a lo que se haría con la vaina posterior del músculo recto en el LIRA convencional. Se usó una sutura de monofilamento absorbible de larga duración 1/0 para cerrar el defecto, utilizando el músculo transversal, así como la vaina del recto posterior. Se reduce el neumoperitoneo para realizar las mediciones y adecuar la malla a las dimensiones a cubrir. La fijación de la misma se realiza mediante *tackers* irreabsorbibles y recubrimiento de pegamento de fibrina.

Discusión: La técnica LIRA garantiza una reconstrucción de la línea media, reforzando esta zona sin tensión en hernias ventrales, basándonos en esta condición aplicamos los conceptos en una hernia paraostomal siendo igualmente reproducible la técnica original, proporcionando las ventajas de la cirugía laparoscópica en términos de menos dolor y morbilidad, y apostando por la minimización de la tensión en comparación con el cierre primario, así como menor aparición de seroma.