



www.elsevier.es/cirugia

P-546 - CIRUGÍA DE REPARACIÓN HERNIARIA EN PACIENTES CON CIRROSIS Y/O ASCITIS. NUESTRA EXPERIENCIA

López Rubio, María; Torregrosa, Antonio; Bonafé, Santiago; García Pastor, Providencia; Iserte, José; Blasco, Raquel; Bueno Lledó, José

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes con cirrosis y ascitis presentan una elevada prevalencia de hernias abdominales, cuya reparación se asocia a una alta tasa de morbimortalidad, relacionada con la disfunción hepática preoperatoria y la presencia de ascitis. El objetivo de esta comunicación es analizar los parámetros clínicos y quirúrgicos de los pacientes con cirrosis y/o ascitis intervenidos de reparación herniaria en nuestro centro.

Métodos: Análisis observacional y retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y/o ascitis intervenidos de reparación herniaria entre marzo 2005 y marzo 2016 en nuestro hospital. Los datos revisados incluyen edad, sexo, comorbilidades, clasificación Child-Pugh, MELD score, tipo de hernia, intervención realizada, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y complicaciones posquirúrgicas precoces y tardías. Se han excluido aquellos pacientes en los que la ascitis se debía a causa extrahepática.

Resultados: De los 103 pacientes incluidos en la revisión, 80 eran varones (77,7%) y 23 eran mujeres (22,3%). La edad media era de $61,6 \pm 10,9$ años. Ochenta y tres pacientes presentaban ascitis asociada a su cirrosis (80,6%). La clasificación Child fue A en el 27,2%, B en el 55,3% y C en el resto. El MELD preoperatorio medio fue 13,6, y el 92% de los pacientes presentaba una clasificación ASA > 3. El tipo de hernia más frecuente fue la umbilical (72 casos, 69,9%), seguida de la inguinal (34 casos, 33%). Se colocó catéter de drenaje peritoneal perioperatorio en 10 pacientes (9,7%) y se realizaron paracentesis evacuadoras en 18 (17,5%). El tiempo quirúrgico medio fue de 95,8 minutos, con una estancia hospitalaria media de 6,6 días. La cirugía fue programada en 57 casos (55,3%) y urgente en los otros 46 (44,7%). Se utilizó prótesis sintética en 72 casos (69,9%), realizándose herniorrafia en el resto. La técnica más empleada en la reparación inguinal fue la de Rutkow-Robbins (54,5%); en la hernia umbilical, la más empleada fue la herniorrafia (41,7%) seguida de la reparación protésica preperitoneal (29,2%) y la supraaponeurótica (22,2%). La tasa de complicaciones precoces (en el primer mes postoperatorio) fue del 21,4%, ocurriendo el 59% en pacientes intervenidos de forma urgente. Entre las complicaciones precoces, las más frecuentes fueron las infecciosas (9 casos), seguidas del sangrado/hematoma de herida (7 casos). La tasa de complicaciones tardías fue del 11,6%, siendo la más frecuente el desarrollo de eventración (6 casos). No se encontraron complicaciones de la herida en los pacientes portadores de catéter peritoneal perioperatorio o sometidos a paracentesis evacuadora previa a la cirugía.

Conclusiones: La presencia de cirrosis y ascitis conlleva una alta morbimortalidad en la cirugía de reparación herniaria. La intervención programada puede reducir la tasa de complicaciones postoperatorias. La técnica

quirúrgica de elección es la hernioplastia. La implantación de un catéter de drenaje peritoneal o la realización de paracentesis evacuadoras perioperatorias parece asociarse a menores complicaciones precoces tras la cirugía.