



P-516 - APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA LA PREHABILITACIÓN DE GRANDES DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Aguilar Márquez, Ana Isabel; Lara Fernández, Yaiza; Lorence Tomé, Irene; Franco Peñuelas, Concepción; Gómez Menchero, Julio

Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

Resumen

Introducción: La reparación de hernias de pared abdominal complejas supone un reto para cualquier cirujano, siendo una patología con una elevada tasa de recidiva y una morbilidad y mortalidad asociadas no despreciables. La inyección de toxina botulínica tipo A (TBA) produce una parálisis de la musculatura que permite elongar los colgajos musculares, sin alterar la anatomía de estos, y poder cerrar la línea media sin tensión.

Objetivos: El objetivo es exponer nuestra experiencia, en un hospital comarcal, del uso de TBA para la prehabilitación y manejo terapéutico de grandes defectos de pared abdominal.

Métodos: Exponemos nuestra serie de casos en los tres últimos años de grandes defectos de pared abdominal en los que se ha realizado prehabilitación con toxina botulínica para su tratamiento definitivo (n = 8) en un hospital comarcal. En todos los pacientes se realizó una tomografía computarizada de abdomen preoperatoria para la planificación quirúrgica. En aquellos con sospecha de pérdida de derecho a domicilio se calculó el índice de Tanaka, asociando neumoperitoneo progresivo (NPP) si este era mayor del 20%. En todos los casos, un mes previo a la cirugía, se administró TBA (Dysport - 500 Ui por paciente) de forma bilateral en cinco puntos según la técnica descrita por Ibarra, bajo control ecográfico. Dicho procedimiento se realizó en quirófano bajo monitorización en régimen de CMA. La técnica quirúrgica fue decidida de forma individualizada para cada paciente.

Resultados: Presentamos 9 pacientes, con 66,77 años de edad media, siendo el 22,2% mujeres y el 77,8% hombres. El IMC fue superior a 30 Kg/m² en el 66,6% de los casos, el 11,1% presentó sobrepeso y el resto normopeso. El riesgo quirúrgico mediante ASA, fue del 44,4% II y 55,5% III. El gap del defecto en todos los casos ventrales y laterales fue W2-3, y L3 en inguinales, según la clasificación de la EHS. Se intervinieron 6 pacientes con hernias ventrales, uno de ellos con paraestomal asociada y reconstrucción de tránsito, 2 inguinales, y un paciente con hernia lateral. Todos fueron intervenidos en régimen de cirugía programada y prehabilitados con TBA. Los dos pacientes con hernia inguinoescrotal gigante precisaron de NPP por pérdida de derecho a domicilio. En el 50% de los casos fue posible realizar un *downstaging* (sin incluir los defectos inguinales). La estancia posoperatoria fue de 10,11 días, teniendo en cuenta la hospitalización para el NPP. En cuanto a las complicaciones, un paciente precisó reintervención por dehiscencia de anastomosis. Con respecto al sitio quirúrgico, dos pacientes presentaron seroma y dos hematoma. Actualmente, con un seguimiento medio de 12 meses, hemos tenido un caso de recidiva (paraestomal) ya reintervenido.

Conclusiones: La prehabilitación en hernias de pared abdominal complejas es crucial para evitar complicaciones graves y asegurar una buena restauración de la línea media; por ello está en auge el uso de técnicas como la administración de TBA, asociada en ocasiones al NPP. Su aplicación se realiza de forma relativamente sencilla y reproducible, permitiendo tener este recurso en todo tipo de centros para obtener mejores resultados.