



## V-105 - ABORDAJE CRANEAL DEL ETEP PREPERITONEAL (PETEP) EN PACIENTE CON MÚLTIPLES HERNIAS VENTRALES PRIMARIAS Y HERNIA INGUINAL DERECHA

Muñoz Rodríguez, Joaquín M.<sup>1</sup>; Román García de León, Laura<sup>1</sup>; Fernández Rodríguez, Manuel<sup>1</sup>; Medina Pedrique, Manuel<sup>2</sup>; Blázquez Hernando, Luis<sup>3</sup>; Robin Valle de Lersundi, Álvaro<sup>2</sup>; García Ureña, Miguel Ángel<sup>2</sup>; López Monclús, Javier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; <sup>2</sup>Hospital de Henares, Coslada; <sup>3</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La existencia de múltiples defectos primarios de línea media exige la corrección de todos ellos con una malla que sobrepase ampliamente todos los defectos. En ocasiones, el abordaje eTEP clásico ha sido criticado por la posibilidad de estar “sobretratando” pacientes con defectos primarios. La reparación preperitoneal eTEP (PeTEP) permite implantar mallas del mismo tamaño que el abordaje eTEP clásico preservando integral el espacio retrorrectal. La modificación del PeTEP mediante el abordaje craneal permite tratar también pacientes que asocian hernias inguinales sincrónicas. Presentamos un vídeo de la modificación craneal del PeTEP para tratamiento de hernias ventrales primarias múltiples y hernia inguinal derecha sincrónica.

**Caso clínico:** Paciente varón de 42 años con antecedentes médicos de alergia a penicilinas y obesidad grado I acude a consulta por múltiples defectos de línea media primarios asociados a hernia inguinal derecha. En la exploración física se evidenció una hernia epigástrica y otra umbilical, así como una hernia inguinal derecha, se solicitó una tomografía computarizada que evidenció otro defecto oculto. Se propuso una reparación completa de la línea media y hernioplastia inguinal derecha mediante abordaje endoscópico. Tras acceder al espacio preperitoneal en la región subxifoidea se realizó una disección roma del romboide graso preperitoneal y se accedió mediante trocar Hasson al espacio preperitoneal. Tras ampliar el espacio con disección roma con la óptica se colocaron 2 trocares en ambos hipocondrios. Se realizó una disección completa del espacio preperitoneal por debajo de la línea alba, reduciéndose todos los defectos herniarios, y posteriormente se cambió del plano preperitoneal al plano pretransversalis para realizar la disección lateral por debajo de la hoja posterior de la vaina de los rectos hasta alcanzar la línea semilunar. Se añadió un trocar accesorio en flanco izquierdo para la disección de la hernia inguinal derecha. Durante la disección de uno de los sacos herniarios, se produjo una apertura del peritoneo, suturándose mediante sutura barbada. Posteriormente, se cerró el defecto epigástrico con sutura barbada. Se colocó una malla de polipropileno anatómica en la región inguinal derecha y otra malla de polipropileno recortada de 30 x 15 cm en el espacio preperitoneal sin fijación. El paciente fue dada de alta el segundo día posoperatorio sin complicaciones. El seguimiento ambulatorio a los 6 meses no mostró signos de recurrencia herniaria.

**Discusión:** La reconstrucción preperitoneal endoscópica de la pared abdominal (PeTEP) es una alternativa al eTEP clásico para el tratamiento de defectos primarios de línea media múltiples o asociados a diástasis de los rectos, permitiendo realizar una reparación completa de la pared abdominal sin acceder al espacio retrorrectal. La modificación del PeTEP con un acceso craneal a través del romboide graso permite el tratamiento de defectos infrumbilicales, así como de hernias inguinal sincrónicas, aportando una mayor ergonomía quirúrgica que el acceso caudal clásico.