



www.elsevier.es/cirugia

P-436 - VARIABILIDAD EN EVENTROPLASTIA: ¿ESTAMOS BIEN FORMADOS?

Maderuelo García, Victoria María; Castañera González, Ramón; Redondo Villahoz, Elizabeth; San José Santamaría, Henar; Suero Rodríguez, Carleny Adelaida; Gálvez Doménech, Patricia; Fernández Rodríguez, Alberto; Álvarez Conde, José Luis

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Objetivos: Enfrentarnos a una eventración y decidir la técnica más adecuada no sólo es una tarea difícil sino que plantea, a día de hoy, gran controversia. Valoraremos los factores del paciente o la localización y tamaño del defecto pero la experiencia del cirujano juega un papel crucial que definirá, entre otras cosas, las tasas de recidiva. Puesto que las publicaciones al respecto siguen mostrando un problema importante por su alta incidencia y alto coste, nos planteamos analizar la variabilidad técnica en un centro en el que no existe unidad de pared abdominal, estratificando por tipos y valorando la necesidad de formación o no en las diferentes técnicas.

Métodos: Estudio retrospectivo en nuestro centro de las eventraciones intervenidas durante los años 2015 y 2016. Se incluyeron tipo de eventración según tamaño de la clasificación EHS (pequeña 4 cm, mediana entre 4 y 10 cm y grande > 10 cm), localización, colocación de la malla y el cirujano que la llevó a cabo.

Resultados: De 143 pacientes intervenidos, el 8,4% presentaban eventraciones pequeñas, el 67,8% medianas y el 23,8% grandes. El 91,6% de las pequeñas fueron reparadas con una malla supraaponeurótica; también el 62,9% de las medianas, y el 64,7% de las grandes. El abordaje laparoscópico (malla intraperitoneal) se utilizó en el 22,6% de las medianas y en el 8,8% de las grandes; el 11,3% de las medianas y el 17,6% de las grandes se repararon con malla retromuscular. De los 20 cirujanos, sólo 5 realizaron más de 10 intervenciones, pero 10 de ellos no llegaron a completar más de 5. El 45% de ellos sólo realiza un tipo de procedimiento mientras que el 35% realiza dos y el 20% cualquiera de los tres. Únicamente dos de los cinco cirujanos que hicieron más de 10 procedimientos manejan las tres técnicas.

Conclusiones: En nuestro medio es de elección la colocación de malla supraaponeurótica, seguida por la intraperitoneal en el caso de las medianas y de la retromuscular en las grandes. Muchos cirujanos realizan pocos procedimientos, cada uno suele preferir una de las técnicas y un porcentaje bajo de ellos maneja las tres. Podemos concluir que la variabilidad entre cirujanos, tipo de reparación y tamaño herniario es muy grande. Precisamos estudios en cuanto a resultados pero probablemente, eliminar esta variabilidad y crear unidades específicas y bien formadas, pueda mejorar la calidad asistencial, homogeneizar criterios y lograr mejores resultados.