



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-074 - Eventración en las incisiones de trÓcar de laparoscopia. Estudio retrospectivo de 5 años

García Pastor, Providencia¹; Carbonell Tatay, Fernando²; Sastre Olamendi, Fernando¹; Cortés Encinas, Felipe¹; Iserte Hernández, José¹; Bonafé Diana, Santiago¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Resumen

Objetivos: Analizamos nuestra serie de eventraciones sobre incisiones de trócares de laparoscopia: datos epidemiológicos, presentación clínica y manejo quirúrgico, tratando de identificar factores de riesgo.

Métodos: Estudio retrospectivo de eventraciones sobre incisiones para trócar de laparoscopia tratadas en nuestra Unidad durante 5 años hasta junio de 2014.

Resultados: 139 pacientes se incluyen en la revisión (12% del total de eventraciones intervenidas), mayoritariamente mujeres (107, 76,9%), edad mediana 56 años (31-77). El antecedente quirúrgico más frecuente fue colecistectomía laparoscópica (102, 73,4%), seguido de apendicectomía (13,6%), cirugía del colon (5%), urológica (4,5%) y ginecológica (3,6%). Ubicación más frecuente en puerta umbilical (98, 70,5%), aunque aparecen en flancos, fosas ilíacas, transrectales o localización múltiple; incluyendo todas las combinaciones, el puerto umbilical está involucrado en 84% de casos. Aunque algunos pacientes demoran la cirugía (hasta 16 años), la aparición de la eventración es precoz (8-18 meses). Respecto a factores de riesgo asociados al paciente, destaca obesidad (IMC > 30) en 70,5% de casos, seguido de infección de herida (59%), hábito tabáquico (36,6%) y broncopatía obstructiva (7,9%). El 22% de pacientes fueron intervenidos en otro centro y desconocemos datos técnicos; en los restantes (108), los factores de riesgo asociados a la técnica quirúrgica son la ampliación del orificio para extracción de pieza (sobretudo colecistectomía-puerto umbilical y cirugía de colon/nefrectomía-puerto en flanco), el cierre del orificio umbilical con puntos sueltos aún con ampliación y la falta del cierre de trócares adicionales. Las eventraciones periumbilicales muestran un amplio espectro de presentación; desde las pequeñas (W1 de EHS, 59 casos), medianas (W2 de EHS, 70 casos) o grandes (W3 de EHS, con diámetro > 10 cm, 10 casos). Los dos primeros grupos se trataron con prótesis preperitoneal o retromuscular a lo Rives o con cierre y prótesis supraaponeurótica (2/3-1/3 de casos); las grandes se trataron con SAC + prótesis y inserción de oblicuos externos (técnica de Carbonell) y en 2 casos hizo falta neumoperitoneo terapéutico progresivo previo a la intervención. Sistemáticamente, las más grandes son las umbilicales aisladas, mientras que cuando se asocian a eventraciones laterales, el tamaño y el tiempo de evolución son menores. Las eventraciones laterales suelen ser molestas aunque pequeñas (3-5 cm) pero cuando se amplió la incisión para sacar la pieza (nefrectomía) o para anastomosis extracorpórea (colon) el tamaño es bastante mayor (4-8 cm). Se trataron con prótesis retromuscular (en 1/3 de casos asociando doble malla en sándwich).

Conclusiones: La expansión del abordaje laparoscópico en la cirugía abdominal ha disminuido las complicaciones asociadas a las grandes incisiones, pero no olvidemos que incluso pequeñas incisiones para la

inserción de trócares pueden complicarse y eventrarse. Algunos factores predisponentes del paciente y ciertos detalles de la técnica pueden incrementar el riesgo de esta complicación, que supone un importante porcentaje de nuestra casuística. La identificación de los factores de riesgo y el cuidado en la técnica podrían mejorar estas cifras.