



O-199 - ANÁLISIS DE LAS RECIDIVAS TRAS EVENTROPLASTIA RETROMUSCULAR ABIERTA CON SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES TIPO TAR (*TRANSVERSUS ABDOMINIS RELEASE*)

Barranquero, Alberto G; Villalobos Mori, Rafael; Maestre González, Yolanda; Gas, Cristina; Codina-Corrons, Laia; Sisó, Eduardo; López Soler, Guillermo; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Objetivos: La recidiva tras la eventroplastia con separación posterior de componentes tipo TAR aparece en un 6,11% (Oprea *et al.* [2023]). Entre las causas descritas están la lesión de la línea lateral/semilunar, la disrupción de la lámina posterior retrorrectal, la fractura de malla o la infección crónica (Montelione *et al.* [2021]). El objetivo fue evaluar las causas de recidiva en nuestra serie.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos intervenidos con reparación retromuscular abierta con *transversus abdominis release* (TAR), en un centro de tercer nivel, entre enero de 2016 y en abril de 2022. Se analizó la historia clínica a los dos años y los estudios de imagen durante el seguimiento. Se realizó un estudio comparativo entre presencia y ausencia de recidiva, y un análisis de regresión multivariante de los factores asociados a recidiva.

Resultados: Un total de 88 pacientes fueron intervenidos mediante reparación retromuscular abierta con *transversus abdominis release* (TAR). La tasa de recidiva fue 10,2% (9/88) con una mediana de seguimiento de 24 meses (IQR: 12,9-31,1). No hubo diferencias significativas en las características basales de pacientes con y sin recidiva. Todas las hernias recidivadas fueron incisionales (9/9; 100%), de línea media (7/9; 77,8%) o de línea media asociadas hernia lateral (2/9; 22,2%). No hubo diferencias significativas en relación con el diámetro del defecto herniario ni en la clasificación EHS de las hernias intervenidas. Los casos de recidiva fueron en cirugía programada (9/9; 100%), en los que se realizó TAR unilateral (3/9; 33,4%) o bilateral (6/9; 66%). No hubo diferencias estadísticamente significativas con el grupo sin recidiva en el uso del TAR unilateral (38/77; 49,4%) o bilateral (39/77; 50,6%). Se empleó toxina botulínica en un caso del grupo de recidiva (1/9; 11,1%) y en diez casos del grupo sin recidiva (10/77; 13%). Se utilizó la malla autofijable Adhesix® en el 66,7% (6/9) de los casos con recidiva, de polipropileno estándar en el 22,2% (2/9) y Dynamesh IPOM® en 11,1% (1/9). En el grupo sin recidiva la proporción de pacientes con malla Adhesix fue inferior (17/77; 22,1%) y aumentó el uso de malla de polipropileno estándar (46/77; 59,7%) (*p*: 0,077). La superficie de la malla fue inferior en el grupo con recidiva, con una mediana de 500 cm² (IQR: 300-675) frente a 712,5 cm² (IQR: 456,7-900) en el grupo sin recidiva (*p*: 0,049). Las causas objetivadas de recidiva fueron por cobertura insuficiente de la malla (5/9; 55,5%), por lesión de línea lateral/semilunar (2/9; 22,2%), por fallo en la fijación con sutura en una hernia M5 (1/9; 11,1%), y por disrupción de la lámina posterior (1/9; 11,1%). En el análisis multivariante, la fijación de la malla con adhesivo fue identificada como factor de riesgo independiente para el desarrollo de recidiva (OR: 6,556 [IC95%: 1,488-28,884]), probablemente reflejando las recidivas de la malla Adhesix®.

Conclusiones: La cobertura insuficiente de la malla fue el principal factor de riesgo para el desarrollo de recidiva en nuestra serie de eventroplastia abierta con *transversus abdominis release* (TAR).