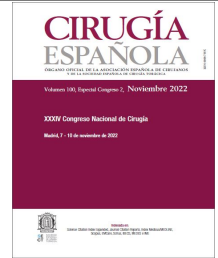




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-167 - REPARACIÓN TOTALMENTE ENDOSCÓPICA RETROMUSCULAR ASOCIADA A TOXINA BOTULÍNICA PREOPERATORIA EN EVENTRACIÓN COMPLEJA DE LÍNEA MEDIA

Bellido Luque, Juan<sup>1</sup>; Bellido Luque, Araceli<sup>2</sup>; Tejada Gómez, Antonio<sup>2</sup>; Licardie, Eugenio<sup>2</sup>; Sánchez-Matamoras, Inmaculada<sup>1</sup>; Nogales Muñoz, Angel<sup>1</sup>; Morales, Salvador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; <sup>2</sup>Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** la reparación de eventraciones de línea media por vía mínimamente invasiva de > 9-10 cm de anchura requiere algún tipo de liberación miofascial para conseguir la reconstrucción completa de la pared abdominal, medializando ambos músculos rectos en su ubicación original. El uso de toxina botulínica como prehabilitación operatoria en la reparación de eventraciones complejas está cada vez más extendido en cirugía abierta por los beneficios que su aplicación supone; Denervación química sin producir lesión física en estructuras nerviosas, disminuyendo las fuerzas de tensión lateral sobre el defecto herniario y elongación de la musculatura lateral del abdomen con el subsecuente aumento del volumen de la cavidad abdominal, permitiendo una reconstrucción completa de la pared abdominal sin tensión. sin embargo, en cirugía mínimamente invasiva está actualmente en proceso de implantación.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 49 años, intervenido de hernia inguinal derecha *lap*, colecistectomía laparoscópica y eventroplastia laparoscópica IPOM y posterior nefrectomía derecha laparoscópica que presenta nueva eventración M2M3W3. TAC abdominal muestra eventración de línea media de 9,5 cm de anchura, con saco conteniendo asas de intestino delgado, por desinserción del lado derecho de la prótesis previamente colocada en situación intraperitoneal la toxina botulínica tipo A se administró ambulatoriamente unas cuatro semanas antes de la reparación herniaria. la localización de los puntos se realiza mediante control ecográfico. Se administra 5 ml de Dysport en cada punto, en 5 puntos de cada lado del abdomen. El día de la cirugía se realiza nuevo TAC de pared abdominal en el que se objetiva una disminución del orificio herniario por la elongación de la musculatura lateral del abdomen. Posteriormente se realiza cirugía reparadora: eventroplastia totalmente endoscópica retromuscular (eTEP) con cierre de ambas hojas anteriores y posteriores de los músculos rectos sin tensión y colocación de malla retromuscular sin fijación traumática, consiguiendo la medialización de ambos músculos rectos y el cierre del defecto herniario sin necesidad de asociar una separación posterior tipo TAR.

**Discusión:** La combinación de toxina botulínica y la cirugía reparadora totalmente endoscópica eTEP en eventraciones complejas, permite el *downstaging*, evitando la liberación miofascial para conseguir la reconstrucción completa de la pared abdominal, la colocación de la prótesis fuera de la cavidad intraperitoneal y evitar el uso de fijación traumática, mejorando el confort posoperatorio de los pacientes intervenidos.