



V-143 - E-TEP-TAR BILATERAL DE PUERTO INFERIOR + TEP BILATERAL

Nieto Romero de Ávila, Gema María¹; López Herreros, Javier¹; Veleda Belanche, Sandra¹; González de Godos, Andrea¹; Toledano Trincado, Miguel¹; Marcos Santos, Pablo¹; Villalobos Morí, Rafael²; Pacheco Sánchez, David¹

¹Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid; ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: Desde su aparición, la laparoscopia ha resultado ser una revolución para la realización de cirugías abdominales, y con ello, también de la pared abdominal. La técnica TAR (*Transversus Abdominis Release*) ha demostrado ser eficaz en grandes defectos aumentando la disección más allá de la línea semilunar, pero es una técnica de alta complejidad y más cuando se hace por cirugía mínimamente invasiva. La utilización de plataformas robóticas facilita esta técnica, aunque a veces la bilateralidad del procedimiento dificulta el abordaje.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 73 años sin alergias ni intolerancias conocidas, con dislipemia, DM2, SAOS con utilización de CPAP, EPOC portador de marcapasos. Quirúrgicamente, el paciente fue intervenido de catarata en ojo izquierdo, marcapasos por bloqueo trifascicular en 2020 y bypass aortofemoral por aneurisma de aorta en 2019. IMC 26,1. Presenta gran eventración M1-3 W2-3 junto a hernia inguinal bilateral. TAC: Eventración M1-3 W2-32 con diástasis de rectos de 9,5cm. Hernia inguinal derecha L3. Hernia inguinal izquierda L2. Ante estos hallazgos se decide realizar ETEP robótico + TAR bilateral + TEP bilateral.

Discusión: Mediante trócar Hasson y balón disector, creamos acceso retromuscular infraumbilical procediendo a la identificación y disección de sacos herniarios bilaterales inguinales y realizando la hernioplastia inguinal TEP bilateral con mallas preformadas. Con la disección en Retzius se realiza acceso robótico para la realización de TAR bilateral de acceso inferior de la eventración abdominal con cierre de fascia posterior y anterior de rectos del abdomen y colocación de malla Optilene Silvermesh 25 × 30 cm. El paciente fue dado de alta a los 4 días con buen estado físico y evolución favorable. Primera revisión a los 6 meses. El paciente presentaba buena cicatrización de heridas quirúrgicas sin presentar diástasis ni recidiva abdominal ni inguinal con buena dinámica abdominal. La técnica TAR permite abordar defectos de la pared abdominal de gran tamaño y lateralizados, consiguiendo una hernioplastia que cubre cualquier posible defecto y cierre por planos sin tensión en la aproximación de bordes consiguiendo su óptima localización. El abordaje inferior y superior supone un avance para la realización de la técnica TAR cuando es bilateral. La plataforma robótica mejora la ergonomía y facilita el procedimiento.