

Cirugia endoscopica totalmente extraperitoneal (eTEP) y variantes: ¿Qué valorar como radiólogos?

Condori Bustillos¹, Teresa Guerra Garijo¹,
Javier Rodríguez Jiménez¹, Carlos Castañeda Cruz¹,
José Ignacio Barragán Tábares¹, Cristina Mostaza
Sariñena¹, Marcelino Mendo González¹,
Jesús Gabriel Gómez Corral¹

Hospital Universitario Rio Hortega¹, Valladolid-España

Objetivo docente

1. Revisar los fundamentos anatómicos y técnicos de la cirugía eTEP
2. Describir los principales hallazgos radiológicos posterior a la cirugía eTEP y sus posibles complicaciones mediante presentación de casos.

Revisión del tema

La cirugía eTEP consiste en una: hernioplastia inguinal endoscópica totalmente extraperitoneal de visión extendida, técnica cada vez más realizada ya que evita las posibles complicaciones al ingresar en la cavidad abdominal como en los abordajes transabdominoperitoneales (TAPP) complicaciones que pueden incluir: lesiones vasculares e intestinales, adherencias, íleo y neumoperitoneo, hematomas e infecciones de la herida. El abordaje eTEP es una técnica que utiliza el espacio retromuscular para colocar material protésico y fortalecer la pared abdominal. Es una cirugía realizada para el tratamiento de hernias ventrales incluyendo las lumbares, incluye como ventajas: disminución de dolor postoperatorio y entre las complicaciones morfológicas postoperatorias se reportaron: seromas, hemorragia de pared y más rara aun la recidiva herniaria. [Fig. 1,2,3,4.](#)

- Una variante de esta técnica es el eTEP/ Pauli realizada para la reparación de hernias paraestomales o paracolostómicas, en la cual se coloca material protésico de localización retromuscular/preperitoneal disminuyendo el riesgo de adherencias y fistulas, entre los hallazgos posoperatorios se menciona: enfisema subcutáneo transitorio, necrosis del estoma, seroma y menos frecuente obstrucción intestinal, hallazgos que pueden manifestarse inicialmente como dolor abdominal.

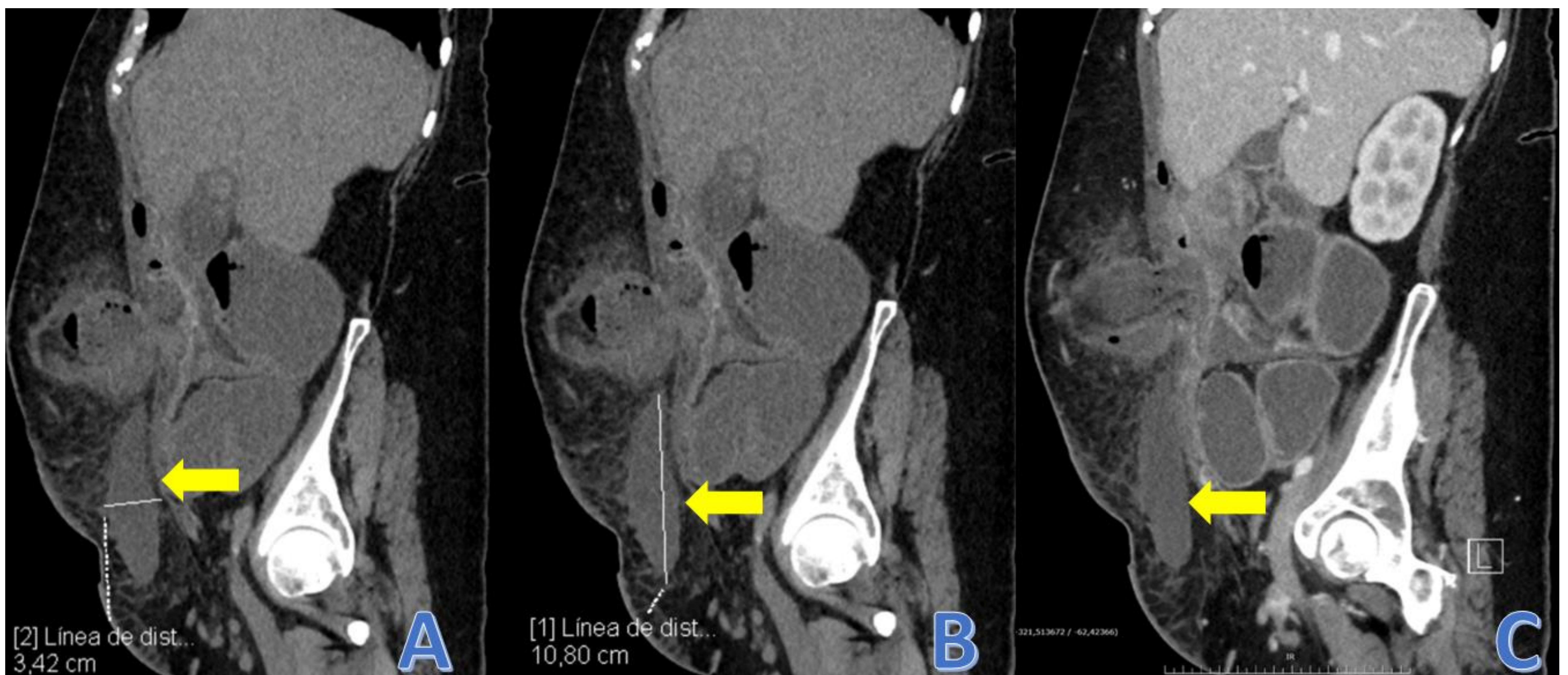


Fig 1: Mujer de 70 años que acude por dolor abdominal en región pericolostómica que presentaba signos de inflamación cutánea; tuvo una intervención quirúrgica eTEP Hemitar Pauli hace unas semanas, ante datos analítico de infección se sospecha recidiva herniaria/ complicación postquirúrgica. TC abdomen con CIV corte sagital donde se observa un seroma preperitoneal inferior a la colostomía.

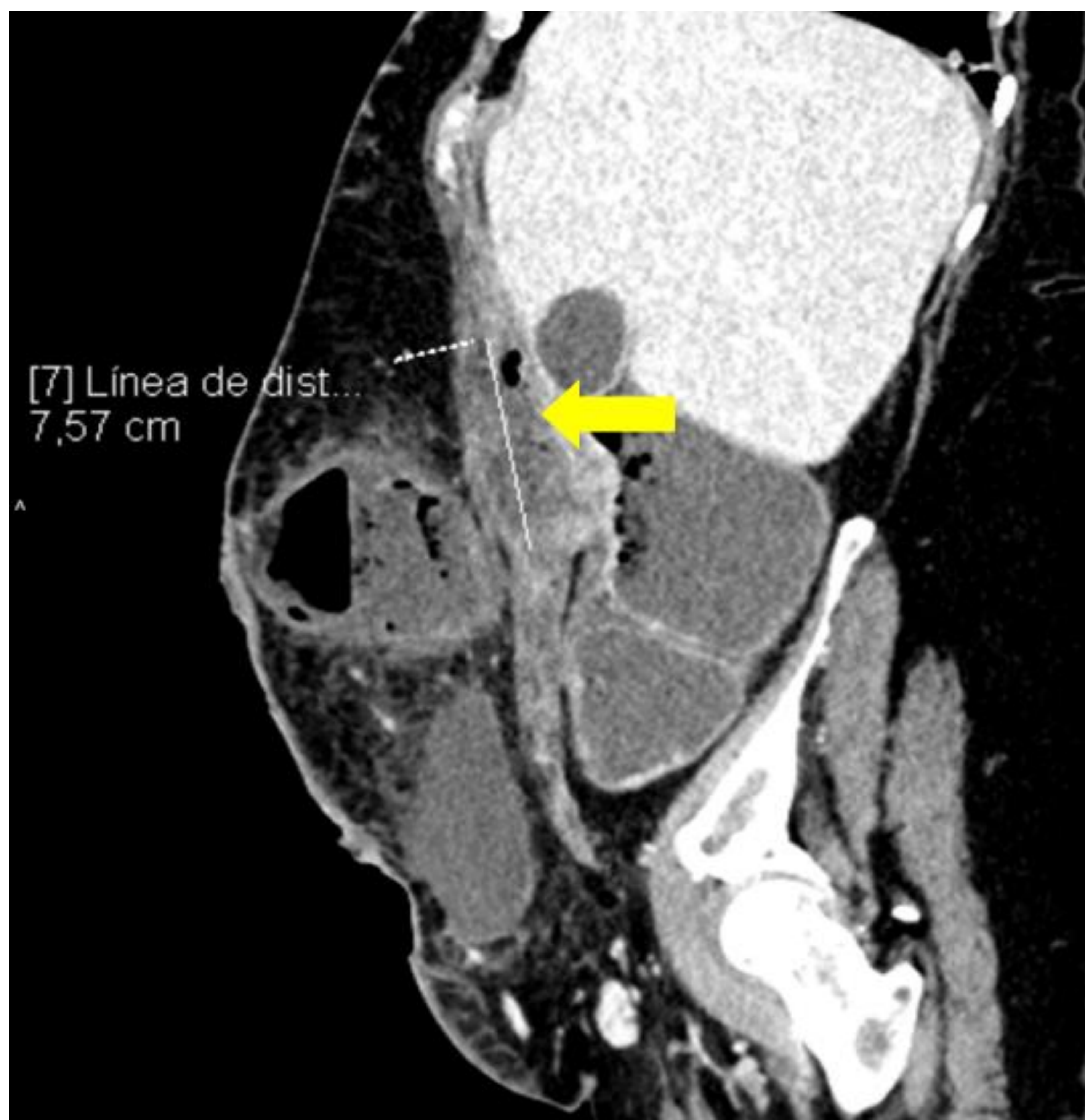


Fig 2:Mujer de 70 años con una intervención quirúrgica eTEP Hemitar Pauli hace unas semanas acude por dolor abdominal, ante datos analítico de infección se sospecha recidiva herniaria/ complicación postquirúrgica. TC abdomen con CIV corte sagital donde se observa en el espacio preperitoneal una colección de contenido hidroaéreo y paredes hipercaptantes, de trayecto ascendente. Existe también acumulación de burbujas aéreas mas excéntricas en la línea media del espacio preperitoneal, compatibles con absceso en formación. Se observa además una discontinuidad cortical entre el asa aferente de íleon y la ostomía.

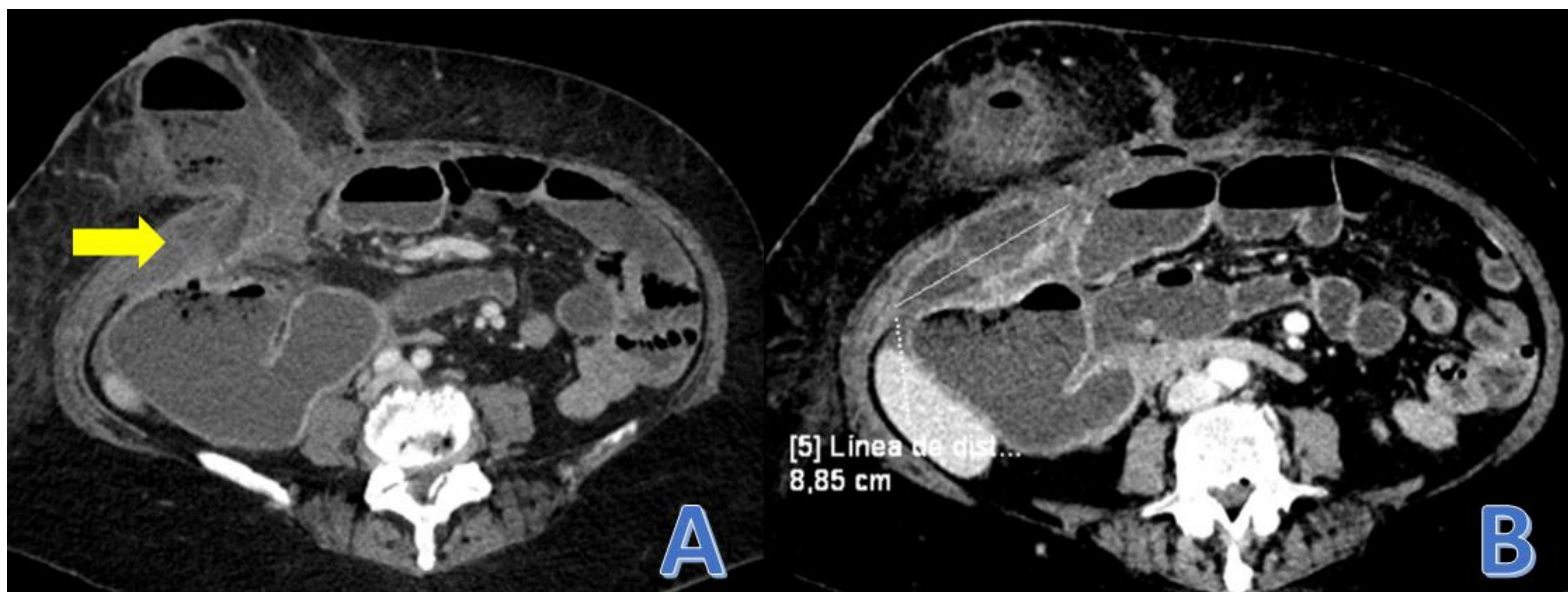


Fig 3:Mujer de 70 años con una intervención quirúrgica eTEP Hemitar Pauli hace unas semanas acude por dolor abdominal, presentaba analítica con datos de infección y se realiza TC abdomen con CIV corte axial donde se observa en el espacio preperitoneal una colección de contenido hidroaéreo y paredes hipercaptantes, asocia acumulación de burbujas aéreas mas excéntricas en la línea media del espacio preperitoneal y escasas burbujas aéreas en el espacio intraperitoneal perihepático anterior, compatibles con absceso en formación.

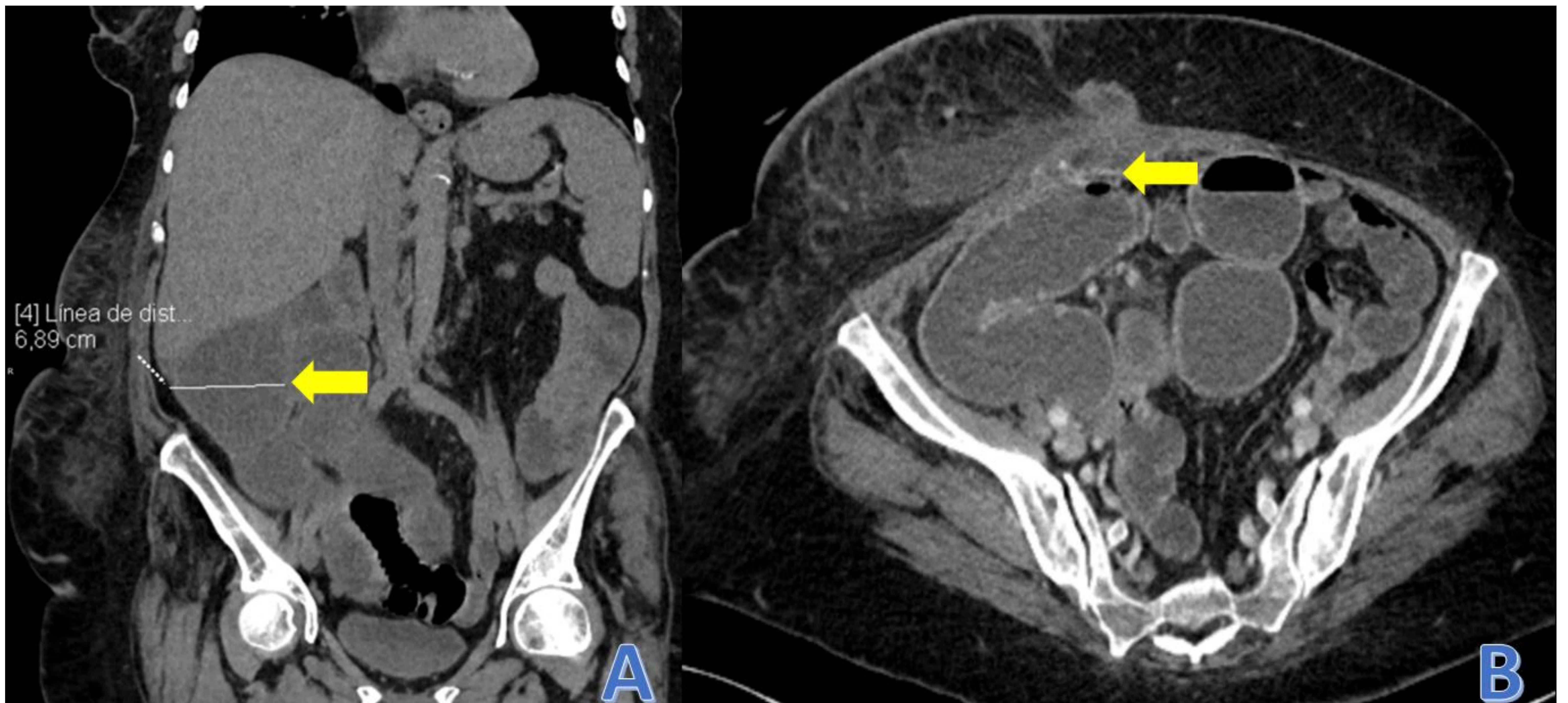


Fig 4: Mujer de 70 años con una intervención quirúrgica eTEP Hemitar Pauli hace unas semanas acude por dolor abdominal, presentaba analítica con datos de infección y se realiza TC abdomen con CIV corte axial donde se observa una colección en el espacio preperitoneal y escasas burbujas aéreas en el espacio intraperitoneal perihepático anterior, compatibles con absceso en formación. A su vez presentaba cambios inflamatorios centrados alrededor de la ileostomía y una discontinuidad cortical entre el asa aferente de íleon y la ostomía, visualizando una fuga del contenido ileal hacia el espacio preperitoneal y el tejido graso subcutáneo (B: flecha amarilla). Proximal a la ileostomía, se aprecia importante dilatación de las asas intestinales de íleon, que llegan a medir 7 cm, asociado a realce mucoso, como signos pseudo-obstructivos (A: flecha amarilla).

Conclusiones

- La reparación de las hernias ventrales pueden realizarse por vía TAAP o TEP, siendo este último un abordaje con menos complicaciones, una variante de esta técnica es el eTEP/Pauli realizado para la reparación de hernias paraestomales, como radiólogos es importante conocer los hallazgos posoperatorios.

Bibliografía

1. Zamora C, Calado C, Azahara I, Camacho J, Ripoll R, Diego M. Cirugía endoscópica totalmente extraperitoneal de la hernia inguinal: resultados de 250 hernioplastias. Cir Esp 2012. 90 (8), p 501-5. DOI: 10.1016/j.ciresp.2012.05.006
2. Octavio J.M, Mouronte J, Domínguez JM, Santos R, Gómez F. Hernioplastia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal: resultados a 1-3 años (170 hernias). Cir Esp, 71 (2002), pp. 142-146
3. Bellido J, García A, Sánchez I, Castillo JM; Nogales A. V-101 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO TOTALMENTE ENDOSCÓPICO DE LA HERNIA PARAESTOMAL (ETEP-PAULÍ). VENTAJAS DE LA COLOCACIÓN DE MALLA RETROMUSCULAR/PREPERITONEAL. CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):981