



P-581 - CURVA DE APRENDIZAJE DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE EVENTRACIÓN. NUESTROS PRIMEROS RESULTADOS

Turiño Luque, Jesús Damián; Santidrián Sáenz, Marta; Salvador Orduño, Luis; Vílchez Rabelo, Andrea; Mansilla Roselló, Alfonso; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La eventración es una complicación relativamente frecuente tras cirugía del abdomen. Su tratamiento ha progresado desde las reparaciones sin malla, a la reparación protésica, y finalmente a su abordaje por vía laparoscópica.

Objetivos: Conocer los resultados tras la implantación de la cirugía laparoscópica de la eventración en nuestra unidad de cirugía de pared abdominal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de los pacientes intervenidos por eventración desde octubre de 2022 hasta enero de 2025. Los datos fueron introducidos en el Registro Nacional de la Eventración (EVEREG) y analizados posteriormente con el programa PSPP. Las variables cualitativas se han reportado con el número absoluto y porcentajes, las cuantitativas con su media y desviación estándar (DS).

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 58 eventoplastias laparoscópicas. En tres casos (5,2%) fue preciso la conversión: dos casos por adherencias (uno con lesión intestinal), el tercer caso por sangrado intraoperatorio. Características epidemiológicas: edad media años 62,6 (DE \pm 13,12). Sexo: Hombre 52,7% (n = 29). Índice de masa corporal kg/m²: 30,1 (DE \pm 4,67). Factores riesgo: diabetes mellitus 16,4% (n = 9). Broncopatía 21,8% (n = 12). Tabaquismo 25,4% (n = 14). Alcohol 20% (n = 11). Cirugía previa de la pared abdominal 36,4% (n = 20). Riesgo anestésico: ASA II 63,6% (n = 35), ASA III 25,5% (n = 14). Aspectos clínicos: clasificación de la Sociedad Europea de la Hernia (EHS): línea media: M3 47,3% (n = 26), M2 16,4% (n = 9). Laterales: L2 izquierda 10,9% (n = 6). Hernia de trócar: 44,5% (n = 25). Paraestomales 12,7% (n = 7). Primarias 78,2% (n = 43). Ancho medio del defecto 3,91 cm (DE \pm 1,74). Longitud media del defecto 4,3 (DE \pm 1,98). Aspectos quirúrgicos: duración media de la intervención 131,6 min (DE \pm 59,1). Puertos laparoscópicos: tres en el 72,7% (n = 40), cuatro en el 23,6% (n = 13). Tamaño medio de la malla: ancho 16,7 cm (DE \pm 3,53). Longitud 23,1 cm (DE \pm 6,09). Ubicación de la malla: Intraperitoneal 60% (n = 33), retromuscular medial 38,2% (n = 21). Fijación de la malla: *tackers* 60% (n = 33), cianocrilato 9,1% (n = 5). Complicaciones intraoperatorias: 0. Cirugías asociadas: 4 hernioplastia inguinal laparoscópica, 4 diástasis de rectos, 1 colecistectomía. Posoperatorio: estancia hospitalaria media 2,6 días (DE \pm 3,2). Complicaciones 3 (5,4%) Clavien-Dindo: III: necrosis colostomía (Sugarbaker); IV: perforación intestinal (eTEP). V: perforación intestinal (Sugarbaker).

Revisión consulta: revisión 1 mes: complicaciones 9 (16,4%). Pared 6 (10,9%): 3 seromas, 2 infección superficial de la herida, 1 hematoma. Dolor abdominal 3 (5,5%). Revisión 6 meses: complicaciones 3 (5,5%). Pared 2 (3,6%): seroma e infección superficial de la herida. Dolor abdominal 1 (1,9%). Revisión 12 meses: complicaciones 4 (7,3%): dos recidivas (3,6%), una obstrucción intestinal por bridas (1,8%) y un abultamiento (1,8%).

Conclusiones: La cirugía de la eventración es compleja, y la introducción de la laparoscopia no está exenta de dificultades. En nuestra curva de aprendizaje la tasa de conversión ha sido baja, la complejidad de las eventraciones ha sido creciente, asociando otros procedimientos. La tasa de recidiva es baja.