



O-200 - VENTAJAS DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA LAPAROSCÓPICA O ROBÓTICA EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA VENTRAL CON SEPARACIÓN DE COMPONENTES

Toledano Trincado, Miguel; Lizarralde, Andrea Carlota; González Godos, Andrea; Estébanez Peláez, Guillermo; López Rodríguez, Beatriz; Martín Esteban, María Luz; Sánchez González, Javier; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva de la pared abdominal no ha tenido el nivel de aceptación de otras técnicas laparoscópicas. El uso de las técnicas retromusculares en lugar de técnicas ONLAY o IPOM hace que la Cirugía Mínimamente Invasiva sea difícil de reproducir en pared abdominal.

Métodos: Analizamos de forma prospectiva los pacientes con hernia ventral, primaria o incisional, mayor de 3 cm intervenidos entre julio 2021 y diciembre 2022 (152) recogiendo los datos en base de Datos Acces® 2003 y SPSS® V19. Comparamos los grupos Abierta (49), Laparoscópica (35) y Robótica (67) en los que se realizó intervención de Rives-Stoppa asociada o no a TAR (Transversus Abdominis Release) uni o bilateral. Las técnicas abiertas realizadas fueron Rives-Stoppa (34) y TAR convencional (15) y las técnicas Mínimamente Invasivas fueron; TARM 31 (Transabdominal Retromuscular Repair) e ETEP 71 (Extended Total Extraperitoneal) asociados o no a TAR.

Objetivos: El objetivo es valorar las ventajas de la CMI en la realización de la eventroplastia retromuscular.

Resultados: Los 3 grupos son homogéneos, sin diferencias significativas en las variables; sexo, edad, ASA, tipo de hernia (incisional, primaria y recidivada), diástasis asociada, localización de hernia, tamaño de la hernia, reconstrucción completa de pared abdominal, TAR asociado, tamaño de la malla y uso de drenaje. En la cirugía abierta se usaron más mallas de polipropileno y suturas manuales para fijar la malla. El número de complicaciones fue mayor en la cirugía abierta 4,5%, Lap 8,6% y robot 6% (p 0,01), pero no existieron diferencias en cuanto a la gravedad del Clavien Dindo. Aunque el número de días de drenaje fue mayor en el grupo de Abierta (3,4), Lap (2,1) y Robot (1,7) las diferencias no fueron significativas. El dolor posoperatorio en la escala de EVA al alta fue mayor para Abierta (4,3), Lap (3,4) y Robot (2,6), (P 0,001). El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en la cirugía Robótica (232min) y Lap (227min) frente a la Abierta (188min) p 0,02 aunque esta diferencia no se vio entre la cirugía Lap y la Robótica. La estancia hospitalaria fue mayor en Abierta (4,8 días), Lap (3,4 días) y Robot (3,08 días) p 0,019. En la primera revisión al mes, el dolor fue mayor en Abierta (50,3%), Lap (20,2%) y Robot (10,4%) p 0,013 y el seroma más frecuente en abierta (19,7%), Lap (14,3%) y Robot (3%) p 0,012, estas diferencias dejan de apreciarse en las consultas sucesivas. En el seguimiento a corto plazo no existieron diferencias en cuanto a recurrencia, aunque fueron mayores para la cirugía abierta (4,1%) frente a Lap (2,9%) y Robot (1,5%) P. NS. El dolor posoperatorio es menor en la cirugía robótica respecto a la Lap aunque la diferencia no llega a ser significativa p = 0,078.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva mejora el posoperatorio inmediato en dolor, estancia y complicaciones aunque alarga considerablemente el tiempo operatorio. La cirugía robótica facilita la difícil reconstrucción de la pared abdominal sin alargar el tiempo quirúrgico respecto a la Lap y puede mejorar incluso el dolor posoperatorio frente a la laparoscópica.