



VC-101 - HERNIA LATERAL CON INCLUSIÓN DE LÓBULO HEPÁTICO DERECHO TRAS RESECCIÓN DE CONDROSARCOMA COSTAL

Borrego Canovaca, Sandra; Tinoco González, José; Sánchez Arteaga, Alejandro; Tallón Aguilar, Luis; Moreno Suero, Francisco; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las hernias incisionales laterales surgen entre la línea alba y los músculos paraespinales posteriores y entre la cresta ilíaca y el margen costal. Estos límites anatómicos suponen una dificultad para su manejo dada la cercanía de las estructuras óseas y escasez de tejido aponeurótico. Según la bibliografía disponible, no existe aún consenso sobre la mejor estrategia quirúrgica. Las variantes quirúrgicas incluyen abordajes laparoendoscópicos, robóticos, mínimamente invasivos, abiertos o híbridos. De hecho, hay muy pocos informes que se centren en reparaciones robóticas. Sin embargo, en la literatura se evidencia una menor morbilidad y recidiva mediante la técnica laparo-endoscópica respecto a la abierta. En general, el abordaje transabdominal (TAPP) evita una separación del componente posterior, en contraposición al abordaje extraperitoneal (TEP) que preserva la estructura retromuscular para futuras reparaciones.

Caso clínico: En nuestro caso presentamos una paciente de 67 años cuyos antecedentes personales destacamos resección en 2017 de un condrosarcoma T2N0M0 de la 11.^a costilla (actualmente libre de enfermedad) la cual es valorada en consulta debido a una tumoración a nivel intercostal entre el 11.^º y 12.^º arco costal derecho asociado a molestias locales. A la exploración se evidencia una eventración L1W2 junto a un defecto de unos 8 cm, difícil de reducir. Se realiza como prueba complementaria un TAC de tórax objetivando una herniación parcial del lóbulo hepático derecho a nivel intercostal (entre el 11.^º y 12.^º arcos costales). Dado los hallazgos clínicos se consensua la realización de un TAPP lateral robótico. Para ello contaremos con la asistencia robótica de Da Vinci Xi colocando 3 trócares de 8 mm en disposición vertical a lo largo del músculo recto izquierdo (hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda). Una vez dentro de la cavidad hallamos la impronta del lóbulo hepático derecho hacia la eventración lateral sin otras lesiones asociadas. Posteriormente crearemos el *flap* preperitoneal a nivel de la inserción del músculo transverso junto a la liberación del mismo y del diafragma hasta identificar la 11.^a y 12.^a costilla derecha. Disecamos el anillo herniario de 6 × 8 cm con un margen inferior de 2-3 cm el cual se cierra mediante sutura continua barbada 1/0 aunque con dificultad debido a las estructuras óseas próximas. Colocamos la malla previamente confeccionada de polipropileno de 15 × 15 cm y realizamos el cierre del *flap* peritoneal mediante sutura barbada continua 3/0. La paciente es dada de alta en el día como cirugía mayor ambulatoria sin incidencias.

Discusión: Como conclusión determinamos que la tanto la selección de los pacientes y la

planificación preoperatoria (evaluar el defecto, contenido, presencia de malla previa) continúa resultando una parte importante del manejo de las hernias incisionales laterales. En nuestro caso, el abordaje robótico puede ofrecer como ventaja una mejor visualización, una sutura intracorpórea mejorada, una disección más amplia y la posibilidad de utilizar una malla grande para minimizar anomalías de la pared abdominal. Palabras clave: Hernia lateral, hernia incisional, robot.