



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-166 - SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES CON LIBERACIÓN DEL MÚSCULO TRANSVERSO (TAR) BILATERAL LAPAROSCÓPICO EN GRAN DEFECTO DE LÍNEA MEDIA ASOCIADO A DEFECTO LATERAL

Lara Fernández, Yaiza; Guerrero Ramírez, Jose Luis; Gila Bohórquez, Antonio; de La Herranz Guerrero, Pablo; García Moreno, Joaquín Luis; Durán Ferreras, Ignacio; Gómez Menchero, Julio

Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

Resumen

Introducción y objetivos: La separación posterior de componentes con liberación del músculo transverso es una autoplasmia musculoaponeurótica que permite aproximar a línea media grandes defectos, incluso aquellas eventraciones asociadas a defectos laterales, que pueden suponer un gran desafío para el cirujano. Realizar este tipo de reparación con abordaje mínimamente invasivo, aporta grandes ventajas al paciente en términos de recuperación. El objetivo de este trabajo es exponer un caso de reparación mediante técnica TAR laparoscópica de una gran hernia de línea media asociada a un defecto lateral.

Caso clínico: Presentamos a un paciente varón de 65 años hipertenso, con antecedente quirúrgico de un Hartmann por diverticulitis aguda perforada con peritonitis fecaloidea con reconstrucción de tránsito y reparación de hernia paraestomal con implante de malla autoadhesiva de PPL retromuscular. El paciente presenta un defecto a nivel de línea media M2M3W3 medido en tomografía computarizada como $11,5 \times 12,5$ cm, asociado a pequeños defectos M1W1 y M4W1, además de debilidad lateral L2W2 (estoma previo), decidiéndose TAR bilateral laparoscópico tras valoración en sesión clínica. La técnica se ha realizado mediante abordaje mínimamente invasivo con colocación de trócares de 10 mm y dos de 5 mm paraumbilical primero en el lado derecho, para abordar en primer lugar el lado izquierdo previsiblemente más conflictivo por la cirugía previa, y posteriormente en el lado izquierdo. Se procedió a la liberación muy cuidadosa del importante síndrome adherencial presente, tanto a pared abdominal (sin lesionar la fascia posterior) como al saco herniario. En segundo lugar, se procedió a realizar la liberación del espacio de Rives izquierdo, para continuar con el tallado del espacio de Rossen de ese mismo lado mediante la técnica “Down to up”, identificando malla PPL autoadhesiva que se rechaza hacia arriba por estar íntimamente adherida al músculo oblicuo interno izquierdo. Se continuó la liberación del músculo transverso hasta el reborde costal extendiendo la disección al espacio subdiafragmático. Completamos la misma disección en el espacio contralateral. Se realizó el cierre de la lámina posterior con sutura barbada 0 completando el cierre de la hoja peritoneal correspondiente a la hernia paraestomal con sutura barbada 3/0. El cierre a nivel anterior se completó con dos suturas barbadas del 0 con inicio de estas a nivel suprapúbico y subxifoideo. Se utilizó para la hernioplasta una malla PVDF (DyneMesh®) 30×20 cm con fijación atraumática con cianocrilato. Finalmente se colocaron dos drenajes aspirativos a nivel retromuscular. El paciente fue alta a los 5 días posoperatorios sin incidencias. A 6 meses de seguimiento no presenta signos de recidiva ni dolor.

Discusión: La técnica TAR asociada a un abordaje mínimamente invasivo es útil y eficaz para el tratamiento de grandes hernias incisionales tanto de línea media como aquellas asociadas a un componente lateral,

obteniendo buenos resultados en cuanto a la recidiva y a la restauración de la funcionalidad de la pared abdominal. Es fundamental el manejo de estos pacientes por equipos expertos ya que, incluso en manos experimentadas, es una técnica que no está exenta de complicaciones y comorbilidad.