



VC-130 - ORQUIECTOMÍA + HERNIOPLASTIA INGUINAL TRANSABDOMINAL

Cisterne López, Cristian; Abón Arrojo, Rodrigo; Morante Perea, Ana Pilar; Macía Díaz, Manuel; Cuartero Desviat, Beatriz; Rodríguez Marín, Daniela; Contreras García, Candelas; Martínez Cortijo, Sagrario

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: Las hernias de pared abdominal son una de las patologías más frecuentes en un servicio de Cirugía General y, en concreto, las hernias inguinales representan el porcentaje mayoritario de las mismas. A día de hoy, el tratamiento quirúrgico de elección en la cirugía de la hernia inguinal es la reparación laparoscópica, salvo escasas contraindicaciones. La criptorquidia es una de las malformaciones congénitas más frecuentes. La mayoría de los casos suelen resolverse espontáneamente en el primer año de vida. Cuando el testículo, pasada la adolescencia, no ha descendido o no se ha fijado quirúrgicamente, la orquitectomía es el tratamiento de elección dado el riesgo de degeneración maligna a neoplasia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 32 años sin antecedentes personales de interés remitido a nuestras consultas por sospecha de hernia inguinal derecha asociada a ausencia de testículo ipsilateral en bolsa escrotal. Se solicita ecografía que confirma el diagnóstico de hernia inguinal derecha y criptorquidia con testículo intraabdominal. La hernioplastia inguinal laparoscópica (TAPP) es una técnica de reparación mínimamente invasiva de la hernia inguinal realizada habitualmente por cirujanos generales expertos en pared abdominal. En este caso, y tras consensuarlo con los cirujanos del servicio de Uroología, se decidió que era el abordaje idóneo para abordar ambas patologías en un único acto quirúrgico. Técnica quirúrgica: accedemos a la cavidad peritoneal con la disposición de trócares habitual de la hernioplastia inguinal transabdominal preperitoneal (TAPP). Localizamos el testículo en su entrada al orificio inguinal profundo. Lo liberamos de sus adherencias al peritoneo, disecamos los elementos del cordón espermático, los ligamos y finalizamos la orquitectomía. Posteriormente, creamos un *flap* de peritoneo y disecamos el espacio preperitoneal hasta localizar el pubis y ligamento de Cooper. Reducimos el contenido y propio saco herniario, que era de gran tamaño y estaba íntimamente adherido al escroto. Colocamos una malla de polipropileno preformada cubriendo todo el orificio miopectíneo de Fruchaud y la fijamos al Cooper con sistemas de fijación reabsorbibles. Cerramos el peritoneo con una sutura continua barbada monofilamento reabsorbible de 3/0.