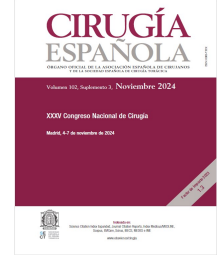




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-102 - VÍA TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL EXTENDIDA (ETEP) ROBÓTICA CON ABORDAJE INFERIOR ASOCIADO A DISPOSITIVO DE TRACCIÓN FASCIAL INTRAOPERATORIA (FASCIOTENS®)

Bergillos Giménez, Manuel; Naranjo Torres, Álvaro; Pérez de Villar Vivas, José Manuel; Gómez Dueñas, Gonzalo; Espinosa Redondo, María Esther; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: En los últimos años han surgido diversas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas para la reparación de hernias incisionales. Destacan aquellas en la que se coloca una malla en posición extraperitoneal. El abordaje robótico ha ido adquiriendo importancia en los últimos años. Uno de los mayores retos a los que se enfrentaba inicialmente este abordaje era la correcta colocación extraperitoneal de los trócares, ya que en función de la localización del defecto habrá que realizar un *docking* distinto. Este puede ser inferior, superior o lateral. Nos centraremos en el *docking* inferior, utilizado cuando tenemos, sobre todo, defecto supraumbilical. Se requiere una disección preperitoneal por debajo de la línea arqueada (retzius y bogros), que permitirá colocar los 3 trócares robóticos y posteriormente llevar a cabo la disección retromuscular bilateral y preperitoneal a nivel de la línea media. Presentamos un vídeo con el objetivo de explicar de manera minuciosa como realizar una eventroplastia mediante técnica eTEP robótico con abordaje inferior + FASCIOTENS®.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 69 años sin patología de base destacable. Presenta una hernia incisional M2-M4 W3 + diástasis de rectos secundaria a intervención quirúrgica urgente. Para la disección inicial del espacio preperitoneal infraumbilical se empleó un trócar con balón expansor a nivel hipogástrico. Posteriormente se colocaron 3 trócares robóticos en FID (12 mm), FII (8 mm) y suprapúbico (8 mm) y se realizó *docking* inferior. Comenzamos realizando el *cross-over*, para poder llevar a cabo la disección retromuscular bilateral, y preperitoneal a nivel de línea media, hasta llegar a nivel subxifoideo. Tras esto se procede a cerrar la fascia posterior de ambos músculos rectos con sutura barbada. Medimos dimensiones de espacio retromuscular con regla y confeccionamos malla de PLP 30 × 30 para introducir por trocar de 12 mm. Se coloca nivel retromuscular sin fijar. Llegado este momento comenzamos con la preparación para colocar Fasciotens®. Damos 6 puntos con Vycril 2/0 en fascia anterior a cada lado y exteriorización de estos con Endo Close®. Se monta sistema y se mantiene durante 30 minutos con una tensión de 14-20 kg. Por último, se cierra fascia anterior sin tensión con sutura barbada V-LOC® 2/0. La plataforma robótica utilizada ha sido Da Vinci Xi.

Discusión: Ante este caso podrían plantearse varias técnicas quirúrgicas. Por un lado, tendríamos aquellas que nos permitirán abordar la hernia de manera directa, sin necesidad de preacondicionamiento. Estas serían RIVES/TAR y, como opción mínimamente invasiva, eTEP robótico + Fasciotens®. Otra opción sería realizar un pre-acondicionamiento con toxina botulínica y posteriormente llevar a cabo técnicas “menos agresivas”; como una reparación abierta según técnica RIVES o técnicas mínimamente invasivas como IPOM plus,

LIRA o eTEP. Nuestra elección fue eTEP robótico + Fasciotens[®], ya que nos aporta los beneficios de la técnica eTEP; reparación retromuscular, cierre del defecto fascial posterior, restauración de la línea media y colocación de malla protésica de tamaño suficiente. Además, gracias al dispositivo Fasciotens[®] podemos realizar una reparación directa y mínimamente invasiva sin necesidad de preacondicionamiento, en defectos de gran tamaño, como era este caso.