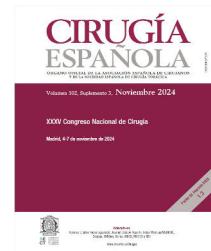




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-068 - REPARACIÓN ROBÓTICA DE HERNIA INTERCOSTAL ABDOMINAL ADQUIRIDA SECUNDARIA A CUADRO TUSIVO

Trébol López, Jacobo; Esteban Velasco, María del Carmen; Díaz Maag, Carlos Rafael; Iglesias Iglesias, Manuel; González Fernández, Luis Miguel; Alcázar Montero, José Antonio

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

### Resumen

**Introducción:** La herniación a través de espacios intercostales es muy infrecuente. Las hernias intercostales pueden ser transdiafragmáticas (con lesión de diafragma) o abdominales (con diafragma íntegro). Las abdominales son excepcionales (menos de 30 reportadas) y su origen es en un 65% traumático, en 20% tras cirugías previas y en un 15% no hay causa establecida. El traumatismo desencadenante puede ser tan leve como un cuadro tusivo. Presentamos una hernia intercostal abdominal tras un cuadro tusivo tratada mediante abordaje laparoscópico transabdominal con asistencia robótica.

**Caso clínico:** Mujer de 69 años. Como antecedentes destacar: IMC 35,6 Kg/m<sup>2</sup>, tosedora crónica y fumadora (25 paq-año). Tras cuadro tusivo muy intenso refiere aparición de tumoración intermitente y dolorosa en flanco izquierdo que crece progresivamente. A la exploración se objetiva en bipedestación tumoración en línea medioaxilar bajo reborde costal que aumenta con Valsalva y se reduce en decúbito, con un defecto incompleto de unos 4 traveses de dedo. La TAC confirma abombamiento de la zona con pseudoartrosis por fractura antigua desplazada en tercio medio de la 9<sup>a</sup> costilla izquierda, asociando arrancamiento parcial de musculatura anterolateral abdominal como origen del defecto herniario. Se solicita abstinenza tabáquica y se propone reparación laparoscópica-robótica transabdominal. Acceso con 3 trócares robóticos en flanco derecho y accesorio de 5 mm (fosa ilíaca izquierda). Hallazgos: defecto intercostal de unos 8 cm entre 9.<sup>a</sup> y 10.<sup>a</sup> costilla por arrancamiento de oblicuo interno y transverso por el que protruyen colon y epiplón. Se realiza disección preperitoneal superando mínimo 5 cm el defecto en todos sus ejes, reducción del defecto mediante sutura Vlok 180 2/0<sup>TM</sup> y colocación de malla de polipropileno de 60 g/m<sup>2</sup> y poro de 1,5 mm que se fija con Glubran2<sup>®</sup> y tacker Absorbatack<sup>™</sup>. Cierre colgajo peritoneal con Vlok90 2/0<sup>TM</sup>. Se coloca 2.<sup>a</sup> malla del mismo tipo supraaponeurótica de 14 × 12 cm fijada con Monomax<sup>®</sup> 2/0 y Glubran2<sup>®</sup> a 8.<sup>a</sup>-9.<sup>a</sup> costillas, dorsal ancho y aponeurosis anterior. Evolución posoperatoria: alta al tercer día por descenso de saturación al retirar O2 que obliga a mantenerlo 48 horas. Al mes se drena seroma de 20 cc y al 4.<sup>º</sup> mes se realiza control TAC porque la paciente refiere asimetría, con exploración normal, que confirma continencia y ausencia de complicaciones.

**Discusión:** Estas hernias son excepcionales y su tratamiento un reto por la escasa casuística. Pueden aparecer con traumas menores como una tos intensa. La localización más frecuente es bajo la 9<sup>a</sup> costilla, sin clara lateralidad. La principal herramienta diagnóstica es la TAC. Hasta 15% de las

publicadas estaban incarceradas o incluso estranguladas. Están descritos abordajes torácicos (toracotomía) o abdominales (laparotomía o laparoscopia sin/con robot) y reparaciones con y sin prótesis, siendo más frecuentes las reparaciones protésicas. La tasa de recurrencia se acerca al 30%. En nuestro caso el abordaje laparoscópico-robótico permitió implantar una gran prótesis en un abdomen sin incisiones previas con un posoperatorio confortable, aunque no permitió recolocar la 9.<sup>a</sup> costilla al estar ya consolidada su fractura. Pensamos que la implantación de prótesis en 2 planos debería reducir la alta tasa de recurrencia reportada.