



O-047 - HERNIOPLASTIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CMA: ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA

Rigueiro López, Lucía; Aldrey Cao, Inés; Domínguez Carrera, José Manuel; Moreda Álvarez, Rubén; Rodríguez Outeiriño, Alejandro; Reinoso Hermida, Ayla; Estrada López, Carlos Roberto; García García, Manuel

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía de la hernia inguinal se ha asociado tradicionalmente al régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). En los últimos años y dada su expansión, la cirugía laparoscópica de la hernia, de primera elección junto con la técnica de Lichtenstein en las últimas guías clínicas publicadas, ha pasado a formar parte de las técnicas frecuentes y aceptadas en protocolo de CMA. El objetivo es comparar los resultados del abordaje laparoscópico y el abordaje abierto en la reparación de la hernia inguinal en régimen de CMA durante diez años.

Métodos: Se incluyeron en el estudio un total de 590 pacientes intervenidos en nuestro centro de hernia inguinal desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2019, bajo protocolo de CMA. Fueron divididos en dos grupos según el abordaje realizado: abierto y laparoscópico. Se analizaron características demográficas, características clínicas (clasificación ASA, hernia uni o bilateral, hernia recidivada y otras hernias asociadas), variables relacionadas con la intervención (técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, tipo de cirujano, complicaciones intraoperatorias) y variables posoperatorias (necesidad de ingreso no programado, tiempo de ingreso, complicaciones posoperatorias y recidiva). Todas las variables se compararon en ambos grupos empleando modelos de regresión univariante. Los factores asociados a complicaciones posoperatorias fueron analizados mediante regresión multivariante.

Resultados: Del total de 590 pacientes intervenidos, 281 fueron intervenidos por vía abierta y 309 por vía laparoscópica. De las intervenciones por vía abierta, 178 fueron Rutkow-Robbins, 80 Lichtenstein, 4 preperitoneal y 19 no especificada. A todos los pacientes del grupo laparoscopia se les realizó técnica tipo TEP (totalmente extraperitoneal). El sexo masculino y la reparación bilateral se asociaron de forma estadísticamente significativa con el abordaje laparoscópico ($p < 0,001$). El residente como cirujano principal se asoció de forma significativa con el abordaje abierto ($p < 0,001$). El tiempo quirúrgico fue superior en abierto frente a laparoscopia, tanto en cirugía unilateral (52,46 vs. 51,97 minutos) como en bilateral (91 vs. 68,86 minutos), pero las diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Las complicaciones posoperatorias fueron más frecuentes en el abordaje abierto que en el laparoscópico, tanto en global (16% vs. 11,3%) como específicamente en dolor posoperatorio (2,8% vs. 1,6%), hematoma (7,1% vs. 5,7%) y seroma (6% vs. 2,6%), pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El sexo femenino y la edad avanzada resultaron factores de riesgo para la aparición de complicaciones. La recidiva fue inferior en abierta que en laparoscopia (0,7% vs. 2,3%), no siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Creemos que la cirugía laparoscópica obtiene resultados comparables o incluso mejores a la cirugía abierta de la hernia inguinal. Sin embargo, consideramos que, para la obtención de resultados rigurosos, la comparación de la hernioplastia inguinal laparoscópica debiera realizarse exclusivamente con la vía preperitoneal abierta, mucho menos utilizada y por ello más difícil de analizar, al igual que afirman otros estudios publicados. Además, creemos que la cirugía laparoscópica de la hernia es perfectamente compatible con el régimen de CMA, con beneficios establecidos para los pacientes, y con la formación durante la residencia en esta técnica.