



## VC-141 - TRATAMIENTO DE EVENTRACIÓN INTRAPARIETAL MEDIANTE ABORDAJE ETEP PREPERITONEAL (PETEP) CRANEAL

Muñoz Rodríguez, Joaquín M.<sup>1</sup>; Román García de León, Laura<sup>1</sup>; Fidalgo Martínez, Celia<sup>1</sup>; Grillo Marín, Cristian<sup>1</sup>; Valle de Lersundi, Álvaro<sup>2</sup>; Blázquez Hernando, Luis<sup>3</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:** Las eventraciones intraparietales metacrónicas suponen un desafío diagnóstico en el que una alta sospecha y la realización de una prueba de imagen son imprescindibles para su detección. La reparación preperitoneal eTEP (PeTEP) permite implantar mallas que cubran ampliamente el defecto sin la necesidad de acceder al espacio retrorrectal. La modificación del PeTEP mediante el abordaje craneal permite el acceso al plano preperitoneal en los casos en los que el abordaje caudal clásico no es posible.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 62 años con antecedentes médicos destacables de diabetes mellitus tipo II, lupus cutáneo y obesidad grado I. Presenta una amplia historia de múltiples cirugías de pared abdominal: IPOM laparoscópico en 2008 por hernia de Spiegel izquierda, nuevo IPOM laparoscópico en 2009 por recidiva de la hernia de Spiegel izquierda, eventroplastia abierta intermuscular por nueva recidiva en 2010, colocación de neuroestimulador por dolor crónico en 2012 y eventroplastia eTEP unilateral derecho por eventración de trocar laparoscópico en FID en 2022. Acude a consulta por dolor en HCD y sensación de bultoma interno. En la exploración física se evidenció un abombamiento en HCD sin palpar defecto herniario por lo que se solicitó una tomografía computarizada, cuyas imágenes hacían sospechar también de posible eventración intraparietal. Se propuso una laparoscopia exploradora para confirmar los hallazgos y eventroplastia. Tras acceder a la cavidad intraabdominal y confirmar la sospecha clínica se decidió abordaje preperitoneal endoscópico. 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 recolocó el trocar óptico de la laparoscópica exploradora en el espacio preperitoneal y se añadió otro trocar en línea media. Se realizó una disección completa del espacio preperitoneal/*pretransversalis* rodeando el defecto. Tras la apertura de los bordes del defecto se redujo el epiplón incarcerado en el espacio retrorrectal y se continuó la disección del plano preperitoneal/*pretransversalis* hasta alcanzar la línea axilar anterior. Se cerró el defecto peritoneal con sutura barbada. Posteriormente, se suturó el defecto de la hoja posterior de la vaina de los rectos con sutura barbada. Se colocó una malla de polipropileno recortada de 15 x 16 cm en el espacio preperitoneal sin fijación. La paciente fue dada de alta el primer día posoperatorio sin complicaciones. Con un seguimiento de 6 meses, se ha evidenciado una desaparición de los síntomas y no presenta 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 de pared abdominal permitiendo realizar una reparación completa sin acceder al espacio retrorrectal. La modificación del PeTEP con un acceso craneal a través del romboide graso permite un fácil acceso al plano preperitoneal en las situaciones en las que el acceso caudal no sea posible, aportando además una mayor ergonomía quirúrgica que el acceso caudal clásico.