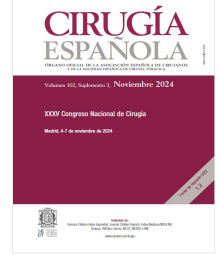




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-120 - ABORDAJE EXTRAPERITONEAL DE VISTA EXTENDIDA CON LIBERACIÓN DEL MÚSCULO TRANSVERSO DEL ABDOMEN (ETEP-TAR) PARA EL TRATAMIENTO DE HERNIA INCISIONAL LUMBAR RECIDIVADA W3

Calvo Espino, Pablo; Donat Garrido, María; Herrador Benito, Jorge; Rubio López, Laura; Dagnesses Fonseca, Javier Óscar; Páramo Zunzunegui, Javier; Drewniak Jakubowska, Justyna; Pérez Morera, Adelino Patricio

Hospital General de Móstoles, Móstoles.

Resumen

Introducción: Presentación de un caso de reparación laparoscópica con abordaje eTEP por vía retromuscular con liberación del transverso (TAR) por hernia incisional lumbar recidivada con defecto mayor de 10 centímetros (L4W3R según clasificación EHS).

Caso clínico: Mujer de 69 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de nefrectomía radical izquierda por retroperitoneoscopia por carcinoma renal de células claras grado I y posterior reparación de hernia incisional lumbar mediante eventroplastia abierta con colocación de malla de polipropileno en espacio supraaponeurótico. La paciente acude a consultas al año de la cirugía de la reparación con datos de recidiva herniaria, IMC 24,5. En la tomografía axial computarizada se objetiva defecto lumbar recidivado con malla previa desplazada (L4W3R). Se programa para intervención quirúrgica. Profilaxis antibiótica con Cefazolina 2 gramos, colocación en decúbito lateral derecho con flexión a nivel de cresta iliaca. Marcaje ecográfico de línea alba, línea semilunar y defecto lumbar. Acceso abierto a nivel periumbilical y disección con balón de espacio preperitoneal anterior, colocación de trocares Hasson (periumbilical), 5 mm espacio de Retzius y 5 mm en región epigástrica. Apertura *down to up* de línea semilunar, disección de espacio preperitoneal de caudal a craneal y de medial a lateral hasta exposición defecto herniario con tamaño de 10 × 5 cm. No se realiza cierre del defecto. Colocación de malla plana de polipropileno de 25 × 25 cm fijada con adhesivo mediante aplicador laparoscópico, colocación de drenaje Blake 15 mm. La paciente evoluciona favorablemente durante el posoperatorio siendo dada de alta en el segundo día posquirúrgico, sin presentar ninguna complicación ni datos de recidiva al año de la intervención quirúrgica.

Discusión: Consideramos que la técnica eTEP TAR para la reparación de defectos L4, es factible y segura. Ciertamente, presenta la desventaja de la dificultad técnica y el tiempo quirúrgico, pero tiene claros beneficios para los pacientes en el posoperatorio inmediato y tardío con una excelente y precoz recuperación para sus actividades de la vida diaria. Como punto crítico, indicar que no se realiza cierre del defecto, aunque decir que al año del seguimiento no presenta efecto *bullging* ni datos de recidiva. Consideramos que el abordaje eTEP TAR es una alternativa al TAP reverso para la reparación de hernias incisionales lumbares, proporcionando una clara disminución del dolor posoperatorio, así como otras complicaciones como seroma, sangrado e infección de herida quirúrgica. Si la comparamos con otros abordajes laparoscópicos, IPOM o TAPP, presenta la clara desventaja desde el punto de vista de la dificultad técnica, pero presenta una ventaja con respecto a posibles lesiones intestinales, íleo posoperatorio y menores incidencias de posteriores adherencias intraperitoneales con sus respectivas complicaciones.