



V-174 - EVENTROPLASTIA ROBÓTICA SEGÚN TÉCNICA DE RIVES

Caiña Ruiz, Rubén; Cagigas Fernández, Carmen; Valbuena Jabares, Víctor; Gómez Ruiz, Marcos; Fernández Díaz, María José; Cristóbal Poch, Lidia; Suárez Pazos, Natalia; García Díaz, Rosa Ana

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: El auge de la cirugía robótica podría tener efectos beneficiosos en cuanto a la forma de abordar la patología de la pared abdominal facilitando el número de procedimientos realizados mediante cirugía mínimamente invasiva (CMI) ya que, el abordaje laparoscópico es técnicamente demandante, lo que lleva muchas veces a recurrir a cirugía abierta de entrada, abandonando los beneficios que nos ofrece la CMI. El objetivo principal de este vídeo es mostrar las ventajas que puede tener la cirugía robótica durante un procedimiento cotidiano como es una hernia incisional ventral.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 64 años con antecedente de una hemicolectomía derecha laparoscópica convertida a abierta por un adenocarcinoma de colon derecho. Durante el seguimiento, tres años después, se diagnostica de una eventración periumbilical con un anillo herniario de 5,7 cm de diámetro máximo en el TAC de abdomen de control. Se decide realizar una eventroplastia robótica según la técnica Rives. Para ello, se colocan 6 trócares de trabajo, 3 en flanco izquierdo de 8 mm y 3 en flanco derecho, 2 de 8 mm y 1 de 12 mm. En primer lugar, se reduce el saco herniario para, a continuación y, previa disección de los diferentes planos, cerrar la vaina anterior de los rectos con una sutura barbada de monofilamento absorbible (V-LocTM). Posteriormente se coloca una malla macroporosa autoadhesiva de poliéster y ácido poliláctico (ProgripTM) con unas dimensiones de 27 × 15 cm en posición retromuscular y finalmente se cierra la vaina posterior de los rectos y el peritoneo con la misma sutura que el plano anterior. El paciente es dado de alta a las 24 horas sin complicaciones.

Discusión: El abordaje robótico podría ser ventajoso a la hora de realizar una reparación óptima de la pared abdominal ya que facilita la disección de los diferentes planos de la pared abdominal lo que a su vez simplifica el proceso de cierre del defecto herniario y de colocación de la malla en posición retromuscular o preperitoneal, disminuyendo el contacto de la misma con estructuras intraabdominales así como el riesgo de seroma e infección de herida quirúrgica.