CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):732

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-564 - USO DE SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES-TAR EN EL MANEJO DE HERNIA INCISIONAL TRAS COLGAJO TRAM PARA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

García Pastor, Providencia; Torregrosa Gallud, Antonio; Carvajal Amaya, Nicolás; Sancho, Jorge; Blasco Piqueras, Raquel; Lledó, José B; García -Granero, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El uso de colgajos pediculados de músculo recto (TRAM) para reconstrucción mamaria está asociado al buldging y eventración hasta un 63% y 18% de pacientes, respectivamente; el uso de malla en el cierre de pared reduce estas cifras al 3-6% y 1-2%, justificando el coste añadido. En la reparación de hernias incisionales complejas, la técnica de separación posterior de componentes mediante liberación del músculo transverso (SPC-TAR) ha ganado popularidad porque permite la reconstrucción fascial y la disección lateral del plano retromuscular bien vascularizado donde se colocará una malla preperitoneal con una considerable superposición para ofrecer una reparación competente y segura. Desde su descripción por el grupo de Rosen-Novitsky, hemos implementado en nuestro grupo de trabajo la técnica SPC-TAR en diferentes escenarios.

Métodos: Evaluamos la seguridad y eficacia de la reconstrucción de la pared abdominal con SPC-TAR en una cohorte de pacientes con reconstrucción mamaria mediante colgado TRAM y que han desarrollado -a pesar de llevar una malla onlay- una hernia incisional en la zona donante. Presentamos los datos de una serie de pacientes sometidas a colgajo TRAM que han desarrollado una hernia incisional: datos demográficos, análisis de hernia (estudio de TAC dinámica de la pared abdominal con maniobra de Valsalva, que permite la localización exacta y el tamaño del anillo de la hernia, volumetría, análisis del contenido del saco visceral y sus anexos), detalles técnicos de la cirugía y análisis del postoperatorio inmediato y de la evolución a medio plazo (seguimiento de hasta 22 meses).

Resultados: Se trata de una serie de pacientes con edad media 56 años, IMC-medio 26. El tamaño medio de la hernia fue de 69 cm^2. Sin incidentes intraoperatorios -en un caso se hizo cirugía mamaria contralateral en el mismo acto quirúrgico-, la morbilidad postoperatoria consistió en 1 caso -paciente con historia de tabaquismo- de necrosis de la herida quirúrgica que se trató ambulatoriamente. No hubo casos de infección de herida, ni de infección o explante de la malla. Con una mediana de seguimiento de 14 meses (rango 8 a 22), no se ha documentado ninguna recidiva. A pesar de que el tamaño de la muestra y el seguimiento son limitados, encontramos que esta es una alternativa reproducible y versátil, sin complicaciones asociadas específicamente a la técnica y con poca morbilidad asociada.

Conclusiones: Necesitamos ampliar el plazo de seguimiento para una mejor valoración en el tiempo, pero la experiencia inicial es muy satisfactoria. Encontramos que esta técnica tiene varias ventajas: proporciona un plano bien vascularizado para la ubicación de la malla con una amplia superposición sin necesidad de devascularización de la herida, la malla preperitoneal se asocia con menores tasas de recidiva, la posición retromuscular de la malla disminuye los riesgos de en caso de infección o dehiscencia de la herida y, además, la liberación del músculo transverso permite el cierre del defecto con poca tensión.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados