



V-101 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO TOTALMENTE ENDOSCÓPICO DE LA HERNIA PARAESTOMAL (ETEP-PAULÍ). VENTAJAS DE LA COLOCACIÓN DE MALLA RETROMUSCULAR/PREPERITONEAL

Bellido Luque, Juan; García Reyes, Alberto; Sánchez-Matamoros, Inmaculada; Castillo, Juan Manuel; Nogales Muñoz, Ángel

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La incidencia general de la hernia paraestomal se estima en más del 50%. Existen diversas técnicas tanto abiertas como mínimamente invasivas para la corrección de este tipo de hernias. Diferentes estudios publicados en la literatura han demostrado que la liberación de músculo transverso del abdomen (TAR) es una técnica efectiva para reconstruir no solo hernias complejas de la línea media sino también hernias laterales. En 2016, Pauli et al. describieron una técnica novedosa para la hernioplastia paraestomal utilizando TAR mediante abordaje abierto combinado con una reparación modificada de Sugarbaker con buenos resultados. Actualmente es totalmente factible la realización de dicha técnica mediante el abordaje mínimamente invasivo totalmente endoscópico (eTEP-Pauli).

Caso clínico: Mujer de 56 años intervenida 5 años antes por adenocarcinoma de recto mediante amputación abdominoperineal laparoscópica, que acude a consultas por hernia paraestomal con varias crisis de incarceración. TC reveló hernia paraestomal de 5 cm de ancho asociada a hernia de línea media umbilical. Identificación mediante ecografía de la unión lateral de las láminas del músculo recto derecho con el objetivo de realizar una incisión sobre región subcostal derecha 1 cm medial a dicha unión. Se realiza incisión sobre la lámina anterior y se crea espacio retromuscular con balón de disección. Con la colocación de dos trocares accesorios de 11 y 5 mm, se incide el aspecto medial de la lámina posterior del músculo recto derecho a nivel epigástrico y se procede a realizar el *crossover* por encima de la grasa preperitoneal sin lesionar la línea alba. Tras identificación de la lámina posterior de la vaina del músculo recto izquierdo, se procede a la disección retromuscular izquierda. Mediante visión intraperitoneal se procede a la reducción del contenido y liberación del asa colónica. Se identifica el ligamento arcuato izquierdo y se realiza liberación del músculo transverso del abdomen evitando la lesión de haces neurovasculares y liberando completamente el orificio herniario en su cara posterior. Se procede posteriormente al cierre del defecto anterior con sutura barbada y a realizar una incisión horizontal peritoneal con el objetivo de lateralizar el muñón colónico, que se consigue con dos puntos que fijan el asa lateralmente a la pared abdominal. Tras ello se cierra el peritoneo y hoja posterior de la vaina del recto con sutura barbada. La cirugía finaliza con la colocación de malla PPL de 25 × 30 cm cubriendo completamente el espacio disecado. La prótesis se fija a ambos lados del asa colónica con dos suturas helicoidales con el objetivo de mantener el asa lateralizada con respecto al defecto herniario. El paciente fue dado de alta el día 2 posoperatorio, y tras 11 meses de seguimiento, no se identificaron complicaciones.

Discusión: Esta técnica ofrece diferentes ventajas; No precisa el uso de mallas recubiertas, minimizando los costes del procedimiento; El posicionamiento retromuscular de la malla permite una mejor integración y no

es necesario el uso de fijación traumática. Sin embargo, este procedimiento es complejo de realizar, y actualmente no existen resultados a largo plazo que apoyen su uso rutinario.