

## COMUNICACIONES ORALES TIPO VÍDEO

### VI 01 Hernioplastia sin tensión en el tratamiento de la hernia inguino-crural complicada

López Rojo Irene, Huarachi Guarachi Miguel Ángel, Bernal Sánchez Enriqueta, González Ayora Santiago, Torres Alfonso José Ramón, Barambio Buendía Javier, Qian Zhang Siyuan, Hernández Villafranca Sergio, Sánchez Argüeso Arsenio, Orihuela Arroyo Pilar, Celdrán Uriarte Ángel

*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)*

**Introducción:** El tratamiento de las hernias inguino-crurales complicadas es un tema controvertido. La isquemia producida por el compromiso vascular puede llevar a la contaminación bacteriana por translocación, e incluso a la necrosis y perforación del asa intestinal herniada, convirtiendo la reparación en una “cirugía sucia”. Además, estas circunstancias obligarían a una resección intestinal y posterior reconstrucción digestiva que se haría difícil a través un acceso inguinal, impidiendo la colocación de una prótesis por el riesgo de infección.

**Objetivo:** Presentamos una técnica quirúrgica que permite el tratamiento de las hernias inguinales complicadas, sobre todo con compromiso vascular de su contenido, aislando, de la mejor forma posible, el tratamiento del mismo del de la realización de una hernioplastia, y esta a su vez de la región inguinal, potencialmente contaminada.

**Material y métodos:** La intervención se lleva a cabo a través de una incisión en línea media infraumbilical. Una vez realizada, se abre el peritoneo para reducir y tratar el contenido herniario desde la cavidad abdominal, sin abrir el saco herniario. Posteriormente se cierra el aquel y se disecciona el espacio preperitoneal para colocar una prótesis de polipropileno en el mismo, fijada al ligamento de Cooper.

**Conclusión:** La reparación de hernias inguino-crurales complicadas por vía posterior es un procedimiento que puede aumentar la seguridad de una cirugía realizada habitualmente en el ámbito de la Urgencia, al permitir el tratamiento del contenido herniario a través de la cavidad abdominal y colocar una prótesis separada del área inguino-crural potencialmente contaminada o sucia.

### VI 02 Importancia del TAPP en el diagnóstico y reparación de hernias no diagnosticadas preoperatoriamente

Pérez Santiago Leticia, Jover Bagues Ricard, Martí Cuñat Elena, Calvete Chornet Julio, Ortega Serrano Joaquín

*Hospital Malvarrosa. Valencia (España)*

**Objetivos:** Presentar un vídeo de una reparación de hernia de Spiegel mediante TAPP con diagnóstico y reparación intraoperatoria de hernia inguinal indirecta y crural izquierdas asociadas.

**Material y método:** Mujer de 62 años con antecedentes de *by-pass* gástrico en 2015 con pérdida de 50 kg que consulta por tumoración en fosa iliaca izquierda que en una ecografía confirma que se trata de un defecto de pared compatible con una hernia de Spiegel. Se decide reparación laparoscópica tipo TAPP.

**Técnica:** Se realiza neumoperitoneo con aguja de Veres en vacío derecho, evidenciando Hernia de Spiegel izquierda. Se liberan adherencias y se accede al espacio preperitoneal con disección y reducción del saco herniario. Intraoperatoriamente se evidencia además una hernia crural e inguinal de contenido graso, no diagnosticadas previamente. Se procede a reducción del contenido graso de ambas hernias. Se coloca una malla Ventralight echo BARD Davol inc de 15 cm en espacio preperitoneal bajo visión directa, que recubre los tres defectos y se fija con grapas reabsorbibles. Finalmente se realiza cierre peritoneal con sutura barbada. La paciente es dada de alta a las 24 horas, no presentó complicaciones y no precisó tratamiento analgésico en el posoperatorio.

**Resultados:** Reparación de las tres hernias sin signos de recidiva en la actualidad.

**Conclusiones:** El TAPP permite diagnosticar y tratar intraoperatoriamente otras hernias no diagnosticadas preoperatoriamente. Por otra parte, la vía TAPP permite un mejor control analgésico que la vía abierta en la reparación de las hernias de Spiegel.

### VI 03 La hernioplastia sin tensión en el tratamiento de las hernias inguino-crurales

Sánchez Argüeso Arsenio, Bernal Sánchez Enriqueta, González Ayora Santiago, Orihuela Arroyo Pilar, López Rojo Irene, Barambio Buendía Javier, Celdrán Uriarte Ángel

*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)*

**Objetivo:** Se presenta un método de tratamiento de las hernias inguino-crurales mediante técnicas de hernioplastia sin tensión, teniendo en cuenta la anatomía de la región inguinal, fundamentalmente el anillo musculopectíneo descrito por Fruchaud, y los factores etiopatogénicos que las causan.

**Material y métodos:** La persistencia del conducto peritoneovaginal y la debilidad de los mecanismos de cierre del orificio inguinal profundo dan origen a la aparición de hernias inguinales indirectas que tratamos mediante la técnica de Lichtenstein, creando un mecanismo de cierre a nivel del orificio inguinal profundo. La única barrera de contención anatómica

en el anillo musculopéctineo de Fruchaud es la fascia transversalis. Un deterioro del tejido conjuntivo conduce a la aparición de hernias inguinales directas y hernias crurales. Estas hernias deben ser tratadas mediante un refuerzo de dicha fascia en todo el anillo musculopéctineo, empleando la técnica descrita por Celdrán.

**Conclusión:** La reparación de las hernias inguinocrurales mediante técnicas de hernioplastia sin tensión por un abordaje anterior debe estar basada en las peculiaridades anatómicas de la región inguinal y los factores etiopatogénicos que originan las mismas.

#### VI 04 Reparación laparoscópica preperitoneal transabdominal (TAPP) de la hernia de Spiegel

Pérez Santiago Leticia, Lapeña Rodríguez María, Martí Cuñat Elena, Calvete Chornet Julio, Ortega Serrano Joaquín

*Hospital Malvarrosa. Valencia (España)*

**Introducción y objetivos:** La hernia de Spiegel, variedad poco frecuente (1%) de defecto en la pared abdominal, aparece en el borde externo de la línea semilunar, generalmente a nivel infraumbilical. Son más frecuentes en mujeres a partir de los cincuenta años, y para su tratamiento quirúrgico el abordaje laparoscópico es una de las indicaciones más aceptadas, que permite además realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

**Material y métodos:** Mujer de 69 años que consulta por tumoración reductible a nivel de fosa iliaca derecha (FID) que la exploración se corresponde con una probable hernia de Spiegel sin signos de complicación. En TAC abdomino-pélvico con maniobra de Valsalva se evidencia una hernia de Spiegel con orificio de 3 cm en pared abdominal anterolateral derecha a nivel de FID estando el saco herniario ocupado por asas de intestino delgado. Dada la ausencia de cirugías previas y comorbilidades importantes de la paciente se decide realizar reparación por vía laparoscópica mediante abordaje preperitoneal transabdominal (TAPP). En el vídeo se aprecian los pasos técnicos de: a) apertura del peritoneo y disección del espacio preperitoneal; b) identificación del saco herniario y su reducción completa; c) marcaje en la piel del orificio herniario y dibujo de círculo externo a 4 cm como límite de la prótesis; d) introducción a través del trocar de 10 mm de la prótesis Hernia-mesh Relimesh® de 12 cm; e) extensión con ayuda de pasahilos y fijación en doble corona con Absorbatack®, a nivel del orificio herniario y en el borde externo marcado; y f) cierre del peritoneo con Protack® para aislar la malla de las asas intestinales.

**Conclusiones:** La TAC con maniobra de Valsalva es de ayuda para el diagnóstico y planificación quirúrgica de la hernia de Spiegel. El abordaje laparoscópico preperitoneal transabdominal TAPP permite la reducción completa del saco, la correcta colocación de la prótesis y su cobertura con peritoneo parietal.

#### VI 05 Reparación de hernia perineal: hernioplastia a tensión con fijación a relieves óseos vía perineal

Campos Máñez Jorge, Trallero Anoro Marta, Carbonell Tatay Fernando, García Fadrique Alfonso, Carreño Sáenz Omar, Caballero Soto María, Estevan Estevan Rafael

*Instituto Valenciano de Oncología. Valencia (España)*

**Objetivos:** Presentamos el caso de una paciente de 72 años, intervenida de amputación abdominoperineal extralevatoriana por neoplasia de recto, y reintervenida en dos ocasiones vía abdominal por hernia perineal y recidiva de ésta. Dos años después, presentó una segunda recidiva de la hernia perineal que limitaba la calidad de vida de la paciente provocando incomodidad abdominal y perineal, y dolor.

**Material y métodos:** Descripción de la técnica: La paciente se coloca en decúbito prono en posición de navaja. Se realiza una incisión perineal longitudinal y se disecciona el saco herniario y su cuello. Identificamos y disecamos los puntos de anclaje de la malla: el reborde óseo del coxis posteriormente, el cuerpo perineal anteriormente, y las tuberosidades isquiáticas y músculos del suelo de la pelvis lateralmente. Se coloca una malla compuesta no absorbible circular adaptada al tamaño del defecto perineal, sobrepasando las estructuras óseas y con las siguientes fijaciones:

- Cosis: perforación del hueso con taladro de cirugía ortopédica que permite fijación de la malla con puntos transfixivos de monofilamento no absorbibles.
- Tuberosidades isquiáticas: uso de grapas metálicas helicoidales.
- Cuerpo perineal y musculatura lateral: puntos de monofilamento no absorbibles. Se coloca un drenaje aspirativo y se cierra por planos el tejido subcutáneo y la piel.

**Resultados:** Tras la intervención la paciente fue dada de alta al 7.º día posoperatorio. Presentó una retención urinaria que precisó sondaje vesical temporalmente. No tuvo complicaciones en la herida quirúrgica. El seguimiento ha sido 1 año y 10 meses. Durante este tiempo la paciente ha mejorado considerablemente su calidad de vida, y no ha presentado recidiva clínica ni en las pruebas de imagen realizadas para el seguimiento de su patología oncológica.

**Conclusiones:** La reparación vía perineal de la hernia perineal recidivada usando anclajes óseos es un procedimiento seguro en nuestra experiencia y con buen resultado, sin recidiva a corto plazo. Puede considerarse una buena alternativa a otras técnicas publicadas, y es necesario un seguimiento más prolongado para establecer conclusiones a largo plazo.

#### VI 06 Metástasis colorrectal en pared abdominal

Moreda Álvarez Rubén, Domínguez Sánchez Julio Manuel, Fernández Saborido Laura, García Carrero Marta, Rigueiro López Lucía, Couce Santiago José María, Estéfano Bulufert Carlos Francisco, Trillo Parejo Pedro, Parajó Calvo Alberto Eduardo, García García Manuel

*Complejo Hospitalario Universitario de Orense. Orense (España)*

**Introducción:** Presentar un vídeo sobre el caso de un paciente con una metástasis de tumor colorrectal en incisión de McBurney.

**Caso clínico:** Paciente varón de 72 años que ingresa por cuadro compatible con apendicitis aguda realizando apendicectomía abierta (diciembre-09). El estudio histopatológico revela la presencia de adenocarcinoma tipo intestinal, G1, con infiltración del tejido adiposo (pT3NxMx). Se completó estudio con TC abdominal, resultando normal. Ante estos hallazgos, se propone y se realiza hemicolectomía derecha (febrero-10). En el mismo acto

quirúrgico se aprecia neoplasia en unión recto-sigma, por lo que también se realiza RAB. Curso posoperatorio correcto, dado de alta al 12.º día posoperatorio. El estudio histopatológico demostró presencia de adenocarcinoma intestinal, G1, en recto sigma (pT3N0) sin presencia de neoplasia en pieza de hemicolectomía derecha. Se completa tratamiento con quimioterapia adyuvante y controles sucesivos sin apreciar recidiva. Desde febrero-14 se aprecia en la exploración física tumoración en FID, dura y adherida con incremento de marcadores tumorales por lo que se solicita TC identificando masa en FID de  $4 \times 4$  cm que ocupa el espesor de los vientres musculares transverso, oblicuo menor y mayor con extensión al tejido celular subcutáneo compatible con metástasis. Se decide intervención quirúrgica realizando escisión en bloque de los tres planos musculares incluyendo grasa preperitoneal y peritoneo subyacente. Se realiza cierre primario de peritoneo con de malla de titanio preperitoneal. Cierre por planos y colocación de Malla de PPL supraponeurótica. En el posoperatorio presenta hematoma subcutáneo, tratado de manera conservadora. Anatomía Patológica informada como adenocarcinoma intestinal en pared abdominal con bordes libres.

**Discusión:** La incidencia de metástasis en la pared abdominal del cáncer colorrectal es rara y varía en la literatura desde el 0,5% al 5%. Es un factor de mal pronóstico ya que suelen asociarse a otras lesiones metastásicas a distancia o invasión peritoneal. Normalmente suelen aparecer en la pared abdominal, mucho menos frecuente en otras regiones cutáneas, y sobre todo en cicatrices de laparotomías, ya sea la actual o sobre previas, orificio de trócares y drenajes. El tratamiento de elección de estas lesiones es la resección quirúrgica en bloque.

#### VI 07 Tratamiento de la eventración poscolgajo TRAM

Fernández Saborido Laura, Trillo Parejo Pedro, García Carrero Marta, Moreda Álvarez Rubén, Rigueiro López Lucía, Domínguez Sánchez Julio, Couce Santiago José María, Estéfano Bulufert Carlos, García García Manuel

*Complejo Hospitalario Universitario de Orense. Orense (España)*

**Objetivos:** El colgajo de músculo recto anterior del abdomen (TRAM) se utiliza con frecuencia y con buenos resultados en la reparación de defectos torácicos.

Sin embargo, la incidencia de defectos de pared abdominal secundarios a esta intervención, puede alcanzar el 40% y suponen un reto para el cirujano.

Se presenta un vídeo de un caso a propósito de esta patología.

**Métodos:** Descripción del vídeo del caso clínico y revisión. También se ha hecho, para documentación del caso, una búsqueda en la base de datos Medline con la estrategia “Hernia” [Mesh] AND “TRAM flap” [ti].

**Resultados:** Mujer de 54 años intervenida de timoma con complicaciones infecciosas posteriores. Preciso colgajo tipo TRAM para cerrar el defecto. Nueve meses después de la intervención se diagnostica de eventración, realizándose una eventroplastia con malla de titanio preperitoneal. 24 meses tras la intervención se encuentra a seguimiento sin evidencia de recidiva. En la literatura se reportan incidencias de eventración pos-TRAM de hasta un 20%, con recidivas frecuentes.

Ocurren con una frecuencia significativamente superior en pacientes obesos, fumadores y con bilateralidad del colgajo. La incidencia es menor si se disecciona y repara la fascia del oblicuo interno y si se coloca una malla profiláctica. Además, en este último caso también disminuye la tasa de recidivas posreparación de la primera eventración.

El TRAM en dos tiempos (con preparación vascular) también demostró disminuir la incidencia de hernia considerablemente.

La técnica recomendada para la reparación de la eventración es la colocación de malla preperitoneal y el abordaje laparoscópico parece ser seguro y efectivo.

#### Conclusiones:

1. La eventración es una complicación frecuente tras las intervenciones de colgajo con recto anterior del abdomen.
2. La prevención, el diagnóstico certero y el tratamiento quirúrgico son claves en el tratamiento de esta entidad.

#### VI 08 Reconstrucción de la pared abdominal mediante separación de componentes y sustitución aponeurótica con prótesis en el tratamiento de la eventración de línea media

Huarachi Guarachi Miguel Ángel

*Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)*

- Incisión sobre cicatriz previa.
- Disección del saco herniario.
- Disección de la lámina anterior de la vaina de los rectos.
- Separación de componentes sobre la lámina posterior de la vaina de los rectos para diseccionar el plano retromuscular prefascial.
- Creación del espacio para situar la malla profunda.
- Diámetro transversal de la eventración.
- Invaginación del saco herniario.
- Colocación de la malla profunda en la situación retromuscular prefascial.
- Separación de componentes mediante incisiones en las láminas anteriores de las vainas de los rectos.
- Reconstrucción completa mediante el cierre longitudinal del defecto.
- Sustitución aponeurótica con prótesis superficial en situación preaponeurótica.

#### VI 09 La técnica de Albanese

Cano Carlos Alberto

*Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Jujuy (Argentina)*

**Introducción:** En el año 1946 Alfonso Albanese emplea por primera vez su técnica quirúrgica, en la resolución de una eventración xifo pubiana en un paciente de 4 años, a la que denominó Incisiones de Descargas Musculares a Distancia.

**Objetivo:** Presentar a través de un vídeo los detalles técnicos de la técnica de Albanese, empleada en la resolución de

un paciente con un defecto de pared abdominal y una ileostomía para retransitar. Ambos procedimientos se realizaron simultáneamente sin el empleo de prótesis.

**Material y métodos:** Paciente de 48 años que al examen físico presenta un defecto M1 M5 W4 y una ileostomía para retransitar. Antecedentes quirúrgicos de laparotomía exploradora por peritonitis apendicular, abscesos residuales y fistulas posoperatorias que obligan a un abdomen abierto y contenido e ileostomía derivativa. El cierre final del abdomen abierto y contenido se realizó con malla de vicryl y sutura de los bordes del defecto a la malla.

**Procedimiento:** Una vez realizado la retransitación de la ileostomía y resección de pequeño saco eventrógeno paraostomal se procedió de la siguiente manera:

Una primera incisión sobre el Oblicuo Mayor, que desde las inserciones costales del 6 al 9 descienden hacia la espina iliaca anterosuperior. Se procede a rebatir este colgajo muscular hacia medial, dejando al descubierto la hoja prerrectal del oblicuo menor, sobre la cual se inserta la segunda incisión de descarga. La tercera incisión se implanta sobre el diedro interno de la vaina de los rectos, los cuales se libera de la hoja posterior.

La reconstrucción musculo aponeurótica se lleva a cabo a través de tres planos de sutura. Un primer plano incluye la hoja posterior de la vaina, un segundo plano la hoja anterior, fácilmente deslizada por las descargas, cerrando así y reforzando la línea media. El tercer plano de sutura se realiza entre el borde medial del oblicuo mayor y el borde externo de la hoja prerrectal del oblicuo menor, quedando así reforzada la vaina de los rectos.

**Resultados:** El paciente presenta buena evolución posoperatoria y sin recidiva al control posoperatorio.

**Conclusión:** La técnica de Albanese se presenta como una buena opción para el tratamiento de los defectos complejos de la pared abdominal.

## VI 10 Eventración compleja, neumoperitoneo y uso del saco en plástica con doble malla

Gutierrez Nancy Débora, Cano Carlos Alberto

*Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Jujuy (Argentina)*

Mujer de 49 años de edad con obesidad grado I, presenta antecedente de: 12 gestas con partos normales. Colectomizada por vía anterior. Hábito de coqueo. Se interviene quirúrgicamente por abdomen agudo oclusivo por fitobezoar (hojas de coca en colon transversal). Se realiza transversostomía sobre varilla con resección de transversal y parte de descendente. Presenta a partir de ello una eventración M1 a M5 W5.

Tras la preparación prequirúrgica con espirometría y neumoperitoneo progresivo, se resuelve el defecto con descargas de Albanese sobre el oblicuo mayor. La apertura del pseudosaco en dos valvas, permite suturar el lado derecho al peritoneo parietal izquierdo. Sobre este plano pre peritoneal, se fija la primera prótesis combinada de polipropileno con material de reabsorción lenta.

A continuación, se sutura la valva izquierda del pseudosaco sobre el borde derecho, y una segunda prótesis de polipropileno se fija al plano supra aponeurótico con *tackers* reabsorbibles. La paciente evoluciona favorablemente.

## VI 11 Eventración catastrófica y defecto ventilatorio restrictivo severo

Cano Carlos Alberto, Gutierrez Nancy Débora

*Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Jujuy (Argentina)*

**Introducción y objetivos:** Las eventraciones catastróficas, las que presentan un “Volet Abdominal” por la entrada y salida del contenido abdominal con los movimientos respiratorios, condicionan un estado de insuficiencia respiratoria latente que se manifiesta ante el mínimo esfuerzo.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 55 años, con un IMC de 34,2, diabetes tipo II, EPOC severo, tabaquismo crónico y con indicación de oxígeno permanente en domicilio. Antecedentes quirúrgicos de 2 cesáreas anteriores e histerectomía abdominal, de las cuales queda como secuela una hernia incisional M3 M5 W4. El estudio imagenológico (TAC) evidencia un defecto de 22 cm de diámetro con contenido de asas de delgado, epiplón y parte de colon.

Con una evaluación funcional respiratoria, que demuestra capacidad restrictiva severa, se decide preparación con neumoperitoneo progresivo preoperatorio, a través de la inserción de un catéter para vía central bajo control tomográfico.

Mejorada la restricción respiratoria, se decide el abordaje quirúrgico una vez completado las sesiones de neumoperitoneo.

El procedimiento quirúrgico, se llevó a cabo utilizando una malla separadora de tejidos bicapa y logrando el cierre del defecto con una separación de componentes realizando la primera incisión de descarga de Albanese sobre el musculo oblicuo mayor. Dicha incisión fue también realizada del lado contralateral.

La enferma cursa su evolución posoperatoria inmediata con asistencia respiratoria mecánica durante 15 días siendo luego extubada y controlada en sala común. Una epidermolisis que se resuelve con curaciones, presentó como complicación en herida operatoria.

**Conclusión:** El uso de incisiones de descargas musculares son necesarias para lograr un cierre abdominal que permita restablecer la función espiratoria donde el transversal cumple un papel importante. En pacientes con capacidad ventilatoria disminuida, este procedimiento mejora su calidad de vida.

## VI 12 El paso a paso de la transposición con el saco herniario de Lázaro da Silva para corrección de hernias ventrales muy grandes

Melo Renato Miranda<sup>1</sup>, Seronni Guilherme<sup>2</sup>, Damacena Gabriela Fernandes Carnot<sup>2</sup>, Dantas Bruna Moraes Farias<sup>3</sup>, Rodrigues Simão Pretim Sereno<sup>4</sup>, Gontijo Cássio Eduardo da Silva<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Goiás. Goiânia (Brasil). <sup>2</sup>Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia (Brasil). <sup>3</sup>Centro Universitário Unievangélica. Anápolis (Brasil). <sup>4</sup>Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Goiânia (Brasil). <sup>5</sup>Hospital dos Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo (Brasil)

**Objetivos:** Presentar la técnica de transposición con el saco herniario (TSH) en paciente masculino, 57 años, con hernia incisional



mediana supra-umbilical, bajo anestesia peridural y general. Esta operación fue propuesta por Alcino Lázaro da Silva, de Belo Horizonte, Minas Gerais, BRASIL, y realizada por primera vez en 1965.

**Material y métodos:** Grabación en vídeo editado de la TSH y narración paso a paso. Se presentan la resección de la cicatriz preexistente (ulectomía), la disección de los retazos dermograsosos y del saco herniario, la abertura longitudinal de éste, la lisis de adherencias, sobre todo del lado izquierdo de la cavidad peritoneal, las incisiones relajadoras en la vaina de los músculos rectos, siendo que posteriormente a la izquierda y anteriormente a la derecha, y la transposición en sí, suturando el colgajo derecho del saco herniario al labio posterior lateral izquierdo (cerrando la cavidad y restableciendo el envoltorio muscular de este lado), los dos labios medios entre sí (restableciendo la línea alba) y el colgajo izquierdo del saco herniario al labio anterior lateral derecho (rehaciendo la vaina de este lado). Los hilos empleados en los tres planos de sutura deben ser de monofilamento sintético absorbible de larga duración. Los retazos dermograsosos se reasentan en el plano aponeurótico y la piel se cierra según la preferencia del cirujano.

**Resultados:** Este procedimiento. La presión en vía aérea no varió, manteniéndose en 15cmH<sub>2</sub>O durante todo el procedimiento. Se muestra el resultado de la operación al completar un año, en reposo y bajo flexión abdominal, sin recidiva aparente (fig. 1).

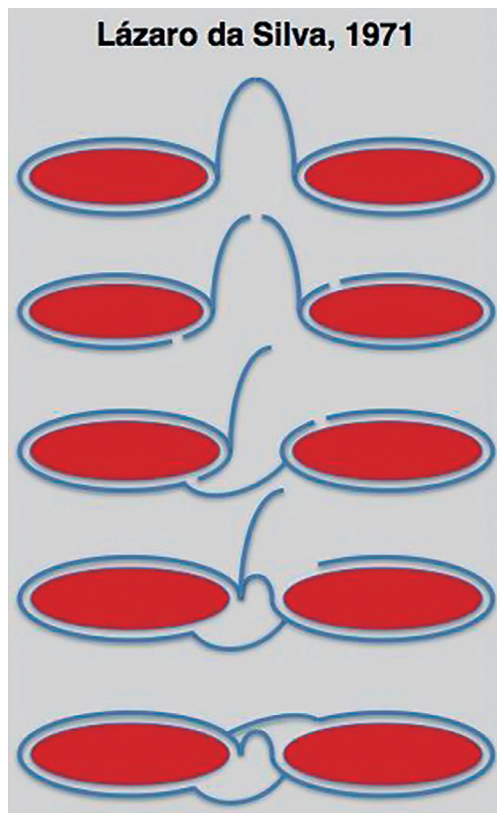


Figura 1.

**Conclusiones:** La TSH se muestra una buena opción de reparación puramente con tejidos, para corregir defectos ventrales únicos y grandes, primarios o incisionales, con saco herniario voluminoso, pero también las grandes diástasis asociadas a hernias epigástricas y/o umbilicales. Una vez que la presión de vía aérea no ha oscilado, traduce el carácter no hipertensivo de la TSH, sea en las líneas de sutura o en la cavidad abdominal. Los puntos clave de la técnica, que hoy cumple 50 años, son las incisiones de descarga alternadas bilaterales y la utilización del propio saco herniario como prótesis biológica autóctona.

### VI 13 Corrección laparoscópica simultánea de doble eventración medial y lateral

Martí Cuñat Elena<sup>1</sup>, Vargas Durand Ángel Teodoro<sup>2</sup>, Pérez Santiago Leticia<sup>2</sup>, Calvete Chornet Julio<sup>2</sup>, Martí Martí Vicente<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Malvarrosa. Valencia (España). <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

**Objetivo:** La reparación laparoscópica de las hernias ventrales ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz a la cirugía abierta. A pesar de los buenos resultados en índice de recidivas y morbilidad, aún existe controversia acerca de las indicaciones más adecuadas en el abordaje laparoscópico de las eventraciones. El objetivo es presentar la técnica realizada para la corrección simultánea de dos eventraciones, medial y lateral, en un mismo paciente como presentamos en el vídeo.

**Material y métodos:** Mujer de 66 años con antecedentes de nefrectomía derecha laparoscópica en 2013 por angiomiolioma. A los 12 meses posoperatorios presenta una eventración medial del trocar y otra lateral, en vacío derecho por donde se extrajo la pieza operatoria. La TAC con maniobra de Valsalva confirma ambas sin signos de complicación; una en línea media supraumbilical con dos orificios de 1 y 2.5 cm (M2-3 W1) y la otra lateral de 2.5 cm (L2W1).

En el vídeo se muestra la técnica quirúrgica. Mediante abordaje laparoscópico se procede a la disección de adherencias, reducción del contenido de los sacos herniarios y colocación de una malla Ventralight® de 15 × 18 cm en línea media posicionada en los 4 puntos cardinales y fijada con doble corona de grapas reabsorbibles. Para la eventración lateral se utilizó otra malla Ventralight® de 10 × 15 cm, en el mismo acto operatorio y con igual técnica de fijación.

**Resultados:** Tras una evolución sin complicaciones es dado de alta a las 24 horas de la intervención. Con seguimiento de 14 meses no se ha detectado recidiva eventral.

**Conclusiones:** Para la corrección simultánea de eventraciones W1 de localizaciones múltiples en un mismo paciente consideramos indicado el abordaje laparoscópico, con buen resultado clínico y evolutivo.