



## O-165 - CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL MÍNIMAMENTE INVASIVA EXTRAPERITONEAL: ¿INFLUYE LA OBESIDAD EN LOS RESULTADOS?

Sánchez, Carmen<sup>1</sup>; Salido, Sergio<sup>1</sup>; Osorio, Irene<sup>1</sup>; Pardo, Ricardo<sup>1</sup>; Bernar, Juan<sup>2</sup>; Fraile, María<sup>2</sup>; Guadalajara, Hector<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid; <sup>2</sup>Hospital General de Villalba, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La obesidad supone un factor de riesgo al desarrollo de hernias de pared abdominal y de complicaciones secundarias potencialmente graves. Por tanto, la obesidad está asociada a mayores complicaciones postoperatorias tales como infección del sitio quirúrgico, retraso en la cicatrización de heridas, así como recidiva herniaria. Así pues, el tratamiento de la hernia incisional en este subgrupo de pacientes es un reto. La cirugía mínimamente invasiva ofrece una menor estancia hospitalaria, menor morbilidad y una disminución en las tasas de recurrencia, sin embargo, existe muy poca evidencia sobre la reparación herniaria mínimamente invasiva en pacientes obesos.

**Métodos:** Se presenta un estudio prospectivo comparativo con pacientes intervenidos de manera electiva por hernia ventral primaria o incisional en el Hospital General de Villalba y en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz con defectos herniarios W2 según la clasificación de la *European Hernia Society* mediante vía totalmente extraperitoneal extendida (eTEP) con o sin liberación de transverso abdominal (TAR). Todos los casos fueron intervenidos por el mismo cirujano. Se agrupo a los pacientes según su índice de masa corporal en no obesos (IMC 30). Se recogieron datos demográficos (edad, sexo e IMC) y clasificación ASA, variables preoperatorias (primaria o eventración, eventroplastias previas, número de defectos, medidas de los defectos mediante TC), variables intraoperatorias (tiempo quirúrgico, TAR, número y tamaño de la malla), estancia hospitalaria y seguimiento (complicaciones o recidiva).

**Resultados:** Desde mayo de 2018 hasta junio de 2020 se intervinieron 61 pacientes, 32 pacientes no obesos (PNO) y 29 pacientes obesos (PO). No existieron diferencias significativas entre grupos en la distribución por sexos, en la edad y en la clasificación ASA. Veinte de los PNO se intervinieron de hernia incisional frente a 23 de los PO ( $p > 0,05$ ). En 4 PNO existía antecedente de eventroplastia previa frente a 10 de los PO ( $p > 0,05$ ). El área mediana del defecto herniario medido en TC fue de  $51,9 \text{ cm}^2$  y de  $91,9 \text{ cm}^2$  ( $p = 0,012$ ). Nueve PNO y 15 PO necesitaron TAR ( $p > 0,05$ ). El tiempo quirúrgico mediano fue de 120 minutos en PNO y de 130 minutos en PO ( $p > 0,05$ ). El área mediana de la prótesis usada  $360 \text{ cm}^2$  en PNO y de  $450 \text{ cm}^2$  en PO ( $p = 0,012$ ). La estancia mediana en ambos grupos fue de 1 día y el dolor medido por escala EVA de 3. El seguimiento mediano fue de 12 meses. Cuatro PNO sufrieron alguna complicación postoperatoria frente a 6 PO ( $p > 0,05$ ). Ningún PNO tuvo recurrencia herniaria frente a 2 PO ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** En el presente estudio se observan diferencias significativas entre PNO y PO en el tamaño del defecto herniario. A pesar de esto no hay diferencia significativa en términos de complicaciones, estancia hospitalaria, dolor postoperatorio o recidivas. Por tanto, el abordaje mínimamente invasivo totalmente extraperitoneal en pacientes obesos parece una cirugía segura a pesar de las limitaciones de nuestro estudio,

precisando mayor seguimiento y número de pacientes.