CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):32

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-552 - ¿DEBE PLANTEARNOS EL IMC ALGUNA CONSIDERACIÓN AL REALIZAR UNA HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA?

Castañera González, Ramón; Gálvez Doménech, Patricia; Salanova Rodríguez, Mariana; Fernández Rodríguez, José Alberto; Maderuelo García, Victoria María; San José Santamarta, Henar; Redondo Villahoz, Elizabeth; Álvarez Conde, José Luis

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Objetivos: Encontrar diferencias entre pacientes intervenidos de hernioplastia inguinal laparoscópica trans-abdomino preperitoneal (TAPP), estratificados por su grado de Índice de Masa Corporal (IMC) de la OMS, y variables de importancia para la técnica como comorbilidad, tiempo quirúrgico, resultados, tamaño de malla o complicaciones postoperatorias.

Métodos: Estudio retrospectivo de hernioplastias inguinales laparosópicas TAPP intervenidas en un servicio de cirugía entre octubre de 2015 y marzo de 2018. La recogida de variables en base de datos se realiza de forma prospectiva, contando con más de 220 variables por paciente (antropométricas, de comorbilidad, de diagnóstico, de procedimiento, de complicaciones y de seguimiento).

Resultados: De los 54 pacientes intervenidos, 19 (35,2%) tenían IMC menor de 25 (normal); 31(57,4%) sobrepeso (IMC 25-30) y 4 (7,4%) obesidad (IMC mayor de 30). Para cada uno de estos tres grupos se calcularon las variables que se detallan en la tabla, tratando de encontrar diferencias entre cada una de ellas. Encontramos que los pacientes obesos son ligeramente mayores y asocian mayor comorbilidad. Según aumenta el IMC, aumenta la probabilidad de encontrar un lipoma herniario significativo que extirpar, pero no hay correlación con el tamaño de la malla colocada ni con la recidiva de hernioplastia previa. Las complicaciones postoperatorias, siendo todas grado 1 de Clavien-Dindo, son más frecuentes en el grupo de obesos. No hay significación en cuanto a recidiva aunque la tendencia, dado el numero muestral escaso, es a aumentar de forma directa al IMC. En cuanto al tiempo quirúrgico no existen diferencias, si bien cabe resaltar que el grupo de obesos es escaso y en todos ellos se realizó hernioplastia únicamente unilateral, en un caso por recidiva y en otros dos por concomitancia con hernia de Spiegel.

	IMC 35-30 (N = 19)	IMC 25-30 (N = 31)	IMC > 30 (N = 4)
Edad media	62,47 años	60 años	68 años
Asa I/II/III (%)	42/58/0	29/68/3	25/50/25
Índice comorbilidad de Charlson (media)	2,4	2,3	4
Tiempo quirúrgico medio	96 min.	98 min.	93 min

Exéresis lipoma herniario	1,85%	3,2%	25%
Malla 9 × 14 cm	23%	22,5%	25%
Malla 10 × 15 cm	77%	77,5%	75%
Hernias recidivadas	26%	22%	25%
Clavien-Dindo tipo 1	5,26%	19%	25%
Mediana seguimiento	13 meses	17 meses	18 meses
Recidivas	1 (5,26%)	3 (9,6%)	0 (0%)

Conclusiones: En nuestra serie, limitada por nuestro escaso número muestral una vez estratificada la muestra por IMC, podemos concluir que el aumento del mismo se correlaciona con la comorbilidad y con el número de complicaciones postoperatorias, aunque no con su gravedad. Con más probabilidad deberemos resecar el lipoma herniario, lo que hace que aumente el tiempo quirúrgico. Necesitamos un estudio con mayor potencia para encontrar diferencias significativas a la hora de determinar si hay relación con el índice de recidiva herniaria posterior.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados