



V-104 - ETEP ROBÓTICO ABORDAJE SUPERIOR + HEMITAR IZQUIERDO PAULI + TEP IZQUIERDO

Nieto Romero de Ávila, Gema María; López Herreros, Javier; Veleda Belanche, Sandra; González de Godos, Andrea; Estébanez Peláez, Guillermo; Toledano Trincado, Miguel; García-Abril Alonso, José María; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La hernia paraestomal supone una complicación importante que llega a afectar hasta el 50% de los pacientes ostomizados. Existen diversidad de técnicas para reparar este tipo de defectos, todas ellas con resultados dispares, pero con alto porcentaje de recidivas. La nueva técnica que combina la colocación de una malla retrorrectal y preperitoneal con cierre del defecto y realización de Hemitar, técnica de Pauli, presenta resultados esperanzadores.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 77 años sin alergias ni intolerancias conocidas y sin antecedentes médicos de interés. Como antecedentes quirúrgicos, apendicectomía en su juventud, herniorrafia inguinal derecha en 2017 y amputación abdomino-perineal laparoscópica en julio de 2020. IMC 28,35. El paciente presentaba una hernia paracolostómica L3W2 además de hernia inguinal izquierda. TAC: Hernia paracolostómica L3 W3 de 6 cm, hernia M3 umbilical de 3 cm, diástasis de rectos de 4 cm y hernia inguinal izquierda L2. Ante estos hallazgos se decide realización de ETEP robótico con abordaje superior + HEMITAR izquierdo PAULI + TEP izquierdo.

Discusión: El procedimiento quirúrgico que se llevó a cabo, a través de apertura de fascia anterior y acceso al espacio retrorrectal. Con balón disector se realiza tunelización del espacio de Rives para proceder al *docking* superior robótico. Se realizó la disección del espacio de Rives con disección de la gran hernia paracolostómica. Identificación y reducción de hernia inguinal izquierda, TEP, con colocación de malla preformada de polipropileno. Hemitar izquierdo de arriba abajo, cierre de fascia posterior dejando parietalizada la colostomía con colocación de malla IPOM 30 × 28 cm en el plano retromuscular y prefascial y fijación pericolostómica de la misma. El paciente fue dado de alta al 4.^º día posoperatorio con buena evolución y estado físico favorable. Revisado el paciente a los 6 meses se encuentra asintomático, sin recidiva herniaria en ostomía ni en fosa inguinal y con buena movilidad muscular. Pese a no tener a día de hoy resultados a largo plazo de lo que supone la realización de la técnica de PAULI, a través de esta técnica colocamos la malla en el espacio retromuscular consiguiendo una mejor integración de la misma, y probablemente menor porcentaje de recidiva. La utilización de la plataforma robótica facilita la cirugía y sobre todo la fase reconstructiva de la técnica.